



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL**



**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD DE LOS  
ESTUDIANTES DE NIVEL BÁSICO (PRIMARIA)**

***TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LIC. EN EDUCACION PARA LA SALUD  
PRESENTA:***

**DULCE JAZMÍN HERNÁNDEZ SALAZAR**

**TUTORA: DRA. SILVIA PADILLA LOREDO**

**NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MEXICO, JUNIO 2018**

## Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis a todas aquellas personas que estuvieron conmigo, apoyándome e impulsándome para lograr ser una mejor persona, este gran logro es parte también de ustedes, solo por mencionar algunos.

Con mucho amor y cariño a mi amada pareja, quien ha demostrado ser una persona responsable y admirable ya que todo este tiempo demostró confiar ciegamente en mí impulsándome en todo momento, dando todo lo que tenía para que yo pudiera tener una carrera universitaria para nuestro futuro.

A mi pequeño hijo ya que él fue la fuente de motivación principal en los momentos más difíciles, a quien con tan solo una sonrisa podía lograr levantarme de donde me encontrara, con quien camine de la mano sin importar la situación que estuviéramos pasando.

A mis amados padres y hermanos ya que ellos fueron mi ejemplo a seguir siempre, quienes, con cariño, amor y también regaños me enseñaron el significado de la vida, quienes a base de palabras me ayudaron a madurar y a tomar rienda de mis propias decisiones.

A mí gran casa de estudios Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) es un orgullo pertenecer al plantel: Centro Universitario Nezahualcóyotl, por siempre tendré el espíritu de potros dentro de mí.

También quiero mencionar a mi gran asesora de tesis quien se ha tomado el trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, principalmente a los temas que pertenecen a mi profesión, además de eso es la persona que ha sabido encaminarme, y quien me ha brindado sabios consejos para mi vida.

## Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres Lolita y Cirilo el haberme dado la base de esta gran aventura, por haberme apoyado en los momentos más difíciles de mi vida en los cuales yo más los necesite y nunca haberme dejado sola, por levantarme en los momentos en los que yo creía que no podía más, gracias por nunca haber dejado de creer en mí a pesar de haberlos decepcionado.

A Mónica, Verónica, Arturo, Víctor y Brittany por ser un gran pilar en mi vida, los mejores hermanos del mundo y mi ejemplo a seguir, quienes me ayudaron a llegar hasta donde estoy.

Santi, mi pequeño bebe por haber llegado a mi vida en el momento en el que menos lo esperaba pero en el que más te necesitaba, gracias por darme tu manita cada vez que me siento sola, por desvelarte conmigo cuando tenía cosas que hacer, porque mientras yo tenía que trabajar tú te levantabas conmigo para darme un beso que me motivaba para salir adelante día a día te amo hijo.

A Manuel, por nunca dejarme sola, por ser mi apoyo emocional económico y de todo tipo, que aun que tuvimos altas y bajas siempre buscaste la forma de ser una gran apoyo para mí que vio por nosotros, quien a pesar de no tener mucho, lo dio todo por nosotros, sabiendo que a ti te cuesta el doble de trabajo conseguir y tener las cosas que nos brindas, gracias por levantarme y motivarme en cada caída que tuve a lo largo de este tiempo te amo.

A mis amigas porque a lo largo de la carrera nos acompañamos mutuamente para tener muchas experiencias, por haber sido parte de mí y de esta experiencia.

Gracias dios mío por haberme dado la oportunidad de conocer a las personas antes mencionadas, gracias por haberme ayudado a llegar hasta donde estoy.

## Contenido

Capitulo 1. Planteamiento del problema .....	10
HIPÓTESIS: .....	13
JUSTIFICACIÓN: .....	15
OBJETIVOS: .....	17
GENERAL: .....	17
ESPECÍFICOS: .....	17
Capitulo 2: Marco teorico .....	19
INTRODUCCION:.....	¡Error! Marcador no definido.
Aspectos biológicos.....	19
MARCO CONCEPTUAL .....	20
Aspectos normativos .....	31
Plan nacional de desarrollo .....	31
LEY GENERAL DE SALUD.....	35
PLAN ESTATAL DE DESARROLLO.....	39
NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ....	41
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2014, PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL .....	43
ASPECTOS SOCIALES .....	45
DETERMINANTES DE LA SALUD .....	45
ESTILOS DE VIDA. ....	45
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD .....	46

CAMPO Y ACCION DEL EDUCADOR PARA LA SALUD .....	50
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD .....	50
PROGRAMA DE ESTUDIO .....	51
ASPECTOS PEDAGÓGICOS .....	52
INTRODUCCIÓN: .....	¡Error! Marcador no definido.
PAULO FREIRE PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN.....	52
TEORÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO .....	55
TEORÍA HUMANISTA.....	58
2.5 APORTACION DE INVESTIGADORES AL CAMPO TEORICO .....	59
CAPITULO 3 MARCO METODOLÓGICO: .....	66
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: .....	66
UBICACIÓN DE LA INVESTIGACION .....	66
CRITERIOS DE SELECCIÓN: .....	67
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN: .....	69
INTRUMENTO RECOLECTOR:.....	69
ANALISIS PRESENTACION DE RESULTADOS:.....	69
Aspectos éticos de la investigación: .....	70
<b>Trabajos citados</b> .....	99

## **Resumen:**

En México y en otros países los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual han sido un problema grave en los adolescentes y niños, existen programas para disminuir este hecho, pero siguen existiendo.

En algún tiempo los padres se oponían a que sus hijos recibieran educación sexual ya que se pensaba que se inducía al acto.

El objetivo de la siguiente investigación es evaluar los conocimientos que los estudiantes de primaria tienen en materia de sexualidad y las deficiencias en el nivel de educación básica (primaria) para así proponer alternativas desde la perspectiva de la educación para la salud.

Los maestros de las escuelas juegan un gran papel dentro de la educación sexual ya que ellos deben encontrar las estrategias correctas para lograr un impacto en los alumnos al hablar de estos temas, ellos deben de ser precisos para llamar su atención y formar un vínculo de confianza.

Los embarazos adolescentes son un problema serio de salud, ya que ponen en peligro el bienestar biopsicosocial de la madre y el recién nacido, así mismo se incrementan las posibilidades de muerte materna y se despliegan menos oportunidades para mejorar la calidad de vida de la población, por lo que la pobreza y sus consecuencias aumentan, sin olvidar los efectos negativos de abortos clandestinos.

La educación sexual es un derecho que pertenece tanto a niños como a adolescentes y por ello es importante que se le dé la información adecuada a cada edad.

En esta tesis se encontró que los alumnos tienen la información incompleta y deficiente, debido a que muchos maestros carecen de estrategias para transmitir adecuadamente, la información que poseen.

Palabras clave: embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, abortos

## **Abstract**

In Mexico and other countries unwanted pregnancies and sexually transmitted infections have been a serious problem in adolescents and children, there are programs to reduce this problem, but they still exist. At some time the parents were opposed to their children receiving sex education as it was thought that they were inducing the act. The objective of the following investigation is to evaluate the knowledge that is had in the matter of sexuality and the deficiencies in the level of basic (primary) education so as to propose alternatives from the perspective of the education for the health. Teachers in schools play a great role in sex education because they must find the right strategies to make an impact on students when talking about issues, they must be precise to get their attention and form a bond of trust . Adolescent pregnancies are a serious health problem, since they jeopardize the biopsychosocial wellbeing of the mother and the newborn, as well as increasing the chances of maternal death and fewer opportunities to improve the quality of life of the population. so that poverty and its consequences increase, without forgetting the negative effects of clandestine abortions. Sex education is a right that belongs to both children and adolescents and that is why it is important to be given the appropriate information at each age.

Keywords: adolescent pregnancy, sexually transmitted infections, abortions

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación está diseñada para elevar el conocimiento y los procedimientos sobre la educación sexual desde la perspectiva del educador para la salud, teniendo la prioridad de proponer estrategias para mejorar la información de los docentes hacia sus alumnos.

Siendo la educación sexual el tema principal de la investigación es importante mencionar que ésta se tiene desde casa ya que es ahí en donde aprendemos desde la higiene hasta a nombrar el aparato reproductor femenino y masculino, la escuela es un reforzamiento de lo que ya se trae en casa.

Teniendo claro lo anterior se realizó una investigación en la que se hacen propuestas para una mejor enseñanza a los alumnos; el siguiente documento cuenta con cinco apartados, en el capítulo uno se plantea los aspectos descriptivos de la problemática que genera la falta de conocimientos en educación sexual de los alumnos de primaria, mostrando el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y justificación de la investigación.

En el capítulo número dos se encuentra el marco teórico, los aspectos biológicos de la investigación, un marco conceptual en el que se definen términos para entender las definiciones principales, los aspectos normativos que hay sobre el tema: normas oficiales como los planes de desarrollo nacional y estatal, los aspectos sociales que influyen en el desarrollo del infante, así como su estilo, calidad nivel de vida. Dentro del mismo apartado se menciona los aspectos pedagógicos que se utilizaron durante la investigación y algunas aportaciones de otros investigadores.

Durante el apartado tres se explica el método de la investigación e incluye: el tipo y diseño; así como la conformación de la muestra, el procedimiento de la investigación que incluye las gestiones realizadas y los recursos utilizados, por último, se describen los instrumentos utilizados.

En el capítulo cuatro se analizan los resultados obtenidos del pre- test utilizando el programa ssps y graficando los resultados obtenidos.

En el capítulo cinco se muestra la reflexión sobre lo que han aportado los diferentes investigadores y lo encontrado en esta investigación.

En el capítulo seis se encontrarán las conclusiones de esta investigación, así mismo las propuestas que se hacen.

Por último, se encontrarán los anexos, en los cuales se describe el trayecto de la investigación y el uso del instrumento empleado.

Se complementa con los anexos en los que se presentan evidencias fotográficas y documentos de gestión.

## Capítulo 1. Planteamiento del problema

Según Organización Mundial de la Salud (OMS 2006) y del FNUAP, Fondo de Población de las Naciones Unidas, coordinarán su labor con miras a invertir la tendencia mundial de deterioro de la salud sexual y reproductiva, y reducir sus efectos negativos en las madres, los lactantes y los jóvenes.

La existencia de servicios de salud sexual y reproductiva deficientes es una de las causas de mortalidad materna, y ha dado lugar a un aumento del número de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, en particular en los países en desarrollo. La OMS estima que todos los años se producen 340 millones de casos nuevos de infecciones bacterianas de transmisión sexual, como la clamidiasis y la gonorrea, entre la población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años. Muchos de esos casos no son tratados por falta de acceso a servicios adecuados. Cada año se producen millones de casos de infecciones víricas, incluida la infección por VIH. Además, la infección de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VPH) está estrechamente vinculada al cáncer cervicouterino, que anualmente se diagnostica a más de 490 000 mujeres y provoca 240 000 muertes. (OMS 2006)

La población más afectada son los adultos jóvenes y adolescentes. En México, 79% de los casos se registran entre los 15 - 44 años en su mayor parte por transmisión sexual. El SIDA, representa la 3era. Causa de muerte en el grupo de 25-44 años.

Los jóvenes inician cada vez más temprano sus relaciones sexuales y la mayoría no usa anticonceptivos ni condones en su primera relación sexual. Todo lo anterior, aunado a la presión del grupo de iguales por tener relaciones sexuales y los mitos sobre el condón, la vulnerabilidad de los jóvenes al consumo de drogas, incluyendo el alcohol, hace a este grupo más propenso a la adquisición del VIH/SIDA.

Por ello, en los Estados Unidos de América (EUA) para cuando la mujer cumple la edad de 18 años, 25% están embarazadas; 50% de los adolescentes han tenido

relaciones sexuales para los 17 años. Lo mismo sucede en cuanto a la actividad sexual para 77% de las mujeres y el 80% de los varones para los 20 años. (OMS 2008)

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (OMS, 2009).

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En Argentina, más de 115.000 mujeres adolescentes dan a luz, incluyendo 3.000 menores de 15 años. En este último grupo, con frecuencia, los embarazos son producto de abuso sexual o relaciones no consentidas, por lo tanto, aproximadamente el 16% de los egresos por abortos corresponden a menores de 20 años y del total de muertes maternas, el 14% corresponden a mujeres de 10 a 19 años (OMS, 2009).

Otros países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular (OMS, 2009).

Cada día se producen en el mundo un millón de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual incluyéndose las infecciones por el VIH.

En los países en desarrollo este grupo de infecciones y sus complicaciones constituyen uno de los cinco motivos principales por los cuales los adultos solicitan atención sanitaria. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos causantes de infecciones de transmisión sexual. Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal. Las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer. (Celestino, 2007)

Cada año, alrededor de ocho millones de mujeres embarazadas sufren complicaciones potencialmente mortales a consecuencia de infecciones de transmisión sexual y del mal estado de su salud sexual. Se estima que 529 000 mujeres mueren anualmente durante el embarazo y el parto, principalmente en los países en desarrollo, por causas en gran medida prevenibles.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo (OMS 2006). En México Según datos del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Públicas, CESOP, 15 por ciento de la población de entre 12 y 17 años afirmó tener una vida sexual activa, de los cuales 85 por ciento la inició a los 15 años o antes (Mendoza Tascón, 2006).

Según el informe "La infancia cuenta en México 2006" de la Red por los Derechos de la Infancia en México, en el año 2000 hubo 179 mil 413 adolescentes entre 15 y 17 años de edad con al menos un hijo, y en 2005 se registraron 164 mil 108.

Con base en la estadística por entidad federativa, Quintana Roo ocupa el primer lugar con 7%, le siguen Baja California Sur, Chiapas y Chihuahua, con 6.9%.

Querétaro está en última posición con 3.9%, muy de cerca están Yucatán y el Distrito Federal, ambos con 4%. El director de la red, Gerardo Sauri, aclaró que hay un sesgo en la información porque "no estamos hablando de una edad importante, 12 y 14 años,

donde sabemos que ocurren estos casos. Hay un vacío importante de datos". (Lima-Serrano, Martínez-Montilla, & s, 2018)

Cada año la incidencia por estados varía: Chiapas tuvo un decremento de 2.2%, Zacatecas incrementó su proporción en 23% y sólo Quintana Roo ha mantenido altos porcentajes en el quinquenio.

Se sabe que la educación de las personas se inicia a partir de la niñez, es ahí en donde deberían obtenerse los conocimientos sobre sexualidad, ya que son una herramienta que condiciona la conducta que se lleva hasta la adultez, por ello se formula la siguiente

### **Pregunta de investigación**

¿Qué tanto saben de sexualidad los estudiantes de nivel básico (primaria)?

La posible respuesta a esta pregunta se contestará con la siguiente hipótesis:

### **HIPÓTESIS:**

Al realizar un estudio que permita identificar la magnitud de la información con que cuentan los alumnos y destacar los factores de riesgo se podrán evaluar las deficiencias existentes sobre educación sexual.



## JUSTIFICACIÓN:

En cuanto a su valor teórico la investigación se justifica porque representa una experiencia real, para promover los siguientes aspectos: Plantea oportunidades para generar propuestas centradas en formación e información sexual en el ámbito escolar. Constituirá para los docentes un estímulo, en quienes se espera surja el convencimiento de que es necesario la preparación. En cuanto a la búsqueda de información en el área sexual con el fin de mejorar el nivel cognitivo de los alumnos, ya que en la educación sexual no se trata solo de brindar la información existente, también lleva consigo el hacer reflexionar a los alumnos, refiriéndose al conjunto de conocimientos teóricos conceptuales sobre la sexualidad y la capacitación para generar procesos educativos en esta área, utilizando estrategias didácticas apropiadas, en cuyo contenido el educando sea orientado para convivir en una sociedad sana. Por último, la importancia de esta investigación está referida principalmente en que es el primer estudio sobre la problemática seleccionada que se realiza en un plantel de una escuela primaria en el municipio de Chimalhuacán, estado de México, por consiguiente, se espera que sea una alternativa viable para mejorar la calidad de la educación. A su vez constituye un aporte para todas las instituciones educativas que se identifiquen con esta problemática, las cuales podrán nutrirse de las conclusiones y recomendaciones que esta investigación origine.

La norma oficial mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual menciona el tratamiento y la forma de detectar una ITS, su objetivo principal es prevenir este tipo de contagios, ya que en México el 85% de la población tiene una ITS, esta norma es obligatoria en todas las instituciones que presten servicios de salud.

La norma oficial mexicana, NOM-005-SSA22-1993, de los servicios de planificación familiar proporciona técnicas para llevar a cabo una planificación familiar adecuada,

habla sobre los métodos anticonceptivos, así como su identificación y manejo adecuado, su objetivo principal es uniformar las políticas y estrategias de la prestación del servicio para implementarlas con absoluta libertad.

A la carrera de Educación para la Salud le podrá beneficiar porque enriquecerá las experiencias y permitirá formar mejores profesionistas, perfeccionando y aprendiendo nuevas cosas, al incluirlos en su trabajo con la sociedad, realizando buenos trabajos se notará que la educación para la salud es una carrera necesaria, útil e importante que hace falta en la sociedad mexicana.

## OBJETIVOS:

### GENERAL:

Evaluar los conocimientos de los alumnos en materia de sexualidad para conocer las deficiencias que existen en el nivel de educación básica (primaria) para proponer alternativas desde la perspectiva desde la educación para la salud.

### ESPECÍFICOS:

- ⇒ Identificar la magnitud de información que tienen los alumnos sobre sexualidad
- ⇒ Clasificar las formas de uso del conocimiento de sexualidad adquirido
- ⇒ Detectar las deficiencias de los conocimientos sobre sexualidad de los alumnos de primaria



## Capítulo 2: Marco teórico

### Aspectos biológicos

El término sexo se utiliza para describir características biológicas del macho y la hembra de la especie animal y humana.

El género se refiere al aspecto psicológico y cultural que toda sociedad atribuye a cada persona, es decir, que considera masculino o femenino. De esta manera podemos decir que las características de género son construcciones socioculturales que varían a través de la historia (Gamba, 2005).

Todas las sociedades elaboran y transmiten expectativas, mandatos, y valores acerca del ser y el hacer de varones y mujeres. Varía según el momento histórico y algunos aspectos diferenciales por clase social o grupo étnico.

La identidad de género comienza a gestarse desde el nacimiento; el color rosa y el celeste, los apodos, los juguetes, los sueños sobre el futuro. Y es ahí donde los adultos juegan un papel fundamental ya que inculcan los modelos socialmente aceptados sobre los que ellos/as van a construir su autopercepción y valoración. (Gamba, 2005)

Consciente o inconscientemente cada persona internaliza formas específicas de pensar, sentir y actuar que definen los roles que desempeñarán a lo largo de su vida. Proceso que se estima natural y espontáneo, pero muchas veces se da de manera violenta. Cada persona tiene la "libertad" de realizar elecciones personales, pero siempre dentro de los valores y roles aceptados en el ámbito social donde se desarrolle.

A diario las diferencias entre varones y mujeres se incrementan, a veces hasta con argumentos que intentan justificar este accionar ya tan "naturalizado" por todas y todos. Desde el ámbito familiar, la escuela, el trabajo, la vocación, etc.

Los estereotipos de género están tan profundamente arraigados que cuesta demasiado enfrentarlos, visualizarlos y cuestionarlos. Se perciben fuertes resistencias frente a esto ya que la mayoría de las concepciones vigentes (tanto ideológicas, como científicas) sirven para justificar o legitimar derechos, responsabilidades y recompensas desiguales para mujeres y varones explicando cómo y por qué son diferentes. (Gamba, 2005)

Es previsible que para muchas personas produzca temor asumir modelos de femineidad y masculinidad menos rígidos, sin embargo, las sociedades que logran aceptar roles de género de la diversidad son menos violentos y más tolerantes.

La familia, la escuela, los medios de comunicación entre otros, son fundamentales para desarrollar procesos de socialización. Por ello, las instituciones juegan un papel fundamental para promover y acompañar el desarrollo de cambios culturales que aporten a la abolición de privilegios injustificados (Mazzotta, 2010).

Para entender la problemática y abordar el tema de la sexualidad es preciso definir algunos conceptos

### Marco conceptual

**ADOLESCENTE:** Etapa que va entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años (OMS, 2009). Es una etapa entre la niñez

y la etapa adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social (Pineda, Aliño). Hay dos aspectos que marcan la vida de los adolescentes, como fenómenos biológicos más importantes que son: el crecimiento y desarrollo corporal, y la aparición de los caracteres sexuales secundarios en varones y mujeres (Aláez, Madrid, & Antona, 2003)

**APARATO REPRODUCTOR:** el aparato reproductor femenino o femenino tienen muchos aspectos paralelos, ya que ambos se desarrollan a partir del mismo tejido embrionario, pero se diferencian en sus funciones, su estructura y el lugar en que se localizan. (Puri, 2000)

- ✓ **FEMENINO:** está formado por dos órganos glandulares, los ovarios situados en la región abdominal cerca de la pelvis. El ovario libera el óvulo o célula sexual femenina, una célula grande con un núcleo y un citoplasma muy abundante y rico en material de reserva que permite que una vez fecundado el óvulo pueda crecer e implantarse en la pared del útero.
- ✓ **MASCULINO:** está formado por dos glándulas sexuales denominadas testículos, que durante la edad embrionaria se encuentran en el interior de la cavidad abdominal y justo antes del nacimiento descienden por el conducto inguinal hacia el escroto, bolsa cutánea que los mantiene en el exterior del cuerpo. Por este motivo los testículos se encuentran a una temperatura inferior a la del resto del cuerpo, unos 2 °C menos, lo que es básico para que puedan elaborar los gametos masculinos.

**APORTACIONES DIDÁCTICAS:** La actuación didáctica es una relación de reciprocidad entre docente y discente, que constituye un proceso de interacción comunicativa, que se da como un acto de liberación del pensamiento (Freire, 2009).

**CICLO MENSTRUAL:** cuando se inicia la pubertad, el aparato reproductor femenino empieza a experimentar una serie de acontecimientos que se repiten cada mes y que dan lugar al denominado ciclo menstrual. (Puri, 2000)

**CONDUCTA SEXUAL:** No se refiere solamente a la relación sexual coital. Es una gama completa de comportamientos en sexualidad: besos, caricias, masturbación. (Mazzotta, 2010)

**CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD:** es la información que se trae desde casa reforzado por la escuela y los medios de comunicación masiva además de las actuales redes sociales, internet.

**IDENTIDAD DE GÉNERO:** Es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona acerca de su pertenencia al sexo femenino o masculino, independiente de sus características cromosómicas o somáticas (Cerruti, S. 1997) La identidad de género es el aspecto más básico de nuestra identidad, y está relacionado con nuestro reconocimiento y aceptación de nosotros mismos como varón o mujer.

**IDENTIDAD SEXUAL:** La identidad sexual corresponde al rótulo que las personas mismas asumen, con base a su orientación sexual. Este rótulo viene generalmente después de la aparición de sentimientos internos poderosos y de -por lo menos- algún comportamiento sexual. (Pawlowy, W.1992)

**IMPLEMENTAR:** la implementación lleva consigo una serie de pasos que van desde la evaluación de la situación en salud, valorar los recursos disponibles, diagnosticar para poner prioridades y a partir de ello plantear un objetivo con el cual se diseñan las actividades, es una acción de llenar, rellenar, terminar, llevar a cabo, completar, cumplir, dar efecto a práctico, y asegurar la realización real por las medidas concretas.

**INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL:** pueden producir por unos 30 tipos de bacterias, virus y parásitos conocidos, que se propagan a través de la práctica de relaciones sexuales entre personas, a continuación se enlistan algunas: (Celestino, 2007)

- ✓ **Gonorrea:** es una infección curable causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Se transmite durante las relaciones sexuales vaginales, anales y orales (realizando o recibiendo). Es los síntomas se puede presentar dolor o ardor al orinar.
- ✓ **Chancro:** es una enfermedad bacteriana que causa llagas o úlceras (piel abierta o lesiones) genitales (pene o vagina). El chancro se pasa de una persona a otra a través del contacto sexual de piel a piel que tiene lesiones o úlceras. Los síntomas suelen ocurrir dentro de los 10 días siguientes a la exposición. Ellos rara vez se desarrollan antes de los tres días o más tarde de 10 días. Presenta úlceras y dolor en los nódulos linfáticos, es decir en el área donde las piernas y el tronco del cuerpo se unen. La úlcera empieza como un granito doloroso que se llena de pus y luego se convierte en una llaga o úlcera. (Berdasquera Corcho, 2001)
- ✓ **La clamidia:** es una enfermedad transmitida sexualmente muy común, que es causada por una bacteria. Se estima que en los Estados Unidos cada año hay más de 2.5 millones de nuevos casos de infecciones con clamidia, y ocurre con más frecuencia en la gente joven. Muchas mujeres no tienen síntomas o sus síntomas son muy leves (casi no duelen). Si la mujer tiene síntomas, estos pueden incluir que le salga un líquido por la vagina, dolor al orinar, dolor durante el sexo, dolor en la parte baja del abdomen (la panza o barriga) y sangre entre los periodos de su menstruación, a los hombres muchas veces les sale líquido por la uretra. (Lima-Serrano, Martínez-Montilla, & s, 2018)

- ✓ **La gonorrea:** es una infección curable causada por la bacteria *Neisseria gonorrhea*. Se transmite durante las relaciones sexuales vaginales, anales y orales (realizando o recibiendo). Los síntomas, son muy leves (casi no duelen ni se notan). Incluso cuando las mujeres tienen síntomas, pueden confundirse con una infección de la vejiga o infección vaginal. Si tiene síntomas la mujer, pueden incluir que le salga un líquido por la vagina y/o dolor al orinar (hacer pipí). A los hombres le puede salir por la uretra (hueco del pene) un líquido amarillo. Cualquier persona que esté sexualmente activa o que tenga relaciones sexuales puede contraer el herpes genital. El herpes se transmite a través del contacto directo de piel a piel. Esto ocurre cuando el área infectada está en contacto con una membrana mucosa, especialmente la boca y los genitales.
  
- ✓ **Herpes:** se transmite a través del contacto directo de piel a piel. Esto ocurre cuando el área infectada está en contacto con una membrana mucosa, especialmente la boca y los genitales. Presenta dolor al orinar y flujo (vaginal o en el pene) son posibles síntomas, pero poco comunes, en el herpes genital, una o más llagas, úlceras, fuegos, ampollas, cortadas o sarpullido, Picazón, ardor u hormigueo en el área genital, dolores en el área genital. Síntomas parecidos a la gripe (dolor de cabeza, fiebre, glándulas de los nódulos linfáticos inflamadas cerca de la ingle).
  
- ✓ **Ladillas:** son bichitos pequeños que chupan sangre y viven en el pelo púbico (pelo del área del pene o la vagina). Las ladillas tienen tres etapas de vida: huevo, liendre y piojo. El síntoma más común es una picazón tremenda, la picazón viene de una reacción alérgica a las picadas de los piojos.
  
- ✓ **Sífilis:** es una infección curable, causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. La bacteria ingresa al cuerpo a través de las membranas mucosas o piel erosionada (roto o cortado). Una vez dentro del cuerpo, la sífilis entra en el torrente sanguíneo y se adhiere a las células, órganos dañinos a lo largo del tiempo. (López, Fernández, & Rodríguez, Intervención educativa para la

prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes., 2005)

- ✓ **Tricomoniasis:** Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) común. Hay más de un millón de casos nuevos de tricomoniasis cada año en mujeres y hombres en los Estados Unidos, Los síntomas son más comunes en las mujeres. Estos incluyen, Flujo vaginal de color verde, amarillo o gris, Mal olor vaginal, Picazón en o alrededor de la vagina, dolor durante las relaciones sexuales, dolor al orinar, la mayoría de los hombres no tienen síntomas, pero cuando los tienen esos síntomas pueden incluir picazón o irritación dentro del pene, secreciones o dolor al orinar. (Berdasquera Corcho, 2001)
- ✓ **VIH:** ataca las mismas defensas del cuerpo (sistema inmunológico) que nos ayudan a combatir enfermedades, por lo tanto, este sistema llega a no funcionar bien por causa del VIH. En los primeros años normalmente no hay síntomas de la infección y por eso no es posible saber si tu pareja tiene el VIH a no ser que él/ella se ha hecho una prueba de sangre del VIH. También hay muchas personas con el VIH que se ven saludables, pero pueden transmitirle (pasarle) el VIH a otra persona. Si no se toman las medicinas para tratar el VIH, el VIH puede llegar al SIDA y hasta puede terminar en muerte. Pero antes de llegar a ese punto, es bueno saber que hoy en día hay buenos tratamientos disponibles. (CONASIDA, 2018)
- ✓ **Virus del Papiloma Humano:** (VPH) es el nombre de un grupo de virus común. Hay más de 100 tipos diferentes del VPH. Ciertos tipos de HPV causan verrugas en las manos, los pies o los genitales (pene o vagina), y se llaman “bajo riego”. Los tipos del VPH que causan verrugas que se pueden ver en los genitales (vulva, vagina, pene o los testículos) o en el ano. El VPH es normalmente transmitida por contacto directo de piel a piel durante el sexo vaginal, oral o anal con una pareja que tiene el virus. VPH puede infectar cualquier persona que está sexualmente activa. Muchas veces el VPH no resulta en ningún síntoma. Algunas personas sabrán que tienen VPH cuando

ven verrugas o piel elevada (como un granito sin pus u “ojo de pescado”) dentro de o en sus genitales o los genitales de su pareja. Una mujer sabrá que tiene el VPH de “alto riesgo” si el resultado de su Papanicolaou es anormal. (Berdasquera Corcho, 2001)

**LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD:** Es una disciplina, mediante la cual se busca que las personas obtengan un aprendizaje integral. Con ella se adquieren las capacidades, aptitudes y actitudes para, reconocer los estilos de vida saludables en la comunidad y fomentarlos o modificar aquellos que no sean saludables. (UAEM 2008). La Educación para la Salud permite la combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan, individual y colectivamente para mantenerla, además busquen ayuda cuando la necesiten (OMS 1998). Desde una perspectiva holística, la salud contempla al individuo en su totalidad y en su entorno global. Actualmente, se distinguen determinantes de la salud en cuatro grupos, la biología humana, el medio ambiente, estilo de vida, y sistema de asistencia sanitaria.

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:** Métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

### **TEMPORALES**

**NATURALES:** estos métodos buscan la prevención del embarazo sin recurrir a los artificiales, sino que se presta atención al período de ovulación. Aquí se encuentran:

- ✓ **Amenorrea de la lactancia:** este se basa en aprovechar la época de lactancia, período en que las hormonas para la ovulación son inhibidas. Para que este método sea efectivo el período menstrual de la madre no debe haber vuelto, el

bebé debe ser menor a seis meses y la madre debe estar en pleno amamantamiento.

- ✓ **Coito interrumpido:** este método se basa en la retirada del pene de la vagina previo a la eyaculación.
- ✓ **Método de la temperatura basal:** en este la mujer hace un control de su temperatura corporal durante todo su período menstrual para reconocer qué días son fértiles. En la etapa infértil, la progesterona eleva la temperatura corporal.
- ✓ **Método de Billings:** lo que permite este método es el reconocimiento de los días fértiles. Esto es posible con la observación del moco vaginal, del que se observa su naturaleza y cantidad, que varían en el período de ovulación.
- ✓ **Método sintotérmico:** este método combina los dos anteriores y se toman en cuenta otros cambios corporales como por ejemplo, observar la ubicación del cérvix. Éste, durante los días infértiles, se ubica en la zona inferior de la vagina y puede tocarse fácilmente introduciendo la punta de los dedos para corroborarlo. (Testa, Núñez, Ruiz, & Senior, 2002)

**HORMONALES:** estos métodos, en su mayoría se basan en la inhibición de la ovulación. Algunos de ellos son:

- ✓ **Pastillas anticonceptivas:** estas se encargan de inhibir la fecundación del óvulo y la ovulación, actuando sobre el sistema hormonal.
- ✓ **Método subdérmico:** este consiste en un implante que es introducido en el brazo de la mujer, debajo de su piel y dura alrededor de tres años.
- ✓ **Anillo vaginal:** este se introduce en la vagina y se retira durante el período menstrual. Es un aro flexible y transparente. (Rafael & Dolores, 2006)

**DE BARRERA:** estos métodos actúan impidiendo al espermatozoide ingresar en el útero.

- ✓ **Preservativo:** estos se colocan en el pene, previo a la penetración. Consisten en un delgado recubrimiento, generalmente de látex, que no deja ingresar semen en la vagina.

- ✓ **Diafragma:** es un aro de metal que contiene una membrana de látex que se inserta en la vagina. Por medio de este se evita que los espermatozoides penetren.
- ✓ **Esponjas vaginales:** contiene espermicida y es colocada en el cuello del útero y dura ocho horas.
- ✓ **Dispositivo intrauterino (DIU):** es un plástico que impide a los espermatozoides fertilizar al óvulo, gracias a que altera al microclima intrauterino. (Rafael & Dolores, 2006)

### **PERMANENTES**

En estos métodos el individuo es sometido a alguna operación. Dentro de estos se ubican:

- ✓ **Ligadura de trompas:** por medio de una operación las trompas de Falopio son atadas y cortadas para que el óvulo no llegue al útero.
- ✓ **Vasectomía:** por medio de esta intervención el hombre queda infértil. Consiste en seccionar y ligar los conductos deferentes para que de esta manera la eyaculación no cuente con espermatozoides.

**NIÑEZ:** la niñez se considera entre los 0 y 12 años, puede clasificarse en primera, segunda y tercera infancia:

- ✓ La primera infancia va del primer al tercer año de edad, y coincide aproximadamente con la etapa en la que los niños y las niñas asisten a la guardería. Aquí ya se empieza a controlar el uso del lenguaje propiamente dicho. Además, en esta etapa el pensamiento es fundamentalmente egocéntrico en el sentido de que cuesta mucho imaginarse lo que piensan o creen los demás. En cuanto a los cambios físicos, el tamaño del torso y de las extremidades sigue creciendo, y la diferencia de tamaño entre la cabeza y el resto del cuerpo se reduce, aunque este desarrollo es más lento que en las etapas anteriores.

- ✓ El período preescolar va de los 3 a los 6 años. Esta es la etapa de la infancia en la que se gana la capacidad de la Teoría de la Mente, es decir, la habilidad de atribuir intenciones, creencias y motivaciones únicas (que sean distintas de las propias ) a los demás. Esta nueva capacidad enriquece mucho las relaciones sociales, aunque también permite que la mentira resulte más útil y eficaz como recurso. (Rafael & Dolores, 2006)
- ✓ El período escolar es la última etapa de la infancia y la que da paso a la adolescencia. Va de los 6 a los 12 años y en esta fase la capacidad de pensar en términos abstractos y matemáticos se desarrolla mucho, aunque no llega a su máximo. Esto es debido a que la mielinización del cerebro sigue su curso (y no se ralentizará hasta la tercera década de vida).

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Es el sentimiento de atracción sexual y emocional persistente hacia varones o mujeres. Aparece en forma espontánea durante la niñez y se hace evidente durante la adolescencia inicial. No es una decisión consciente. (Mazzotta, 2010)

**OVULACIÓN:** empiezan a producirse en los ovarios antes del nacimiento, de manera que una niña recién nacida tiene un millón o más de óvulos sin madurar en sus ovarios. (Puri, 2000)

**PADECIMIENTO:** es la acción de padecer o sufrir una enfermedad o un daño.

**PROGRAMA DE SALUD:** Conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, que articula los objetivos, metas, actividades y recursos a ejecutar en un periodo determinado; generalmente se desagregan en proyectos, con el fin de mejorar las condiciones sanitarias de la población se realiza con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada (Pineault, 1987; Vargas, 2006).

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno o particulares, con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población, en comunidad o de forma personal. De esta forma, los diferentes actores promueven

campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

**ROL SEXUAL:** Es la expresión de femineidad o de masculinidad que presenta una persona, de acuerdo o no con las normas de su grupo y sociedad (Cerruti, S. 1997)

**SIDA:** síndrome de inmunodeficiencia adquirida que se produce principalmente por medio de transmisión sexual, también suele contagiarse cuando hay contacto directo con fluidos de una persona infectada (CONASIDA, 2018).

**SINTOMA:** manifestaciones subjetivas de una enfermedad.

**VULNERABILIDAD:** cualidad que tiene alguien para poder ser herido, asesinado, excluido, maltratado, marginado o por estar en situación de desventaja social económica cultural o de otra índole.

## Aspectos normativos

Los embarazos no planeados y las infecciones de transmisión sexual han sido uno de los principales problemas en el mundo y una de las principales causas de muertes maternas. Cada vez hay más personas que inician su vida sexual sin tener conocimiento de ella, principalmente niños y adultos, además de otros problemas como las prácticas sexuales sin protección o con el ejercicio de la violencia. Es por ello que resulta importante el marco normativo que a continuación se presenta:

## Plan nacional de desarrollo

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la planeación del desarrollo nacional como el eje que articula las políticas públicas que lleva a cabo el Gobierno de la República, pero también como la fuente directa de la democracia participativa a través de la consulta con la sociedad. Así, el desarrollo nacional es tarea de todos. En este *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018* convergen ideas y visiones, así como propuestas y líneas de acción para llevar a México a su máximo potencial. El presente *Plan Nacional de Desarrollo* se elaboró bajo el liderazgo del presidente de la República, Lic. Enrique Peña Nieto, observando en todo momento el cumplimiento del marco legal.

La Constitución, así como la Ley de Planeación establecen que le corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional, para garantizar que éste sea integral y sustentable, para fortalecer la soberanía de la nación y su régimen democrático, y para que mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo, mejore la equidad social y el bienestar de las familias mexicanas. Específicamente, el artículo 26 de la Constitución establece que habrá un *Plan Nacional de Desarrollo* al que se sujetarán, obligatoriamente, los programas de la Administración Pública Federal. El *Plan Nacional de Desarrollo* es, primero, un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal. De acuerdo con la Ley de Planeación, todos los Programas Sectoriales, Especiales, Institucionales y Regionales que definen las acciones del gobierno, deberán elaborarse en congruencia con el Plan. Asimismo, la Ley de Planeación requiere que la iniciativa de Ley de Ingresos de la

Federación y el Proyecto de Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación compagin en con los programas anuales de ejecución que emanan de éste. El *Plan Nacional de Desarrollo* es también un ejercicio de reflexión que invita a la ciudadanía a pensar sobre los retos y oportunidades que el país enfrenta, y sobre el trabajo compartido que debemos hacer como sociedad para alcanzar un mayor desarrollo nacional. Particularmente, el *Plan Nacional de Desarrollo* ha sido concebido como un canal de comunicación del Gobierno de la República, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible la visión y estrategia de gobierno de la presente

Administración. En resumen, el *Plan Nacional de Desarrollo* considera que la tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores y todas las personas del país. El desarrollo no es deber de un solo actor, ni siquiera de uno tan central como lo es el Estado. El crecimiento y el desarrollo surgen de abajo hacia arriba, cuando cada persona, cada empresa y cada actor de nuestra sociedad son capaces de lograr su mayor contribución. Así, el *Plan* expone la ruta que el Gobierno de la República se ha trazado para contribuir, de manera más eficaz, a que todos juntos podamos lograr que México alcance su máximo potencial. Para lograr lo anterior, se establecen como Metas Nacionales: un México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global. Asimismo, se presentan Estrategias Transversales para

Democratizar la Productividad, para alcanzar un Gobierno Cercano y Moderno, y para tener una Perspectiva de Género en todos los programas de la Administración Pública Federal. El resto de este capítulo ofrece una reflexión acerca de las fuentes del desarrollo y articula la estrategia gubernamental para alcanzar las grandes Metas Nacionales. Los cinco capítulos siguientes, uno por cada Meta Nacional, describen los retos que enfrenta el país en cada sector y establecen un plan de acción con objetivos específicos para resolverlos. El Capítulo VI detalla puntualmente

14 una serie de estrategias y líneas de acción para alcanzar cada objetivo. A efecto de dar seguimiento al cumplimiento de las Metas Nacionales de una manera precisa, el Capítulo VII establece indicadores claros, transparentes y objetivos. Éstos también

servirán a la ciudadanía como una herramienta para dar seguimiento al desempeño de la presente Administración. Finalmente, el Capítulo VIII instruye a las dependencias federales los pasos a seguir para la implementación del *Plan Nacional de Desarrollo* a través de los Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales.

En México, el periodo de mayor crecimiento económico de la historia reciente (1954-1970) fue también el lapso en el que la calidad de vida de la población experimentó la mejora más significativa. En dicha etapa, el Producto Interno Bruto (PIB) registró un crecimiento promedio anual de 6.7%, mientras que el PIB per cápita aumentó a una tasa promedio anual de 3.5%. La productividad total de los factores en este mismo periodo creció a una tasa promedio anual de 4.0%. El periodo señalado se caracterizó por un modelo de crecimiento con 15 estabilidad macroeconómica. Sin embargo, en parte por consistir en una estrategia orientada primordialmente al mercado interno, al cambiar las condiciones globales el modelo agotó su potencial para generar un aumento sostenido de la productividad.

En el periodo 1970-1982 hubo cambios sustanciales en diferentes ámbitos del desarrollo nacional: los sistemas de Educación y Salud mostraron un crecimiento sin precedentes, se desarrollaron las infraestructuras eléctricas, hidráulica y de transporte del país, y se lograron avances que hoy sustentan la vida económica de México. No obstante, durante este periodo el país también experimentó diversos problemas. Por ejemplo, unas finanzas públicas deficitarias y una política monetaria que generó alta inflación, mermaron la productividad e inhibieron el crecimiento económico.

Por su parte, en el periodo 1982-1994 se llevó a cabo un complicado proceso de modernización de la economía mexicana en un contexto económico adverso. La crisis de la deuda a principio de los años ochenta llevó a una caída en el PIB per cápita, en los salarios reales y en la productividad. Sin embargo, a partir de ésta se comenzó a reemplazar de manera decidida el modelo de sustitución de importaciones, para dar paso a una política económica que contempló la desestatización de la economía y una apertura comercial que tuvo como primer paso el ingreso de México al Acuerdo

General de Aranceles Aduaneros y Comercio

(GATT, por sus siglas en inglés), e incluyó a la postre la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Durante este periodo, también se lograron avances institucionales importantes encaminados a alcanzar la estabilidad macroeconómica. No obstante, este periodo culminó con una crisis que afectó el bienestar, patrimonio y poder adquisitivo de las familias mexicanas.

De esta forma, durante el periodo 1970-1995 el PIB creció en promedio a una tasa de 3.9% anual que se tradujo en un incremento promedio del PIB per cápita de únicamente 1.2% anual. Con un alto costo para la población, México aprendió la lección de que no hay atajos para el desarrollo.

Así, México ha seguido por ya varios lustros una política económica responsable que ha contribuido a la estabilidad macroeconómica del país. No obstante, el Plan Nacional de Desarrollo parte del reconocimiento de un hecho inobjetable: el crecimiento de la economía en las últimas décadas ha sido insuficiente para elevar las condiciones de vida de todos los mexicanos y para reducir en forma sostenida los niveles de pobreza.

## 2. Diagnóstico general: México enfrenta barreras que limitan su desarrollo

Nuestra nación cuenta con amplios recursos para el crecimiento. Actualmente, México está experimentando la mejor etapa de su historia en cuanto a la disponibilidad de la fuerza laboral.

México es un país joven: alrededor de la mitad de la población se encontrará en edad de trabajar durante los próximos 20 años. Este bono demográfico constituye una oportunidad única de desarrollo para el país. La inversión en capital, por su lado, se encuentra en niveles comparables al de economías que han tenido un crecimiento económico elevado en años recientes (24% del PIB).

No obstante, México tiene un gran reto en materia de productividad. La evidencia lo confirma: la productividad total de los factores en la economía ha decrecido en los últimos 30 años a una tasa promedio anual de 0.7%. El crecimiento negativo de la productividad es una de las principales limitantes para el desarrollo nacional.

## LEY GENERAL DE SALUD

ARTÍCULO 1o. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

### CAPITULO V

#### Atención Materno-Infantil

ARTÍCULO 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.
- IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento
- V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.

ARTÍCULO 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

ARTÍCULO 63. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

ARTÍCULO 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I. Procedimientos que permitan la participación de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;

II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, y

III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

ARTÍCULO 65. Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I. Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil;

II. Las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes;

III. La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas.

IV. Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excreta.

ARTÍCULO 66. En materia de higiene escolar corresponde a las autoridades sanitarias establecer las Normas

Oficiales Mexicanas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar. Las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas.

La prestación de servicios de salud a los escolares se efectuará de conformidad con las bases de coordinación que se establezcan entre las autoridades sanitarias y educativas competentes.

## CAPITULO VI

### Servicios de Planificación Familiar

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

1 Reforma en Diario Oficial de 14 de junio de 1991

Fe de erratas Diario Oficial de 12 de julio de 1991

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

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

ARTÍCULO 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo

Nacional de Población;

II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar;

III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo

Nacional de Población;

IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;

V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar, y

VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

ARTÍCULO 69. La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de

Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

ARTÍCULO 70. La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

ARTÍCULO 71. La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

## PLAN ESTATAL DE DESARROLLO

Las sociedades del siglo XXI están inmersas en una sucesión de transformaciones políticas, económicas y sociales, que se caracterizan por el acelerado desarrollo de la tecnología, la masificación de la información y el conocimiento, la tecnificación de las actividades humanas, la despersonalización, el intercambio de roles en los sectores sociales y la polarización económica, entre otros. Estos procesos, que presentan enormes desafíos a las instituciones públicas, demandan cambios tanto en la forma de gobernar como en la manera en que la sociedad se involucra en la vida pública.

En esta transición globalizadora, se percibe, afortunadamente, una creciente tendencia para que la sociedad participe activamente en la deliberación, el examen y el análisis de la naturaleza de la gestión pública y su desempeño. Así, las opiniones y las legítimas exigencias sociales constituyen un reto y, a la vez, una motivación para demostrar la capacidad real de los gobiernos para ofrecer una respuesta oportuna a las necesidades de los ciudadanos, con la finalidad de renovar los procesos de la gestión gubernamental y redefinir las relaciones individuo-Estado, que lleven a conformar una sociedad más justa y equilibrada. Consciente de este nuevo contexto, el Gobierno del Estado de México impulsa acciones que permiten, por un lado, establecer una relación más próxima y cercana con la sociedad, y por otro, perfeccionar la coordinación del trabajo en equipo de todos los niveles de gobierno. Asimismo, busca promover la transversalidad del quehacer gubernamental e incentivar la participación social, para fortalecer un efectivo proceso de planeación democrática que tome en cuenta la voluntad y el esfuerzo colectivo para lograr una gestión eficaz, que se materialice en un mejoramiento tangible de las condiciones de vida de la ciudadanía.

En este marco y en estricto apego a la realidad mexiquense, en el *Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017* se presenta un diagnóstico de las circunstancias de carácter internacional que inciden en la política de la entidad, al respecto, se identifican

tanto las fortalezas como las circunstancias que benefician a la acción pública, además de las áreas de oportunidad y las amenazas que pueden mermar el desarrollo de la entidad.

Dicho diagnóstico confirma que se han registrado grandes avances en el Estado de México, mismos que han permitido superar la marginación, combatir la pobreza, generar más y mejores empleos, proveer mejores servicios públicos y garantizar la seguridad y la paz públicas. Al mismo tiempo, identifica las áreas de oportunidad donde se puede actuar para fortalecer las condiciones de bienestar, de seguridad y de igualdad, que consoliden a una sociedad más justa.

En un Estado democrático y plural, la continuidad debe ser un principio básico para asegurar el cumplimiento de los fines sociales y de los objetivos institucionales, que garanticen la aplicación constante y el redimensionamiento de los programas que han tenido un alto impacto económico y social.

## NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1o. de julio de 1992 que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las normas oficiales mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

El presente documento contiene la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva.

Este documento describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

#### 1. Objeto y campo de aplicación

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

## NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2014, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud recomienda como estrategia fundamental para la prevención y control del VIH/SIDA el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las ITS son causa de enfermedad aguda, crónica, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños. El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH.

Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

Las ITS representan un grave problema de salud sexual y reproductiva, no sólo al interior de los grupos de población con prácticas de riesgo, sino también en aquellas personas de la población general que llegan a exponerse al contagio inadvertido con parejas ya infectadas pertenecientes a grupos con prácticas de riesgo para adquirir y transmitir estas infecciones, a través de contactos sexuales sin protección.

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres.

### 1. Objetivo y campo de aplicación

**1.1** Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer y uniformar los procedimientos y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, para la prevención y el control de las ITS.

**1.2** Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal médico y paramédico de los sectores público, social y privado que preste servicios relacionados con la prevención, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual.

## ASPECTOS SOCIALES

### DETERMINANTES DE LA SALUD

Las condiciones de vida determinan la manera como las personas enferman y mueren y, a su vez, propone mejorar dichas condiciones, y luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, para así eliminar las desigualdades injustas en salud, en una generación (Morales Borrero, 2013)

### ESTILOS DE VIDA.

El estilo de vida es un aspecto que puede ser modificable por cada persona, incide la confluencia de un grupo de determinaciones individuales que llegan a aquejar la salud y sobre las cuales se ejerce cierta condición de dominio voluntario y consciencia por parte de las personas (Cantú, 2014). Los estilos de vida se consideran saludables cuando se dirigen a evitar la enfermedad (Lima-Serrano, Martínez-Montilla, & s, 2018).

### NIVEL DE VIDA

El nivel de vida comprende los recursos económicos y materiales con que cuentan las personas entre lo que se puede contar, sus ingresos personales y familiares, los bienes y servicios y en general todo recurso que va encaminado a mejorar la calidad de vida. (Padilla, 2012).

### CALIDAD DE VIDA

Es una medida de bienestar ampliamente utilizada en salud pública, que puede definirse como la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto cultural y de valores, en relación con las metas, las expectativas, los estándares y los intereses. Se asocia a variables personales, autoestima, autoconcepto, sociales, familia, amigos y estilos de vida o comportamientos de salud (Lima-Serrano, Martínez-Montilla, & s, 2018) percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto cultural y de valores, en relación con las metas, las expectativas, los estándares y los intereses dado que depende del nivel de vida de las personas.

## DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Existen investigaciones que apoyan la necesidad de brindar educación sexual a los docentes, estas investigaciones indican que es urgente buscar estrategias que permitan la formación sexológica de estos, de lo contrario afirma Urdaneta (1995), se corre el riesgo de que algunos educadores, no impartan educación sexual, ya sea por tabúes existentes o por aducir que no están capacitados para ello. En este sentido es importante señalar que esta situación merece un mejor tratamiento por parte del estado, ya que ante los avances de la sexología científica es prioritario capacitar y actualizar al docente a través de actividades de mejoramiento profesional con personal especializado. De estas premisas se puede deducir que es necesario redimensionar la orientación respecto a la educación sexual hasta alcanzar una visión integral, de manera que el docente puede lograr ser:

- Orientador y promotor.
- Incentivador del potencial humano

En correspondencia con lo planteado, es necesario que se formen en el docente, competencias como las que a continuación se expresan:

- Tener conocimientos elementales de anatomía y fisiología sexual.
- Estar consciente de su identidad sexual, aceptarla y vivirla de manera positiva.
- Comprender los problemas y dudas comunes que niños y adolescentes confrontan en su desarrollo psicosexual.
- Impartir la educación sexual con objetividad e imparcialidad.
- Incentivar a los educandos en la adquisición libre y consciente de sus propios valores, sin tratar de imponer los suyos.
- Brindar una información sexual en forma conjunta con los padres, representantes y comunidad en general. (Ministerio de Educación, 1987).

Para desarrollar estas condiciones y desarrollar un asertivo proceso de formación, el docente debe fortalecer en sí actitudes didácticas junto al aprendizaje del área sexual. Dentro de este marco cabe citar la siguiente afirmación: "la educación sexual feliz es

aquella que combina todos los aspectos de la sexualidad" (Morales Blázquez & Pavón Patricia, 2010) Por lo anteriormente expresado, resulta clara la necesidad de enfatizar al docente como un facilitador de aprendizaje, para lo cual debe diseñar, desarrollar y evaluar diversas situaciones y estrategias metodológicas, que estimulen la actividad de los educandos, con la finalidad de que el alumno internalice los conceptos, cree su escala de valores y desarrolle actitudes y conductas operativas. En este sentido se ha logrado que muchos maestros y personal facilitador comprendan la necesidad de abordar de forma correcta esta condición con recursos y métodos adecuados; preocupándose por mejorar su labor y aprender estrategias para la enseñanza de la educación sexual.

La educación debe encauzar sus actividades hacia el análisis de la naturaleza del hombre como tal llamado a la formación integral, a la realización, a la felicidad y la inmersión en un medio ambiente socio cultural, que de alguna manera influye en su conducta.

Dentro de este marco se considera que la educación sexual del docente debe basarse en el afán por comprender al ser humano en todas sus etapas, en la búsqueda de superar situaciones pendientes en el desarrollo y crecimiento personal, para brindar una formación sana y responsable. Personas jóvenes entre las edades de 15 y 24 años reciben conocimientos actualizados sobre la educación sexual (ONUSIDA, 2008).

En el ejercicio profesional, a cualquier nivel que este se lleve a cabo, los psicólogos encuentran gente perturbada por su sexualidad, que acude en busca de ayuda y orientación. El sexo ha sido y es en la actualidad foco de debates y polémicas, que, al ser conocidos por el público a través de los distintos medios de información, aumentan cada día la expectativa de las gentes respecto a su aceptación o rechazo.

La abundancia de pornografía, el sexismo y el cine rojo, colaboran a dirigir y mantener la atención de la gente en torno del tema del sexo. Se muestran poco interesados en las expectativas que sus respectivas parejas tienen sobre esto, y no siempre están dispuestos a participar en esta decisión. Maestros y maestras destacan la clara ausencia de un consejero en estos temas, pues no basta el interés genuino de los

hermanos mayores, los amigos o los tíos por resolver las dudas o inquietudes de los más pequeños.

Mucho nos hemos preguntado qué atributos debe tener el educador sexual; el asunto de ha discutido ampliamente en nuestros cursos. Se ha coincidido en hacer depositario al educador sexual de nuestras propias exigencias, ideales y frustraciones. Se ha querido construir un modelo ideal perfecto para permitirle conocer y opinar en un asunto tan íntimo como es la sexualidad. (Testa, Núñez, Ruiz, & Senior, 2002)

Para aproximarnos a un modelo más real, en el aquí y ahora, estos grupos han caracterizado al educador sexual a partir de sus atributos y habilidades. Maestros y maestras coinciden en que debería tener características tales como la empatía, el respeto, la confianza y el interés por los jóvenes entre sus cualidades más importantes.

Las maestras, desde una perspectiva humanista, señalan que este educador debe ser honesto, sincero, imparcial, abierto, sensible y capaz de comunicarse sin olvidar las técnicas pedagógicas esenciales para el buen manejo de los grupos. Subrayan como aspecto fundamental una normatividad clara que se base en una ética profesional sólida.

Sin duda, el reto es que el educador sexual deje de ser idealizado y sea visto a partir de sus propias capacidades y contradicciones. Si este educador surge del gremio magisterial, deberá imbuirse en una realidad social, lo que implica, entre otros factores, la politización del sector, las condiciones salariales, las posturas a favor y en contra de la educación sexual, la relación con los padres de familia, así como la falta de capacitación técnica en salud sexual.

Maestros y maestras no deben olvidar que son un agente de cambio y que, como tal, deben reafirmar, para sí y para los demás, que la educación de la sexualidad es parte estructural de un cambio cultural. Éste puede iniciarse a partir de la voluntad individual que los lleva a descubrir sus miedos, fantasías, esperanzas, placeres, y a asumir la responsabilidad de manejar su vida sexual. Los maestros y maestras decididos a iniciarse en el estudio de la sexualidad tendrán la oportunidad de descubrir y reeditar,

en sus historias infantiles y adolescentes, las motivaciones más profundas para ser educadores sexuales. (Testa, Núñez, Ruiz, & Senior, 2002)

Este panorama nos lleva a reflexionar sobre algunos asuntos que podrían orientar la formación y profesionalización de los educadores sexuales:

## CAMPO Y ACCION DEL EDUCADOR PARA LA SALUD

### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

*«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».*

#### Constitución de la OMS

Nuestro objetivo es construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo. A través de las oficinas que la OMS tiene en más de 150 países, nuestro personal trabaja junto con los gobiernos y otros asociados para que todas las personas gocen del grado máximo de salud que se pueda lograr.

Juntos nos esforzamos por luchar contra las enfermedades, ya sean infecciosas, como la gripe y la infección por el VIH, o no transmisibles, como el cáncer y las cardiopatías. Ayudamos a que las madres y los niños sobrevivan y avancen en la vida para que puedan conservar la salud hasta una edad avanzada. Velamos por la salubridad del aire que respiran las personas, de los alimentos que comen y del agua que beben, así como de los medicamentos y las vacunas que necesitan.

La OMS inició su andadura al entrar en vigor su Constitución el 7 de abril de 1948 – fecha en la que celebramos cada año el Día Mundial de la Salud. Actualmente somos más de 7000 personas trabajando en 150 oficinas de país, seis oficinas regionales y la Sede de Ginebra.

Somos la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.

Nuestros ámbitos de actividad principales son los siguientes:

- ✓ Enfermedades no transmisibles
- ✓ Enfermedades transmisibles

- ✓ Preparación, vigilancia y respuesta a las crisis Promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida  
Sistemas de salud
- ✓ Servicios institucionales

Prestamos apoyo a los países en la coordinación de las actividades de diferentes sectores del gobierno y de los asociados incluidos asociados bilaterales y multilaterales, fondos y fundaciones, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado para que logren sus objetivos sanitarios y apoyar sus estrategias y políticas sanitarias nacionales.

## PROGRAMA DE ESTUDIO

El Licenciado en Educación para la Salud es un profesional universitario altamente calificado que está formado a partir de un visión y misión de trabajo en grupos interdisciplinarios, ya que se sostiene en una formación de calidad bajo una perspectiva multidisciplinaria, que lo posibilita a proyectar un bienestar social, a desarrollar una capacidad de atención a las áreas de educación, antropología social, cultura, medicina preventiva, etc.

La licenciatura en Educación para la Salud se enfoca en el conocimiento y análisis de los procesos de diagnóstico de enfermedades o brotes epidemiológicos que puedan afectar a una comunidad o a varias de ellas situadas en una microrregión específica. Central en el programa de la licenciatura es la enseñanza de metodologías de trabajo que favorezcan el reconocimiento de los saberes, experiencias, prácticas, hábitos y costumbres comunitarias que influyan o no en la formación de estilos de vida saludables, para a partir de ahí, iniciar procesos comunitarios de educación para la salud.

La Educación para la Salud, es así un proceso de enseñanza comunitaria, una pedagogía que, auxiliada por metodologías médicas, antropológicas, sociológicas y comunicativas, tenderá a fortalecer las prácticas comunitarias de conservación de la salud y la prevención de enfermedades y fundamentalmente, a transformar hábitos

nocivos en competencias individuales propicias para fomentar la salud comunitaria (UAEM, 2007).

## ASPECTOS PEDAGÓGICOS

La educación de las personas empieza en casa, pero parte de la misma se adquiere dentro de la escuela. La educación no solo se basa en la obtención de aprendizaje sino en la concientización de la información, así que para entender a la educación son necesarios los siguientes apartados:

## PAULO FREIRE PROCESO DE CONCIENTIZACIÓN

Para Freire, la educación es un evento gnoseológico, ejercicio de la libertad, aproximación crítica a la realidad (Freire, 1974). Esto es así porque su enfoque muestra críticamente la íntima relación y la armonía que deberían existir entre la práctica y la teoría. Freire presenta de manera consistente y explícita las conexiones que existen entre los fundamentos filosóficos y los principios de la práctica educativa.

Freire hace mención en que tiene que haber relación de la teoría y la práctica, no debe ser únicamente la teoría, es necesario llevarlo a la vida real, a la sociedad en la que el individuo se va a desenvolver y desarrollar, ambos están unidos y no pueden ser separados. Freire a esto le llama en uno de sus principales principios “Práctica-teoría-práctica”.

Si en las universidades iniciaran desde los primeros semestres a practicar lo que van aprendiendo se tendrían mejores profesionales, ya que no saldrían de la universidad con la pura teoría para practicar unos años y ya después ser profesionales, sino que ya salgan con esos conocimientos.

La vinculación de la teoría y práctica también debe ser desde la primaria ya que es ahí en donde la educación lleva el primer impacto hacia las personas principalmente, pero no de forma exclusiva, porque también se trae aprendizaje desde casa con la familia.

La pedagogía y la filosofía educativa de Freire se centra en el potencial que el ser humano tiene para la libertad y la creatividad en medio de una realidad histórica de opresión cultural y político-económica. (Chipian, 1984).

Realmente el hombre tiene la capacidad de liberarse, sin embargo, han sido muchos los años en que se han vivido en la opresión, incluso muchos aun la viven, solo es cuestión de que el hombre quiera iniciar a ser él mismo, como bien dice el dicho, que lo relaciono bastante “el valiente dura, hasta que el cobarde quiere”.

Freire quiere aplicar esto en la educación como bien menciona en la educación bancaria, lo único que se hace es depositar en el niño mera información, impidiendo a que el alumno genere la creatividad y el análisis, pero se ha vivido bajo opresión que ya se ve normal que el maestro de toda la información y el alumno solo sea receptor.

La concientización, según Freire, es un proceso de acción cultural a través del cual las mujeres y los hombres despiertan a la realidad de su situación sociocultural, avanzan más allá de las limitaciones y alienaciones a las que están sometidos, y se afirman a sí mismos como sujetos conscientes y creadores de su futuro histórico (Freire, 1974).

Esto es lo que Freire quería lograr, pero hubo bastante limitaciones que no lo dejaron como tal el iniciar a que se diera, sin embargo el abogaba para que el hombre se diera cuenta de todo lo que los estaba limitando, que dejaran y salieran de esa esfera que se pinta de color de rosa y fueran más allá, que iniciaran esa reflexión para ser hombres críticos y conscientes de lo que pasaba e iría pasando si no ponían manos a la obra. Primero, la concientización debe verse como un proceso disciplinado e intencional de acción y educación, que Freire denominó Acción cultural.”

Freire trataba de que las personas no se quedaran estáticas con lo que ya habían actuado, sino que siempre estamos en continuos cambios los cuales van a necesitar diferentes formas de actuar, el estar siempre activos en la sociedad, no caer en una monotonía, es decir, hacerlo con toda intención y no solo por hacer.

La concientización conlleva un doble requerimiento utópico: por un lado, denunciar la deshumanización, la opresión y la alineación: por otro, anunciar estructuras alternativas para la humanización y liberación.

Por tanto, él afirma que la concientización debe ocurrir simultáneamente con el proceso de alfabetización o post-alfabetización, dado que la palabra no es algo estático o desconectado de la experiencia existencial de la gente, sino más bien una dimensión de su pensamiento-lenguaje acerca del mundo.

Según Freire (1974), la concientización facilita el aprendizaje en torno a las perspectivas de sentido, definidas como estructuras psicológicas integradas por distintas dimensiones tales como pensamiento, sentimiento y voluntad.

Totalmente de acuerdo, el hecho de que la concientización facilite el aprendizaje en las perspectivas de sentido es muy cierto, ya que a través de esto es posible hacer más reflexivos al personal para que vayan desarrollando la habilidad de pensar, sentir e incluso expresar.

## TEORÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

El aprendizaje significativo es, según el teórico norteamericano David Ausubel, el tipo de aprendizaje en que un estudiante relaciona con una información que tiene con otra nueva va a poseer, reajustando y reconstruyendo ambas informaciones en este proceso. Dicho de otro modo, la estructura de los conocimientos previos condiciona los nuevos conocimientos y experiencias, éstos, a su vez, modifican y reestructuran aquellos.

El aprendizaje significativo ocurre cuando una nueva información se conecta con un concepto existentes, esto implica que las nuevas ideas experiencias, conceptos y proposiciones pueden ser aprendidos de un grupo de ideas nuevas, conceptos o proposiciones relevantes quedando esta adecuadamente claras y disponibles en la estructura cognitiva del individuo y que funcionen como un punto de anclaje a las primeras.

Es decir, en conclusión, el aprendizaje significativo se basa en los conocimientos previos que tiene el individuo más los conocimientos nuevos que va adquiriendo. Estos dos al relacionarse, forman una conexión y es así como se forma el nuevo aprendizaje, el aprendizaje significativo.

Además, el aprendizaje significativo de acuerdo con la práctica docente se manifiesta de diferentes maneras y conforme al contexto del alumno y a los tipos de experiencias que tenga cada persona y la forma en que las relaciones.

En la teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel, es lo contrario del aprendizaje por repetición o memorístico, ya que en la mencionada anterior mente es solo recopilación de información y este mismo carecen de significado para el estudiante y que por tanto son imposibles de ser relacionados con otros. El primero, en cambio, es recíproco tanto por parte del estudiante o el alumno en otras palabras existe una retroalimentación. El aprendizaje significativo es aquel aprendizaje en el que los docentes crean un entorno de instrucción en el que los alumnos entienden lo que están aprendiendo. Es el que conduce a la transferencia de la teoría a la realidad.

Este aprendizaje sirve para utilizar lo aprendido en nuevas situaciones, en un contexto diferente, por lo que más que memorizar hay que comprender.

Aprendizaje significativo se opone de este modo a aprendizaje mecanicista. Se entiende por la labor que un docente hace para sus alumnos; ocurre cuando una nueva información "se conecta" con un concepto relevante preexistente en la estructura cognitiva, esto implica que, las nuevas ideas, conceptos y proposiciones pueden ser aprendidos significativamente en la medida en que otras ideas, conceptos o proposiciones relevantes estén adecuadamente claras y disponibles en la estructura cognitiva del individuo y que funcionen como un punto de "anclaje" a las primeras.

El aprendizaje significativo se da mediante dos factores, el conocimiento previo que se tenía de algún tema, y la llegada de nueva información, la cual complementa a la información anterior, para enriquecerla. De esta manera se puede tener un panorama más amplio sobre el tema. El ser humano tiene la disposición de aprender sólo aquello a lo que le encuentra sentido o lógica o que de otra forma es algo que llama más su atención. El ser humano tiende a rechazar aquello a lo que no le encuentra sentido.

El único auténtico aprendizaje es el aprendizaje significativo, el aprendizaje con sentido. Cualquier otro aprendizaje será puramente mecánico, memorístico, coyuntural: aprendizaje para aprobar un examen, para ganar la materia, etc.

Lo significativo del aprendizaje es su carácter relacional. El sentido lo da la relación del nuevo conocimiento con conocimientos anteriores, con situaciones cotidianas, con la propia experiencia, con situaciones reales, etc. Donde el que aprende tiene la capacidad de aplicar su aprendizaje a la solución de problemas de la vida cotidiana.

Ausubel, considera que hay distintos tipos de aprendizajes significativos en los que se encuentran las representaciones, los conceptos y las proposiciones, que son los pasos que dan los seres humanos en lógica del pensamiento, que a continuación se desglosan:

1. Las representaciones: es decir, la adquisición del vocabulario que se da previo a la formación de conceptos y posteriormente a ella.

2. Conceptos: para construirlos se necesita: examinar y diferenciar los estímulos reales o verbales, abstracción y formulación de hipótesis, probar la hipótesis en situaciones concretas, elegir y nominar una característica común que sea representativa del concepto, relacionar esa característica con la estructura cognoscitiva que posee el sujeto y diferenciar este concepto con relación a otro aprendido con anterioridad, identificar este concepto con todos los objetos de su clase y atribuirle un significante lingüístico.

3. Propositiones: se adquieren a partir de conceptos preexistentes, en los cuales existe diferenciación progresiva (concepto subordinado); integración jerárquica (concepto supra ordenado) y combinación (concepto del mismo nivel jerárquico).

## TEORÍA HUMANISTA

Rogers denominó a su enfoque Psicoterapia centrada en el cliente y se asocia con la Psicología Humanista, que dignifica y valora el esfuerzo de la persona por desarrollar sus potencialidades. Este enfoque tiene elementos comunes con la visión Holística y Fenomenológica de la Gestalt, de la Experiencial (Gemían) y del enfoque Existencial.

Las ventajas y alcances de este enfoque son:

- ✓ Evita la tradición diagnóstica en lo referente al empleo de pruebas y a la categorización de los desórdenes mentales.
- ✓ Evita el lenguaje esotérico utilizando conceptos con referentes directamente observables en la experiencia.
- ✓ Evita el profesionalismo tecnicista, lo que hace que el terapeuta no dependa de su grado académico o de su identidad profesional sino de sus calidades y cualidades personales y de sus actitudes hacia el consultante (Pezzano, 2001).

## 2.5 APORTACION DE INVESTIGADORES AL CAMPO TEORICO

En 2012 en el estado de México se realizó un artículo llamado “por mi salud y tu tranquilidad hablemos de sexualidad” por Guadalupe Ávila García el cual tiene como objetivo promover una educación de la sexualidad que contribuya a prevenir los embarazos adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual y de género, otra vez del ejercicio autónomo y responsable de la sexualidad.

Estas dirigido al cuerpo docente y paradocente que atiende a la población de 5to y 6to año de primaria y de todos los niveles de secundaria de forma preponderante, aunque no exclusiva, los resultados indican que la ausencia de programas formales de educación de la sexualidad y la falta de cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes agudiza el problema más. (López & Fernández, , 2005)

(Testa, Núñez, Ruiz, & Senior, 2002) diseñaron un estudio en Venezuela llamado “nivel de educación sexual en docentes que tuvo como objetivo general precisar el nivel de educación sexual de docentes en la educación media diversificada de la U.E. ‘Dr. Pedro Manuel Arcaya’. A nivel teórico se revisaron los principios que sustentan la educación sexual. Para llegar a los resultados se utilizó una metodología descriptiva. En función de la información necesaria se trabajó con una población de veinte docentes. Los instrumentos utilizados fueron una guía de observación en escala tipo Lickert, y un cuestionario en escala dicotómica.

Finalmente se aplicó la estadística descriptiva basada en el establecimiento de frecuencias y porcentajes por indicadores, cuyo análisis dio origen a las siguientes conclusiones: Se evidencia la necesidad de educación sexual para los docentes y una tendencia a bajo en el nivel cognitivo sexual de los mismos.

La sexualidad en niños de 9 a 14 años es un estudio que se realizó en el año 2006 con fines de este estudio fue analizar el comportamiento y actitudes sexuales de niños

entre 9 y 14 años en la Comunidad Valenciana (España). En este trabajo aportamos los datos de 470 niños (52% son niños y 48% niñas). Para su evaluación se utilizó el Cuestionario CIACS-II de Ballester y Gil. Los resultados evidencian que los niños de 9 años ya manifiestan comportamientos que muestran su interés hacia la sexualidad. A esta edad, un 8% de los niños varones se ha masturbado y un 9% ha utilizado pornografía para excitarse. Un 14% de niños varones de 11-12 años han tenido contactos sexuales y un 38% tiene fantasías sexuales.

Las niñas comienzan a masturbarse y tener relaciones sexuales más tarde que los niños y muestran menor prevalencia de fantasías sexuales y uso de porno grafía. Se concluye la necesidad de implantar programas de educación sexual en las escuelas desde edades tempranas.

A principios del año 2007 la revista habanera de ciencias médicas lanza un documento llamado “sexualidad, salud sexual, prevención del VIH-sida” el cual tiene como objetivo llamar a la reflexión sobre aspectos significativos vinculados a la sexualidad que reclaman un enfoque bioético de estas cuestiones.

El respeto a la dignidad de la persona humana es un principio ético elemental, escrito por el Dr. Celestino Vasallo Mantilla. En el cual se exponen los conceptos básicos de sexo, sexualidad y salud sexual. Los conceptos relacionados con la Sexualidad, según consenso de la OPS-OMS que facilitan una mejor comprensión, conocimientos y estudios de las mismas.

En el año 2012 se llevó a cabo un estudio en puerto rico llamado “Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. Los objetivos de este estudio eran identificar cuántos hombres y mujeres heterosexuales en Puerto Rico endosaban ciertos estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina y explorar la relación entre el endoso de estos estereotipos sexuales y las actitudes hacia el condón masculino y su uso en relaciones sexuales vaginales Llevamos a cabo un estudio descriptivo correlacionar mediante el cual le administramos dos escalas,

una sobre sexualidad masculina y otra sobre sexualidad femenina a un grupo de 429 personas heterosexuales. Los resultados indicaron que, el endosar estereotipos sexuales masculinos y/o femeninos no se relacionó con el uso del condón.

Estos hallazgos contradicen la literatura que sugiere que estos estereotipos sexuales y de género resultan en conductas sexuales de alto riesgo, lo cual tiene implicaciones importantes para el desarrollo e implementación de programas de prevención.

Este artículo hace una revisión de la importancia de la investigación en salud sexual con adolescentes escolares escrito por Sonia Meave Izoa, Emilia Lucio Gómez-maqueo en el año 2008 en el estado de México y lleva el nombre de “Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas”. Describe los hallazgos más relevantes de la conducta sexual y conducta sexual de riesgo en una muestra de 478 adolescentes escolares entre 13 y 19 años de la Ciudad de México. Además, propone un análisis sobre las diferentes barreras que se presentaron durante la investigación y sugiere estrategias para trabajar en este tema en escenarios escolares.

Finalmente destaca el papel de la escuela como facilitador de las acciones de prevención en salud sexual y reproductiva con adolescentes.

Este es un estudio llamado “embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto” realizado en el estado de México por Rosa María Núñez, Bernardo Hernández, Cecilia García, Dolores González, Dylis Walker. Describir la proporción de embarazo no deseado en adolescentes, su asociación con características sociodemográficas y la utilización de anticonceptivos posparto.

Material y métodos. Se trata de un estudio transversal con una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México, entrevistadas entre 1992 y 1994. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre seis y 12 semanas después del parto. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto. Resultados.

Un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado.

En el 2005 se realizó un estudio por Beatriz Fernández Martínez, Paloma Méndez Muñoz, M. Teresa León Martín, Carmen Fábrega Alarcón, Alejandro Villarín Castro, Óscar Rodríguez Rodríguez, Rodrigo Bernardo de Quirós Lorenzana, Ana Fortuny Tacias, Francisco López de Castro, Olga Fernández Rodríguez El objetivo es evaluar el resultado de una intervención educativa en este ámbito.

Estudio antes después de una intervención educativa (basada en charlas y entrega de documentación) sin grupo control. Se pasó un cuestionario antes y después de la intervención para valorar cambios en conocimientos y actitudes a los alumnos de 4º Enseñanza Secundaria Obligatoria de cinco centros educativos de Toledo.

Resultados: Contestaron 238 alumnos (de un total de 268). La edad media fue de 15,59. El 54,66% eran mujeres. El 24,03% ya habían mantenido alguna relación sexual. El método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (98,24%).

Las chicas rechazan una relación sin protección con más frecuencia que los chicos (76,5% vs 48,6%;) y tienen más facilidad para compartir clase con un enfermo de sida (80,47% y 60,38%). A los seis meses del inicio de la intervención respondieron al segundo cuestionario 197 alumnos. El uso correcto del preservativo pasó del 62,13% al 73,46%.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que participaron 351 embarazadas captadas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1998. Para la recogida de la información se utilizó un formulario donde se estudiaron diferentes variables biológicas y socioculturales. Se calcularon los riesgos relativos y los riesgos atribuibles poblacionales porcentuales de las enfermedades de transmisión sexual estudiadas.

Las embarazadas con herpes simple fueron las que mayores probabilidades tuvieron de abortar espontáneamente y de tener un hijo bajo peso al nacer y/o con conjuntivitis. El padecer una enfermedad de transmisión sexual con anterioridad representó el mayor riesgo atribuible poblacional porcentual en las embarazadas estudiadas para abortar espontáneamente y tener un hijo bajo peso al nacer y/o con conjuntivitis.

El objetivo de este estudio es evaluar el resultado de una intervención educativa en este ámbito. Métodos: Estudio antes-después de una intervención educativa (basada en charlas y entrega de documentación) sin grupo control. Se pasó un cuestionario antes y después de la intervención para valorar cambios en conocimientos y actitudes a los alumnos de 4º Enseñanza Secundaria Obligatoria de cinco centros educativos de Toledo. Resultados: Contestaron 238 alumnos (de un total de 268). La edad media fue de 15,59. El 54,66% eran mujeres. El 24,03% ya habían mantenido alguna relación sexual.

El método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (98,24%). Las chicas rechazan una relación sin protección con más frecuencia que los chicos (76,5% y 48%) y tienen más facilidad para compartir clase con un enfermo de sida (80,47% y 60,38%). A los seis meses del inicio de la intervención respondieron al segundo cuestionario 197 alumnos. El uso correcto del preservativo pasó del 62,13% al 73,46%.

Este artículo lleva el nombre de prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso de la salud pública de México, vol. 35, núm. 5, septiembre-octubre, 1993, condón En este artículo se hace una revisión de la bibliografía existente y un análisis de los estudios más relevantes de los últimos años sobre la eficacia del condón en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, con modelos experimentales, epidemiológicos y de seroconversión.

Estos estudios permiten afirmar que, si bien el condón no es cien por ciento eficaz, si se aproxima mucho a esta cifra, cuando se usa correctamente y en forma sistemática. La posibilidad de ruptura de los condones informada en algunos estudios es del 0.5por

ciento para relaciones heterosexuales y del 3.6 por ciento al 10.5 por ciento en relaciones homosexuales. La mayoría de los estudios refieren tasas bajas de falla adjudicarles a problemas de fabricación y control de calidad de condones. Debido a las dificultades que existen para que una mujer pueda negociar el uso del condón masculino, en los últimos años se ha desarrollado el condón femenino.

Se realizó un estudio descriptivo en estudiantes de la enseñanza media y superior del municipio de Las Tunas, a los cuales se le aplicó una encuesta donde se precisaron variables como: edad, sexo y edad de las primeras relaciones sexuales; además del nivel de conocimiento, de implicación y de protección de estos en relación con las enfermedades de transmisión sexual.

Coincidieron los resultados obtenidos con la literatura revisada, siendo la implicación con los menores de 15 años con un 28 %; la protección efectiva en un 52 % predominando el sexo femenino. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un grupo de enfermedades transmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual. En la actualidad, conforman el grupo frecuente de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en la mayor parte de los países.

El optimismo no realista (ONR) se produce cuando una persona estima que la probabilidad de ser víctima de un suceso desagradable es menor que la de otras personas. Los estudios sobre el ONR concluyen que es un sesgo cognoscitivo positivo que produce una distorsión de la realidad (ver menos peligro del que hay realmente), que no es un hecho anormal (se produce en la mayoría de las personas), y que puede tener un significado adaptativo (ejerce un papel protector en la percepción innecesaria de peligros potenciales al disminuir la ansiedad excesiva o poco justificada) (Weinstein, 1980, Joffe, 2003).

El ONR sería como un mecanismo de defensa que, no obstante, puede tener también efectos perjudiciales para el bienestar de la persona exponiéndola a riesgos innecesarios al distorsionar la vulnerabilidad real del sujeto (infravalorarla) y conducirlo a la no realización de conductas preventivas o de autoprotección (Weinstein y Klein,

1995). Por este motivo, el ONR ha sido considerado por muchos autores como un elemento a tener en cuenta en programas para la promoción de la salud, como es el caso de la utilización del condón como medio preventivo, siendo éste el objeto de estudio del presente trabajo.

La atención psicológica de la mujer embarazada en instituciones médicas es importante para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución de este, así como sus consecuencias sobre el producto. Se realizó un estudio exploratorio para conocer las alteraciones psicológicas de las mujeres embarazadas, pacientes del INPER, atendidas por Psicología durante 2004. Basados en la primera entrevista clínica y los diagnósticos del DSM-IV, se analizó su frecuencia, para decidir el tratamiento pertinente.

Las alteraciones psicológicas encontradas fueron: trastornos adaptativos, del estado de ánimo, duelo, abuso de drogas y problemas conyugales, entre otros. Conocer las alteraciones psicológicas de la mujer embarazada facilita al psicólogo establecer un modelo de intervención acorde a sus necesidades.

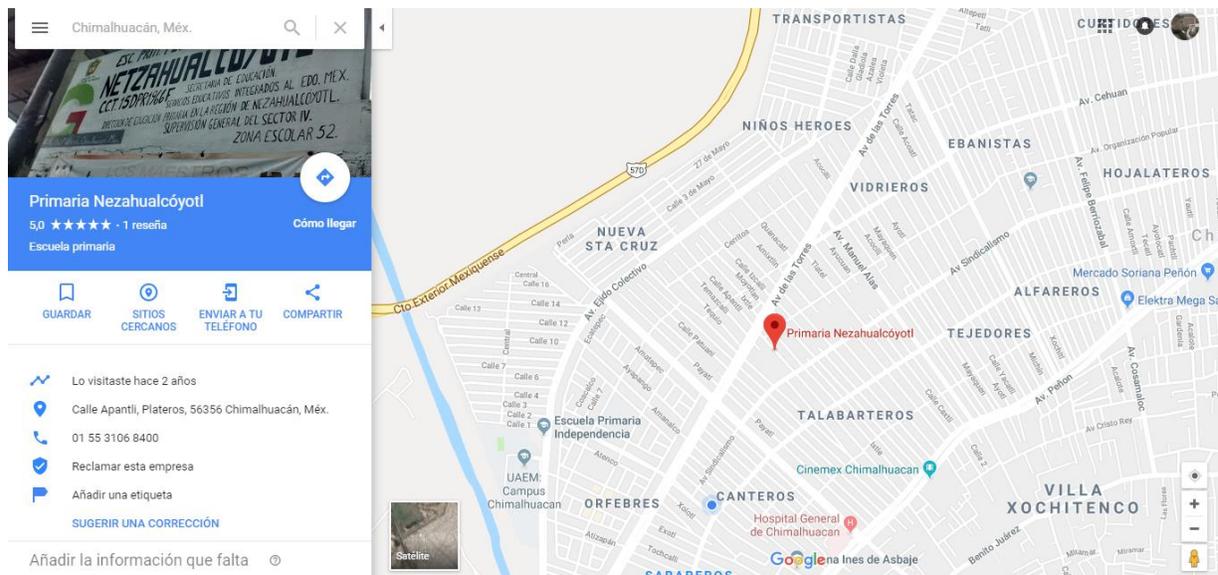
## CAPITULO 3 MARCO METODOLÓGICO:

### DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Se realizó una investigación diagnóstica de carácter descriptivo, tipo transversal ya que solamente se realizó en un solo momento.

### UBICACIÓN DE LA INVESTIGACION

La ubicación de dicha investigación, fue realizada en la escuela primaria Nezahualcóyotl, ubicada en la calle Apantli Barrio plateros, del municipio de Chimalhuacán, Estado de México En la cual los sujetos de estudio fueron los alumnos de dicha primaria, el universo a tratar fueron 6 grupos, colateralmente, se entrevistó a maestros con diferentes licenciaturas, de la misma escuela. La muestra principal fueron alumnos de 4° a 6° año de primaria.



## CRITERIOS DE SELECCIÓN:

### Inclusión:

Los alumnos y maestros que aceptaron participar en dicho programa y que asistieron en el momento que se realizaron las actividades.

### Exclusión:

Los maestros que no aceptaron participar en dicho programa, (ya que no se les puede obligar por ningún motivo y la invitación fue absolutamente voluntaria) y aquellos que no asistieron el día de la aplicación.

### Recolección de la información:

- ✓ Etapa de gestión: se realizó en la escuela primaria Nezahualcóyotl, del municipio de Chimalhuacán Estado de México.
- ✓ Etapa de intervención: se realizó con la ayuda de los maestros que colaboraron
- ✓ Instrumento: se realiza un cuestionario, como instrumento de evaluación para saber cómo es que los profesores, al impartir sus clases detectan el conocimiento de los alumnos acerca de sexualidad y qué métodos conocen ellos ayudaron los conocimientos de sus propios alumnos.

Lugar: el municipio de Chimalhuacán está ubicado al oriente del Estado del Estado de México, forma parte de la zona metropolitana de la Ciudad de México, está conectado con los municipios de Nezahualcóyotl, Los Reyes la Paz. muy cerca de la Ciudad de México. Esto hace que sea un botón de muestra de una región ampliamente representativa del comportamiento sexual de los jóvenes de la zona.



## RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información se recopiló, en un primer momento con fuentes documentales, posteriormente con el acercamiento a la escuela y de manera especial con los profesores frente a grupo de los grados de 4º a 6º.

La educación sexual en las escuelas para que no sigan existiendo embarazos a temprana edad se les hará un cuestionario en donde se les preguntará a los profesores cuál es para ellos la forma correcta de impartir la educación sexual en los niños y de ahí se propiciará la reflexión para que ellos determinen lo correcto e incorrecto de sus estrategias (anexo1).

- ✓ Para cumplir con el objetivo específico identificar la magnitud de información que tienen los alumnos sobre sexualidad se aplicará un test utilizado como herramienta (anexo 1)
- ✓ Para cumplir con el objetivo de clasificar las formas de uso del conocimiento de sexualidad adquirido se necesita la ayuda de los profesores quienes evaluarán el conocimiento obtenido anteriormente (anexo2)
- ✓ Para cumplir con el objetivo de detectar las deficiencias de los conocimientos sobre sexualidad de los alumnos de primaria se necesitarán alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.

**INTRUMENTO RECOLECTOR:** Se utilizará un test como instrumento validador de conocimiento sobre la prevención del embarazo adolescente.

**ANÁLISIS PRESENTACION DE RESULTADOS:** Se utilizará el programa de SPSS para la recopilación de los datos, en donde con la información capturada se realizarán gráficas y el análisis de las mismas; según lo que se obtenga se propondrá un programa de capacitación.

## Aspectos éticos

Toda investigación debe ser respaldada con los siguientes documentos para la seguridad e identidad de las personas

### Aspectos éticos de la investigación:

Esta investigación se llevó a cabo con el cumplimiento de la reglamentación internacional derivada de la declaración de Helsinki en la cual menciona que se tomaran las precauciones debidas para resguardar la identidad de las personas que participan en esta, y la confidencialidad de su información personal.

Núremberg:

Consentimiento informado:

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.

- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

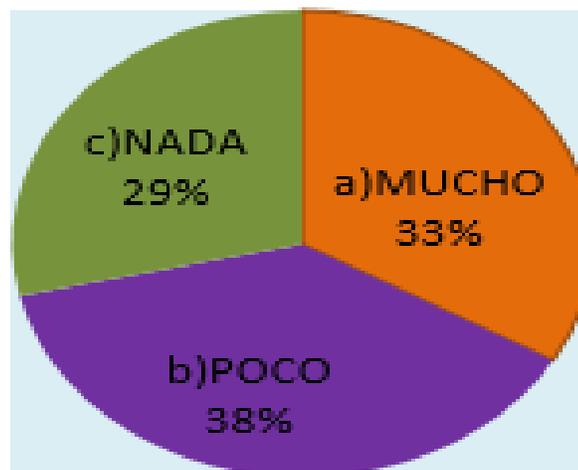
Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados obtenidos, que en forma resumida consisten en un desconocimiento considerable del tema de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, como lo demuestran las siguientes gráficas.

### GRAFICA 1

## Proporción de alumnos que saben sobre planificación familiar

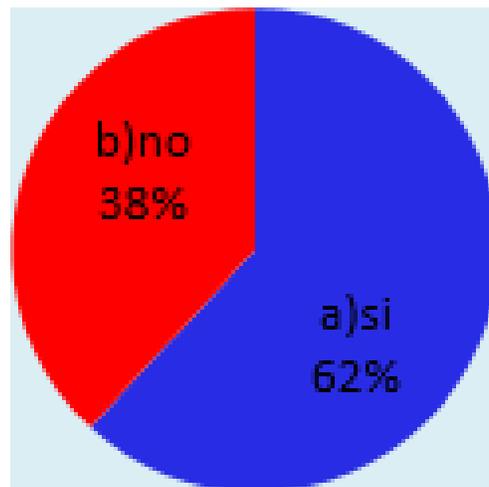


**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

En esta gráfica podemos observar claramente que uno de cada 3 alumnos desconoce el tema de la planificación familiar, mientras que el resto tiene conceptos básicos del tema

## GRAFICA 2

### Proporción de alumnos que saben sobre educación sexual



**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Los alumnos en esta gráfica arrojan que el 38% de la población no conocen al máximo el tema, lo desconocen ya que en algunos se les tiene prohibido hablar en casa mientras que el 62% siguiente muestra cierto conocimiento sobre la sexualidad.

### GRAFICA 3

---

## Porcentaje de alumnos que saben sobre métodos anticonceptivos



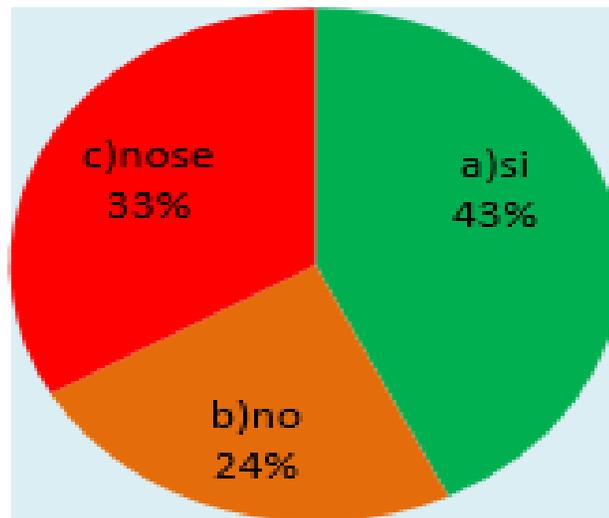
---

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

En esta gráfica se muestra que el 75% de la población tiene conocimientos sobre métodos anticonceptivos mientras que el 25% no cuenta con ese conocimiento.

## GRAFICA 4

### Sobre el uso de metodos anticoncetivos



**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

En esta gráfica se muestra que el 33% de la población no sabe usar adecuadamente un método anticonceptivo adecuadamente y esto es factor de riesgo para que se dé un embarazo no deseado, mientras que el 24% de la población no usa ningún método y solo el 43% sabe y usa los métodos anticonceptivos adecuadamente.

## GRAFICA 5

### Percepcion de los alumnos acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual .

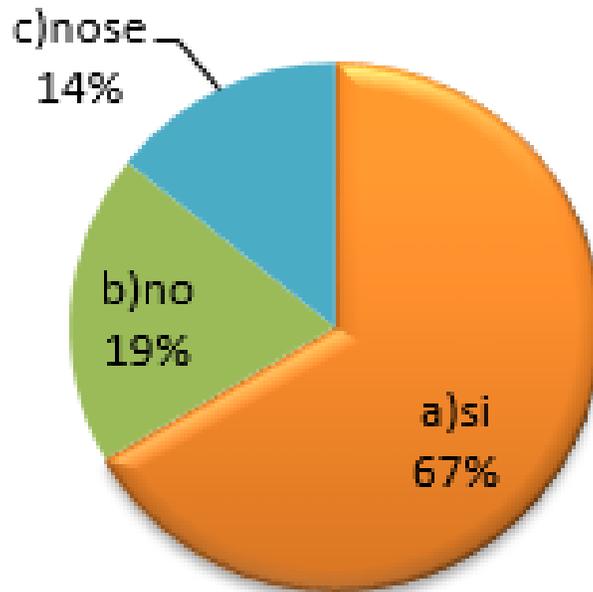


#### **FUENTE: ELABORACION PROPIA**

El 100% de la población de los alumnos percibe y está consiente que una ITS es un problema grave para las personas, pero no por esto utilizan un método anticonceptivo.

## GRAFICA 6

### Proporción de alumnos que saben de la existencia del uso del preservativo

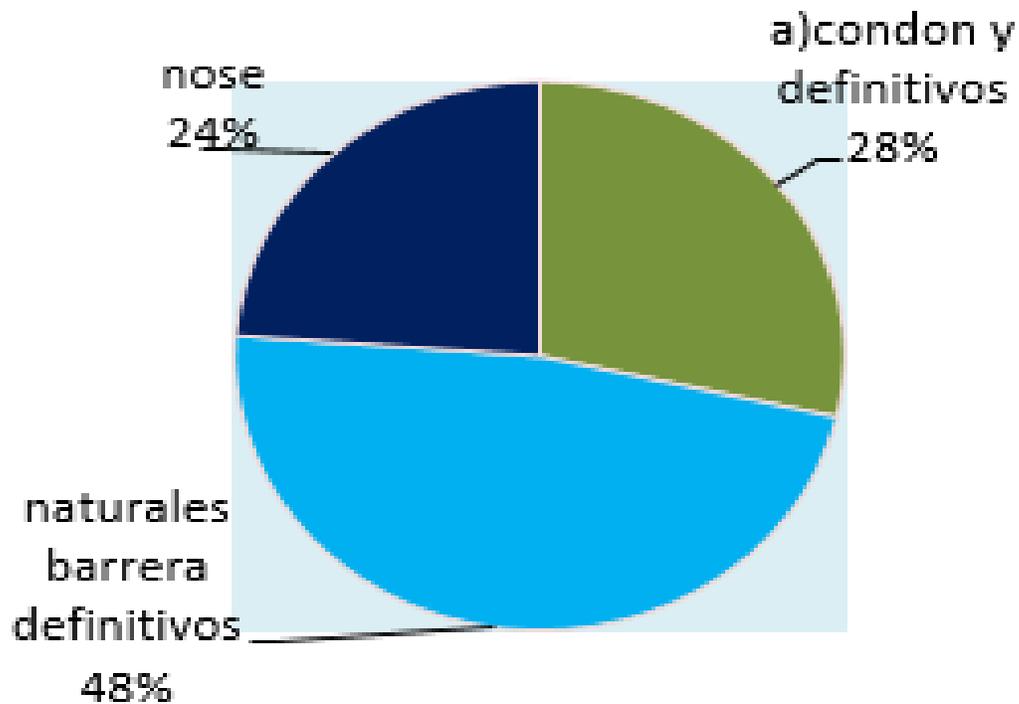


**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

El 14% de la población no sabe que existe ni cómo se utiliza el preservativo adecuadamente. El 19% no lo conoce y el 67 % si sabe cómo usarlo.

## GRAFICA 7

### Cuánto conocen sobre métodos anticonceptivos



#### FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

El 24% de la población no conoce los distintos tipos de métodos anticonceptivos o los conocen, pero no los ubican; el 28% tienen una idea errónea sobre los tipos y el 48% los ubica y los conoce

## GRAFICA 8

### Primera relacion sexual



### FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Esta gráfica nos arroja que el 24% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales y del 76% de los adolescentes no tienen ni si quiera en planes esa idea 33% de los alumnos que ya tuvieron relaciones sexuales, no usaron ningún método anticonceptivo.

## **Reflexión sobre lo que encontraron investigaciones similares y esta investigación:**

En investigaciones anteriores notamos que el índice de embarazos a temprana edad ha ido en aumento, esto podría estar relacionado con los resultados anteriores, ya que se puede observar que a los alumnos de primaria les hace falta mucha información sobre sexualidad y que los profesores tienen una tarea ineludible y un compromiso social muy importante.

Se obtuvo un diagnóstico sobre las deficiencias en la información que los alumnos de primaria tienen, cómo podemos ver en los resultados anteriores, los alumnos carecen de educación sexual, están mal informados o no le dan el uso adecuado a la información. Los profesores tienen un doble reto, por un lado, aumentar sus conocimientos y por el otro, encontrar técnicas y estrategias más eficaces para lograr en los alumnos la transmisión, transferencia y capacidad de aplicación a su propia vida.

Esto no es suficiente ya que también en casa se debe dar una buena educación sexual, empezando con quitar ciertos tabús que en la familia existen.

Como puede verse los esfuerzos de investigación en el tema que ya se trataron previamente son un indicador de la necesidad de incrementar y profundizar la investigación básica y aplicada de este importante aspecto de la vida..

## **CONCLUSIONES:**

Los factores socioculturales y la perspectiva de género que influyen en las opiniones de los y las adolescentes y jóvenes acerca de la sexualidad, su acceso a la información y a los servicios de salud influyen en la salud sexual y reproductiva, en su bienestar, incluida su capacidad para protegerse de un embarazo no planificado o adquisición de infecciones de transmisión sexual.

Se identificó la deficiencia que tienen los alumnos sobre el tema de sexualidad, ya que la mayoría ellos están en la edad de la autoexploración y se nota que ya se tiene esa inquietud sobre las relaciones sexuales, pero no conocen los métodos anticonceptivos.

Dentro de la calidad de vida de los alumnos se observó que cuentan con una gran cantidad de valores y recursos materiales y económicos los cuales los podrían llevar a tener metas a futuro y un proyecto de vida.

Debe entenderse que adolescentes y jóvenes tienen derecho a una educación sexual libre y con acceso a información adecuada, así mismo tienen derecho a adquirir cualquier método anticonceptivo en cualquier servicio de salud, por lo cual se enlistan las siguientes propuestas, esto con el fin de mejorar la información en los adolescentes:

Mientras los maestros resolvían el test se observa que tenían mucho interés en investigar sobre sexualidad ya que, si no sabían algo, con gran rapidez recurrían a su celular para aclarar las dudas que surgieron al momento de la aplicación.

Se propone implementar un curso en donde los docentes interactúen con los alumnos, también provoquen un impacto, no solo es necesario darles información, además se busca que el alumno tenga una concientización sobre la problemática que existe acerca de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no planeados.

Es necesario que el alumno visualice su proyecto de vida (apoyado por la escuela y la familia) y hablándoles sobre las consecuencias de un embarazo no deseado hacerles

conciencia que dicho proyecto no podría llevarse a cabo o se tardaría más en lograrse ya que ahora no solo dependen de su vida, también un bebé dependerá de ellos.

Otra propuesta, es que a los alumnos se les dé la educación sexual sin censura, es decir que se les enseñe sobre el aparato reproductor masculino y femenino, que nombren los órganos sexuales por su nombre científico y no como se ha llamado desde casa: *la cosita, la pepita, el tilín, el pajarito* etc. Es importante llamar a las cosas como son, sin enmascarar nada, para que enfrenten la realidad y los fenómenos que suceden en su cuerpo con el nombre preciso y conciso.

Debe mostrarse a los alumnos imágenes, y de ser posible, con objetos reales o simulaciones, donde ellos identifiquen los métodos anticonceptivos y enseñar exactamente cómo y para qué se usan. Explicarles que el preservativo no es solo un método anticonceptivo sino también es la fuente principal para no tener un contagio de una infección de transmisión sexual.

Y por último, pero no menos importante, hacerles ver a los alumnos que la pastilla de emergencia o “la pastilla del día después” como es conocida en muchos lugares, no es un método anticonceptivo, sino, solo es un método de emergencia, que únicamente debe usarse en caso de que se haya roto el condón o que se haya olvidado tomar una pastilla anticonceptiva, o en el peor de los casos, se usa después de una violación.

## ANEXO 1: HERRAMIENTA

- 1.- ¿Qué lugar ocupa México dentro de los primeros países de ITS? **Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual**
  
- 2.- ¿Tienes conocimientos sobre educación sexual? **Norma oficial mexicana, nom 005-ssa2-1993, de los servicios de planificación familiar**
  
- 3.- ¿Conoces los tipos de métodos anticonceptivos existentes? **NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993; De los Servicios de Planificación Familiar**
  
- 4.- ¿Has usado correctamente un método anticonceptivo? **NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993; De los Servicios de Planificación Familiar**
  
- 5.- ¿Crees que las infecciones de transmisión sexual es un problema grave? **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-039-SSA2-2014, PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**
  
- 6.- ¿sabes cuales es el uso adecuado de los métodos anticonceptivos? **NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993; De los Servicios de Planificación Familiar**
  
- 7.- ¿Cuál es la clasificación de los métodos anticonceptivos? **NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993; De los Servicios de Planificación Familiar**
  
- 8.- ¿Usaste preservativo en tu primera relación sexual? **NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993; De los Servicios de Planificación Familiar**

## ANEXO 2

### Aplicación de pre-test

*Imagen 1*



*Autor: Dulce Jazmín Hernández Salazar*

*Imagen 2*



*Autor: Dulce Jazmín Hernández Salazar*

*Imagen 3*



*Autor: Dulce Jazmín Hernández Salazar*

Imagen 4



Autor: Dulce Jazmín Hernández Salazar

## ANEXO 3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### Temporales:

Parche anticonceptivo



<http://www.nexofin.com/archivos/2015/05/parche-anticonceptivo.jpg>

Anillo vaginal



<https://vidasexualpareja.es/el-anillo-vaginal/>

## Dispositivo intrauterino



<http://mx.emedemujer.com/salud-belleza/lo-debes-saber-del-diu/>

## Implante subdermico



<https://maternidadfacil.com/que-es-el-implante-subdermico/>

## Pastillas anticonceptiva



<http://quepasasi.net/vomitar-pastilla-anticonceptiva/>

## Inyección anticonceptiva



<https://www.elmetropolitano.digital.com/wp-content/uploads/2018/04/inyecciones.>

### Preservativo masculino



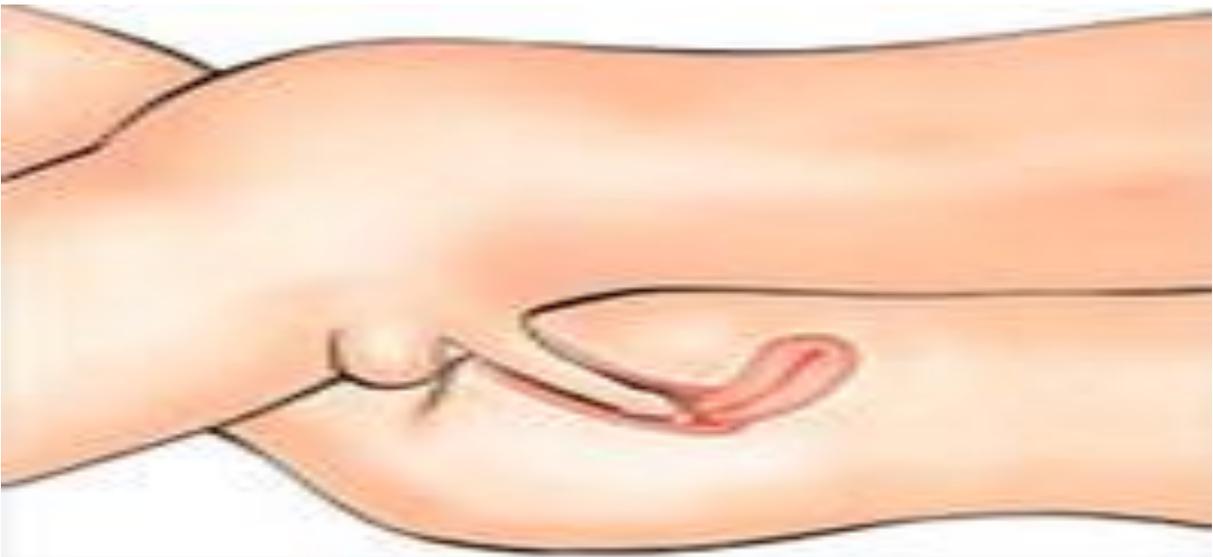
<https://www.ecured.cu/images/thumb/7/7b/Condon1.jpeg/260px-Condon1.jpeg>

### Preservativo femenino



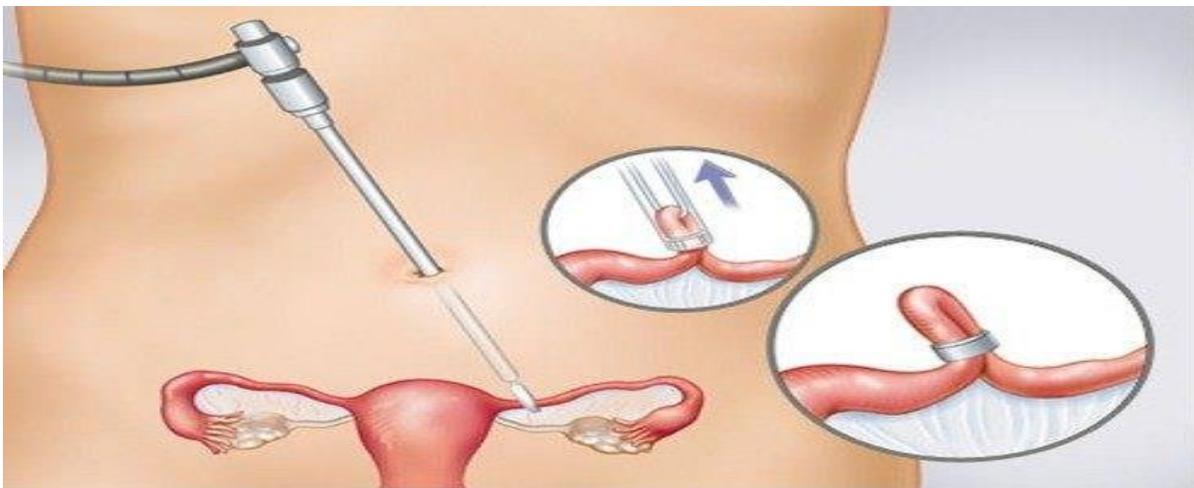
[http://wtfonline.mx/wp-content/uploads/2017/04/100708141931\\_sp\\_condonfem\\_spl\\_466.jpg](http://wtfonline.mx/wp-content/uploads/2017/04/100708141931_sp_condonfem_spl_466.jpg)

## Coito interrompido

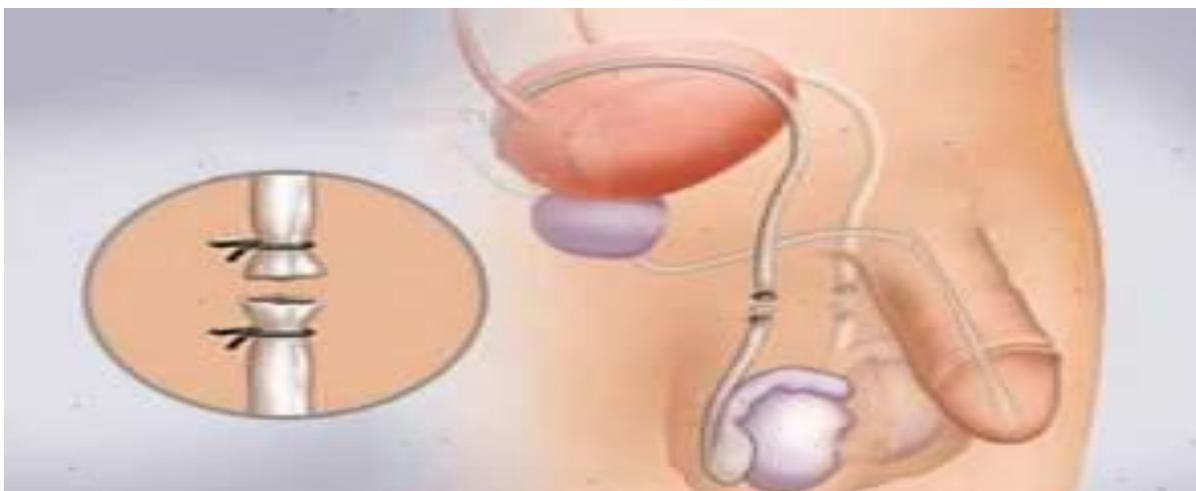


<http://3.bp.blogspot.com/BvYn9f8/VP8uU5Kdtgl/AAAAAAAAADk/X0Y9vWzx8bA/s1600/metodos-anticonceptivos-naturales-15-638>.

**Definitivos:**



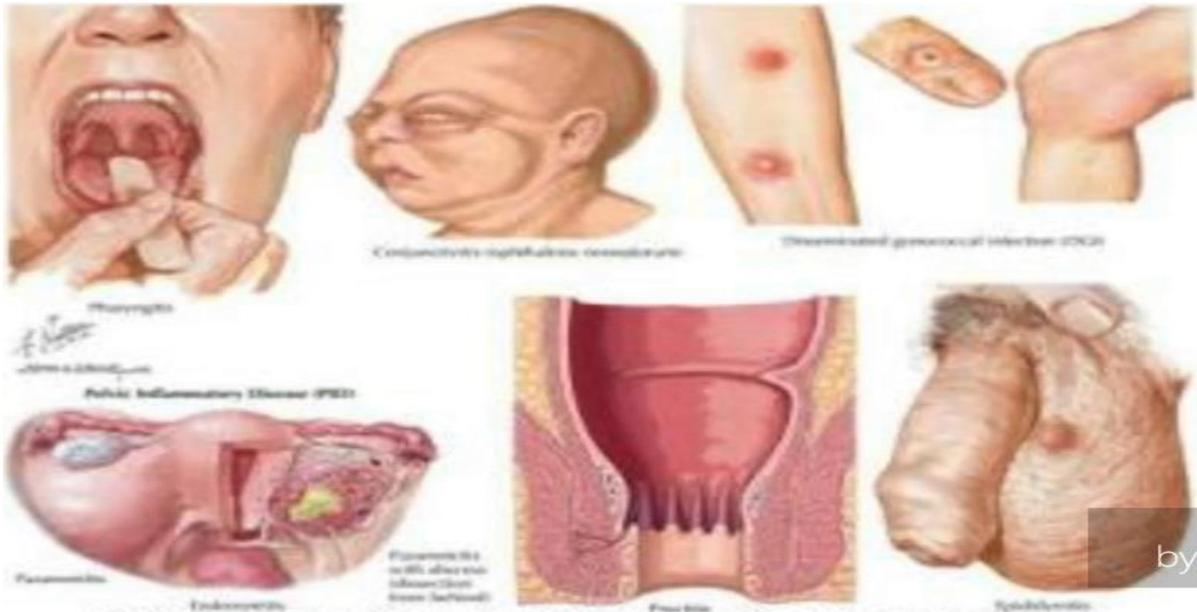
<http://galeon.hispavista.com/juanchismv/img/pop.jpg>



<https://demedicina.com/wp-content/uploads/vasectomia.jpg>

#### **ANEXO 4 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**

## GONORREA



<https://www.netterimages.com/images/vpv/000/000/063/63842-0550x0475.jpg>

## EL CHANCRO



## LA CLAMIDIA



**EL HERPES**



**LADILLAS**



**LA SÍFILIS**



**TRICOMONIASIS**



**VIH/SIDA**



**VPH**



<http://fmd.org.mx/2017/11/02/virus-de-papiloma-humano-vph/>.

## BIBLIOGRAFÍA:

### Trabajos citados

- Aláez, M., Madrid, J., & Antona, A. (enero-abril de 2003). Adolescencia y salud. . *Papeles del Psicólogo*, 45-53.
- Berdasquera Corcho, A. R. (2001). LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, UN RIESGO PARA LAS EMBARAZADAS. *Revista Cubana de Higiene*, 110-114.
- Cantú, C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Re. Enfermería actual en Costa Rica*, 27, 1-14. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/15996/15595>
- Celestino, V. (2007). SALUD SEXUAL, SEXUALIDAD Y PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- CONASIDA, C. N. (2018). [www.gob.mx/censida](http://www.gob.mx/censida). Obtenido de CENSIDA: <https://www.gob.mx/censida/articulos/consejo-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-vih-y-el-sida-conasida-100762?idiom=es>
- Freire, P. (2009). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
- Gamba, S. (2005). Estudios de género/ perspectiva de género. *Agenda de las mujeres*, págs. 1-1.
- García Dalia. Alarcón Patricia, H. C. (abril-septiembre de 2010). Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. págs. 2-3.
- Lima-Serrano, M., Martínez-Montilla, J. M., & s. G.-M. (2018). Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gaceta Sanitaria* , 32(1), 68-71.
- López, A., & Fernández, O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 581-589.

- López, A., F. ,., & Rodríguez, O. (septiembre-octubre de 2005). (. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, , 581-589.
- Máximo, A., Juan, M., & Alfonso., A. (2003). Adolescencia y salud. En A. Máximo, M. Juan, & A. Alfonso., *Papeles del Psicólogo* (págs. 45-53).
- Mazzotta, B. (18 de 09 de 2010). *Aspectos biológicos y culturales de las diferencias entre varones y mujeres*. Obtenido de <http://educacionysexualidad.blogspot.com/2008/07/aspectos-biologicos-y-culturales-de-las.html>:  
<http://educacionysexualidad.blogspot.com/2008/07/aspectos-biologicos-y-culturales-de-las.html>
- Mendoza Tascón, L. A. (2006). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 8(3), 243-253.
- Morales Blázquezn, T. I., & Pavón Patricia, D. C. (Enero- Abril de 2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, págs. 883-890.
- Morales Borrero, C. B. (2013). Determinación social o determinantes. *Revista Salud Publica*, 797-808.
- Padilla, S. (2012). *Educación y estilode vida en espacios de reproducción simbólica*. México: Plaza y Valdés.
- Puri, B. (2000). *Ciencias de la Naturaleza*. BARCELONA: SACRAMENTO NIETO.
- Rafael, B., & Dolores, L. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. En *Psicothema* (págs. 25-30).
- S/a. (S/f.). Adolescencia y sexualidad. *Word Press*. Obtenido de [ongrosodeterminantes2018.com](http://ongrosodeterminantes2018.com)
- Testa, M., Núñez, M. E., Ruiz, F., & Senior, A. (mayo-agosto de 2002). Nivel de educación sexual de los docentes. *Multiciencias*, ,. 107-114.
- UAEM. (1 de asgosto de 2007). Plan de la Licenciatura en Educación para la salud. *Plan de la Licenciatura en Educación para la salud*. Toluca, Estado de México, México: UAEM.

