

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TITULO: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre Salud reproductiva en adolescentes del CMF 17 del Área de Salud de Primero de Enero.

AUTOR: Dra. Yanuaria González Medina

CIEGO DE AVILA.

2017

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

POLICLINICO DOCENTE. "JOSE AGUSTIN MAS NARANJO"
PRIMERO DE ENERO

TÍTULO: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre salud reproductiva en adolescentes del CMF. 17 del Área de Salud del municipio Primero de Enero.

TESIS EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.

AUTOR: Dra. Yanuaría González Medina. Residente de Segundo año de Medicina General Integral.

INSTITUCION DE PROCEDENCIA: Policlínico docente Primero de Enero.

TUTOR: Dr. Dunier Vanega Medina Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

INSTITUCION DE PROCEDENCIA: Policlínico Docente. "José Agustín Mas Naranjo" Primero de Enero.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) de tipo intervención educativa a los adolescentes entre 12-19 años del consultorio 17 del área de salud de Primero de enero, de enero a junio del 2017, para elevar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva. El universo estuvo constituido por la población total de 98 adolescentes de 12-19 años del consultorio. La muestra quedó conformada por los 89 adolescentes que estuvieron de acuerdo a participar y recibieron la autorización de sus padres o tutores. Las variables sujetas a estudio, fueron prácticas sexuales seguras; identificación de los métodos anticonceptivos; conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual, Virus de Inmunodeficiencia humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; responsabilidad ante un embarazo y preparación para asumir la maternidad/paternidad. Después de la encuesta inicial el 82% de los adolescentes desconocía las prácticas sexuales seguras, el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos era bajo, identificando en su mayoría menos de 6 de los métodos más usados en el país. El 86.1%, no tenía percepción de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual, el 51, % tenía dudas en cuanto a la responsabilidad de un embarazo y el 83% decía no estar preparado para tener hijos. En general el conocimiento sobre salud reproductiva era bajo. Luego de aplicado el programa de intervención educativa, se elevó el nivel de conocimientos sobre las conductas sexuales riesgosas y la importancia de prevenir embarazos no deseados para así mejorar la salud reproductiva.

Palabras Clave: Salud reproductiva, adolescencia, embarazo en la adolescencia.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	9
3. MATERIALES Y MÉTODOS	31
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
5. CONCLUSIONES	45
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

INTRODUCCIÓN

Hoy el mundo está experimentando la mayor población adolescente de la historia con aproximadamente mil millones de habitantes correspondientes a este grupo Poblacional. Los adolescentes son los adultos de mañana. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros.⁽¹⁾

Al respecto la OMS (Organización Mundial de Salud) la define como: etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10-14 años) y la tardía (15-19 años).⁽²⁾

La adolescencia siempre ha sido tema de mucho interés y en la actualidad ha cobrado mayor fuerza la necesidad de brindar una atención específica, solamente el hecho de que 1,2 mil millones de personas en el mundo estén entre las edades de 11 a 19 años y de que la población joven en América Latina y el Caribe ascienda a 148 millones, así lo reclama.⁽³⁾

Para la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la salud de los adolescentes (10 a 19 años) y de los jóvenes (20 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no producen morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma.⁽²⁾

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se experimenta el más rápido proceso de crecimiento físico y maduración emocional e intelectual. Este desarrollo ha incluido cambios físicos, emocionales y sociales. Así mismo se produce una variación en la manera en que se relacionan con el mundo que les rodea ⁽³⁾.

Este período, que se inicia con la pubertad o comienzo de la edad fértil, ha estado rodeado de una variedad de rituales, desde que tenemos conocimiento de la historia del hombre, en los cuales se reconoce abierta o tácticamente el comienzo de la capacidad reproductiva. Actualmente estas creencias se traducen, en algunas culturas, en una festiva bienvenida a un nuevo miembro activo de la sociedad, y en otras, en el comienzo de la vida laboral o de independencia y exclusión de la vida familiar ⁽⁴⁾.

En esta etapa, aunque con capacidad biológica para la procreación, el joven por lo general no se encuentra maduro en lo psíquico, social y emocional para enfrentar el proceso de reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, carentes de amor, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte las conductas sexuales de los adolescentes en conductas riesgosas que los pueden llevar al embarazo no deseado o imprevisto ⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la salud interpreta el concepto de Salud Reproductiva como "el estado de completo bienestar físico mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables", entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescentes, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida. Se trata entonces de salud y de calidad de vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo. ⁽⁶⁾

En relación con los cuidados para la salud reproductiva, se ha considerado que estos deben comenzar en la llamada Etapa preconcepcional; estos cuidados son promocionales cuando toman en cuenta incidir en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño y la niña, con atenciones, que no sólo se limitarían a los servicios, sino también a actividades de información, educación y orientación, que incluyan aspectos de salud sexual y reproductiva como parte de la educación integral, que son preventivas, cuando modifican factores o enfermedades existentes, previos al embarazo, que de coexistir con éste elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no sólo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. ⁽⁶⁾

Los adolescentes en la actualidad se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual (incluido el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y otros problemas graves de Salud Reproductiva. ⁽⁷⁾

Se calcula que aproximadamente la mitad de las infecciones por VIH en el mundo ocurren en personas menores de 25 años de edad (OMS). En los países desarrollados se reportan que 2 de cada 3 ITS diagnosticadas ocurren en adolescentes, considerándose que esta proporción sería todavía mayor en los países en vías de desarrollo. Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes). Se considera que el embarazo en las adolescentes, incluso aquel que es deseado, lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre como para el feto y futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en los hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en los niños de madres no adolescentes. La salud reproductiva se refiere a que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo, lo anterior fue valorado y apoyado en la Conferencia Mundial de Población y desarrollo celebrada en Mayo de 1994 en el Cairo, Egipto donde Cuba participó. ⁽⁸⁾

Las adolescentes viven en un contexto de erotismo, desinformación y presiones. Hacer el amor no siempre responde a sus verdaderos deseos, pero los varones exigen la "prueba de amor" ¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes? Muchos autores han descrito que esto ocurre debido a: reducción de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales, por la falta de instrucción académica, por desconocimiento de la sexualidad, por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja y buscando afecto por problemas domésticos, por escasa percepción del riesgo, por la educación sexual "que no llega".⁽⁹⁾

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. A nivel mundial existe una disminución de la fecundidad en general, pero La organización mundial de la salud (OMS) y la organización de naciones unidas (ONU) informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo y más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente se producen en estas madres. Cada año nacen 15 millones de niños en madres adolescentes, cada día 41095 y cada hora 1712. Estados Unidos es el país con mayor tasa de embarazadas adolescentes a nivel mundial y un número significativo de estas afirman no haberlo deseado. A diferencia de España, Francia, Reino Unido y Suecia que han presentado un acusado descenso de este indicador.⁽¹⁰⁾

Las encuestas demográficas y de salud de las mujeres en Centro y Sudamérica, señalan que altos porcentajes de adolescentes en México, El Salvador y Brasil tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años y nuestro país no está exento de esta problemática. Revisiones acerca del tema demuestran que la edad promedio para comenzar una vida sexual activa oscila entre 13 y 14 años.^(11,12)

Estudios realizados por demógrafos cubanos demuestran un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales y de salud. La adolescencia cubana tiene particularidades específicas con respecto a la adolescencia de otras partes del mundo, casi toda la población adolescente en nuestro país está escolarizada, se desarrollan en el ambiente escolar y el grupo de la escuela constituye el ejemplo a seguir en su comportamiento, esta característica y una acelerada maduración biológica de los adolescentes han favorecido un inicio precoz de las relaciones sexuales con su consecuente exposición a diferentes enfermedades ya sea del orden de lo somático como de lo psicológico y social y en muchas ocasiones hasta embarazos no deseados con todas las consecuencias que para el adolescente, la familia y la sociedad esto acarrea.⁽¹³⁾

En la mayoría de los casos los/as adolescentes no conocen a qué se exponen en una situación de embarazo en esta edad ni cómo prevenir la situación una vez comenzada su vida sexual activa por lo que consideramos necesario educar en este sentido a los/as adolescentes. En Cuba durante el decenio 1991-2000, el tránsito de la juventud a la edad adulta se desarrolló en condiciones objetivas difíciles que afectaron la autosuficiencia económica de muchos pobladores, con particular impacto en los procesos esenciales de formación de la juventud. Esto implicó cambios importantes en los adolescentes y jóvenes respecto a la adopción de acciones adecuadas para su realización personal y social y los situó en un contexto donde era difícil un crecimiento personal en correspondencia con los principios que hasta ese momento se desarrollaban en la sociedad cubana. El problema creado puso a prueba la capacidad de inserción social de la sociedad cubana. Por todo ello, se buscaron alternativas encaminadas a rescatar las políticas sociales. No obstante, muchos de estos problemas aún subsisten y contribuyen a la presencia de conductas de riesgos en los jóvenes y adolescentes.⁽¹³⁾

En consonancia con lo anterior se incorporó un gran número de estos adolescentes y jóvenes sin vínculo docente o laboral a la educación

universitaria, en carreras con matrículas deficitarias o de nueva creación. En todos los casos se les efectuó un diagnóstico educativo integral que abarcaba aspectos de su vida personal y familiar. En muchos de ellos se detectaron condiciones del entorno familiar desfavorables, presencia de hijos, algunos casados o en unión consensual.^(13,14)

En la provincia de Ciego de Ávila durante el año 2014, del número de embarazadas captadas, el 16% tenía menos de 20 años. La tasa de fecundidad en adolescentes fue de 54,9 por cada mil mujeres de 15 a 19 años. Las tasas de sífilis y blenorragia fueron de 51,1 y 39,7 por cada 100 000 habitantes de 10 a 19 años.⁽¹⁵⁾

Teniendo en cuenta la problemática antes expuesta es que en esta investigación, se propuso resolver el problema científico detectado consistente en la falta de conocimientos sobre salud reproductiva que tienen los adolescentes del CMF 17 del Área de Salud del municipio Primero de Enero y las consecuencias que puede traer para su salud y para su desenvolvimiento social, los embarazos en edades tempranas y la aparición de enfermedades de transmisión sexual, mediante la siguiente interrogante ¿Cómo podemos elevar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva en los adolescentes del CMF 17 del Área de Salud del municipio Primero de Enero, realizando una intervención educativa sobre el tema.

Hipótesis: Si se diagnostican los conocimientos sobre salud reproductiva que tienen estos adolescentes y se aplica un programa de intervención educativa basado en las necesidades de aprendizaje sobre el tema, entonces se logrará elevar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva y un mejor de la calidad de vida en los adolescentes del consultorio médico de la familia número 17 del Área de Salud del municipio Primero de Enero. Lo novedoso de este estudio es que en aras de garantizar una adecuada preparación sobre este tema, se elaboró un programa educativo que permitió una evaluación coherente del aprendizaje de los adolescentes para los que fue dirigido, así como la utilización de las TIC (Tecnologías de la información y la comunicación) al quedar digitalizados los temas impartidos, lo que ayudará

futuramente a generalizarlo Para dar respuesta al problema planteado y a la hipótesis de esta investigación se proponen los siguientes objetivos:

Objetivo General.

Elevar el nivel de conocimiento sobre salud reproductiva en los adolescentes entre 12-19 años del Consultorio Médico de la Familia. 17 del Área de Salud de Primero de Enero durante el período de enero a junio del 2017.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la muestra estudiada según variables:

- Grupos de edad y Sexo

2. Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre:

- Prácticas sexuales seguras.
- Métodos anticonceptivos.
- Riesgo de contraer una ITS.
- Responsabilidad ante un embarazo.
- Preparación para tener un hijo.

3. -Elaborar una intervención educativa sobre la base de los problemas encontrados.

4. Aplicar el programa educativo implementado.

5. Evaluar los resultados del programa educativo implementado.

MARCO TEORICO

La salud de los seres humanos ha sido una preocupación fundamental desde épocas remotas, pero el concepto de salud ha tenido variaciones con el tiempo hasta llegar en la actualidad a una definición que abarca mucho más que el estado de "ausencia de enfermedades". Al mismo tiempo, resulta evidente que la salud reproductiva condiciona fuertemente la salud general de las personas, (2, 3,11) Concepto que resulta de gran importancia en la actualidad. La adolescencia siempre ha sido tema de mucho interés y en la actualidad, ha cobrado mayor fuerza la necesidad de brindar una atención específica. La adolescencia es la transición de la niñez a la edad adulta, que está marcada por cambios físicos, emocionales, mentales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez de adulto (10,11). Por lo tanto y siguiendo los criterios de La OMS, se considera como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años (11). Hay muchos estudios que proponen determinados límites etarios para categorizar la etapa de la adolescencia; así, por ejemplo, mientras para González H. la adolescencia, que el autor denomina edad escolar media, transcurre de 11-12 años a 13-14 años y la juventud o edad escolar superior de los 14 a los 18 años, para Peláez P. J., la adolescencia se enmarca de 11-12 años a 14-15 años y la juventud 14-15 años a 23-25 años (12-13,14).

Por su parte; H. L. Bee y S. K. Mitchell establecen como límite de la adolescencia el período comprendido entre 12 y 18 años y para la juventud de 18 a 22 años ó más, en función del logro de la independencia y la culminación de los estudios. (15)

Como se observa, los inicios de la adolescencia se conciben, en líneas generales, entre los 11-12 años, pero su culminación (que marca el inicio de la juventud), para algunos se sitúa en los 14-15 años y para otros en los 17-18 años. (16)

Muchas culturas difieren respecto a cuál es la edad en la que las personas llegan a ser adultas. En diversas regiones, el paso de la adolescencia a la edad adulta va unido a ceremonias y/o fiestas, como por ejemplo en el Benei Mitzvá,

que se celebra a los doce años. Aunque no existe un consenso sobre la edad en la que termina la adolescencia, psicólogos como Erik Erikson consideran que la adolescencia abarca desde los doce o trece años hasta los veinte o veintiún años. Según Erik Erikson, este período de los 13 a los 21 años es la búsqueda de la identidad, define al individuo para toda su vida adulta quedando plenamente consolidada la personalidad a partir de los 21 años. Sin embargo, no puede generalizarse, ya que el final de la adolescencia depende del desarrollo psicológico, la edad exacta en que termina no es homogénea y dependerá de cada individuo. ^(17,18)

El concepto de juventud siempre ha estado estrechamente relacionado con el concepto de pubertad, cuyo proceso biológico central es la maduración sexual. Es de señalar que se discute si debe hacerse una diferencia entre adolescencia y juventud o considerar a la adolescencia como una larga etapa comprendida entre 10 y 24 años. Es oportuno recordar el significado de la palabra adolescencia (adolescer significa crecer). Y recordando que el crecimiento humano se prolonga hasta los 24 años, es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital. ^(19,20)

En fisiología este proceso se divide convencionalmente en tres fases ⁽¹⁸⁾.

1. Período de la pre pubertad o preparatoria. Se relaciona con Preadolescencia.
2. Período propiamente de la pubertad. Durante el cual se efectúan los principales procesos de madurez sexual (adolescencia).
3. Período posterior a la pubertad. Cuando el organismo alcanza la completa madurez biológica (juventud).

Dentro del cúmulo de problemas que hoy gravitan sobre los seres humanos figuran los concernientes a la etapa crucial de la adolescencia. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. ⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, se reconoce que la adolescencia es, un periodo en el que, con el inicio de la actividad sexual, se adoptan patrones de comportamiento que

tendrán efectos en la salud sexual y reproductiva que pueden impedir el potencial de desarrollo durante la adultez; por ello, las intervenciones tempranas en general y las relacionadas con la salud sexual y reproductiva en particular, son tan importantes.^(18,22)

En Cuba las primeras consultas comienzan a ofertarse en la década de los años 70, pero es a partir de la participación cubana en el III Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia celebrado en abril de 1993 en Santiago de Chile, en el marco del cual se funda la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, que nuestro país se suma al desarrollo de esta especialidad, dándose a partir de este momento toda una serie de pasos tanto organizativos, como de capacitación y entrenamiento de personal, lográndose como resultado de estos esfuerzos la creación de servicios de Ginecología Infante/Juvenil a lo largo y ancho del país.⁽²³⁾

Clasificación de los Adolescentes:

- a) Adolescencia Precoz: pubertad hasta los 14 años.
- b) Adolescencia Intermedia 15 -17 años.
- c) Adolescencia Tardía 18 -19 años.⁽²⁴⁾

Adolescencia Temprana: En esta etapa ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, y se desarrollan los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos aparece el vello pubiano. En la hembra comienza la menarquía, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el crecimiento del pene. En este periodo surge además la necesidad de independencia, la impulsividad, labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, suele aparecer la menarquía en la hembra y la eyacularquía en el varón. Continúan los cambios biológicos, entre los que el crecimiento estatural acelerado, y si no se había producido ocurre el estirón puberal en ambos sexos. Para entonces, el adolescente, dotado de la capacidad biológica de ejercer su sexualidad y de

experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, es inmaduro psicológica y socialmente. Las relaciones amorosas son inestables, el romanticismo e ímpetu del amor, extraordinarios, sin sustento en propiedades fundamentales. Son conductas propias de la edad la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas, que en nuestro medio ocurren por debajo de los 18 años, lo que ha sido avalado por algunas investigaciones realizadas con este propósito y por criterios de expertos ⁽²⁴⁾.

Adolescencia tardía: Se alcanzan los caracteres sexuales de la edad adulta, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia y una mayor independencia. El grupo comienza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida ⁽²⁴⁾

Durante el comienzo de la pubertad y sobre todo en la adolescencia el sentimiento heterosexual cobra una profunda vigencia en su vida emocional ⁽²⁵⁾. En la situación del adolescente el salto se hace mucho más agudo y riesgoso si tenemos en cuenta que al inicio de esta etapa, este se encuentra bajo la autoridad de los mayores. No cabe duda que el adolescente tiene el derecho que se le prepare y se le abran los senderos para lograr el ejercicio de una vida llena de vivencias y experiencias ⁽²⁵⁾.

La ocurrencia de un embarazo en esta etapa conlleva a que características presentes en la embarazada la califican como de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo ⁽²⁶⁾.

Riesgo preconcepcional: Probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño, ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo, está dada por factores condicionantes bien sean enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. No es igual para todas las mujeres la magnitud del riesgo es individual. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental. ⁽²⁷⁾

Prácticas Sexuales en Adolescentes: Muchos han sido los estudios dedicados a obtener información respecto a las prácticas sexuales en los adolescentes de hoy, a pesar de diversos enfoques y de las diferencias entre los medios en que éstos se han efectuado se han comprobado puntos de coincidencia entre los mismos como son:

- Tendencia manifiesta al inicio precoz de las relaciones coitales en ambos sexos. (Antes de los 16 años)
- Escaso conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos.
- Relación de pareja débil con continuos cambios lo que lleva a la promiscuidad sexual. No separa la tenencia de relaciones sexuales con otras parejas un promedio de 3 meses.
- Poco conocimiento sobre las ITS (Infecciones de Trasmisión Sexual) y cómo prevenirlas.
- Escaso acceso a Servicios de Salud y Educación Sexual, por lo general reciben información distorsionada a través de sus parejas sexuales y grupos de pares no capacitados. ⁽²⁸⁾

La sexualidad humana es heterogénea y compleja yendo mucho más allá de la mera reproducción y el coito. El comportamiento sexual humano se dirige a la satisfacción de pulsiones sexuales (libido), a la obtención de placer y a una necesidad de relación íntima. Se encuentra en la niñez y permanece hasta la edad adulta, constituyendo un ámbito fundamental de realización y satisfacción para las personas en el encuentro con otros y consigo mismo. Diferentes autores la definen como las "características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres". ⁽²⁹⁾

Según la OMS (2001), la salud sexual es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la sexualidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor. ⁽²⁹⁾

Encuentro del adolescente con la sexualidad. Como hemos explicado en los acápites anteriores, para los mayores se hace muy difícil comprender el salto cualitativo que en todas las esferas de su existencia deben dar los y las adolescentes en tan breve espacio de tiempo, tradicionalmente les resulta mucho más difícil asimilar y propiciar las adquisiciones inherentes al área psicosexual de su personalidad. Son innumerables los mitos, tabúes, prejuicios y estereotipos sexuales que albergan y transmiten a los adolescentes las personas que les rodean. Relacionamos algunos de los que se han detectado en diversos estudios.⁽³⁰⁾

En el II seminario colombiano "Sexualidad en la adolescencia". Se evaluó con más objetividad la sexualidad de nuestros adolescentes, según cifras establecidas, aproximadamente el 25% de la población mundial y el 10% de la cubana se ubican en las edades enmarcadas en la adolescencia y han adquirido la capacidad reproductiva. Capacidad que suele ser mal manejada por muchos de ellos, en tanto por lo general, no se les ha preparado para ser capaces de hacer un adecuado ejercicio de sus nuevas potencialidades sexuales, sin correr riesgos innecesarios.^(31, 32,33)

La OMS y otros organismos internacionales brindan datos elocuentes sobre el crecimiento de los y las adolescentes en muchos países del mundo, y la presencia de trastornos como: los embarazos, la maternidad y paternidad temprana, la nupcialidad o las uniones consensuales sin la requerida madurez, los abortos, las relaciones cóitales prematuras, las infecciones de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA); sin que podamos olvidar las consecuencias más o menos graves que para ellos y ellas, su familia.⁽³⁴⁾

La prevención y tratamiento de estos y otros trastornos sólo es posible a través de un efectivo proceso de educación y orientación que prepare a los adolescentes para gozar del derecho indiscutible de vivir y experimentar su sexualidad de manera plena y responsable, enriqueciendo así su personalidad y toda su existencia individual y social.⁽³⁴⁾

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 o 7 años antes de ser maduros emocionalmente y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo tienen su primera experiencia sexual que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva.⁽³⁵⁾

En Cuba como resultante del desarrollo social y las políticas de salud, los adolescentes disfrutan de derechos a educación sexual, planificación familiar y acceso universal a servicios, incluida asesoría, información y comunicación en reproducción humana y sexualidad. Sin embargo es innegable que un número considerable de adolescentes carecen aún de comportamientos sexuales y reproductivos responsables, en lo que juega un papel importante la familia, el grupo de pares y la sociedad. La insuficiente educación sexual y las influencias grupales, entre otros factores, se traducen en anticipación de la actividad sexual, lo que adicionado a la ignorancia, en materia de anticoncepción y medidas de prevención de enfermedades adquiridas por vía sexual, incrementa los riesgos.⁽³⁶⁾

La motivación por el otro sexo, se traduce en decisiones no siempre responsables, por inexperiencia y desinformación. El despertar de la sexualidad arrastra a las relaciones íntimas, que en el caso de Cuba se estima el promedio por debajo de los. Las conductas irresponsables ante la sexualidad por los pares, es probablemente el principal factor de riesgo de iniciación entre adolescentes.

La educación sexual debe brindar a la adolescencia herramientas útiles para autoevaluar riesgos, que enfatizan el aplazamiento de la vida sexual.^(37,38)

Inicio precoz de las Relaciones Sexuales.

Podemos concluir que, los adolescentes de hoy en día son precoces, inestables con sus parejas y tienen escasa valoración y conocimiento de los Riesgos Reproductivos a los cuales están sometidos. Prácticamente toda la problemática en Salud Reproductiva del Adolescente se vincula a la tendencia

de los jóvenes a practicar Conductas Sexuales Riesgosas entre las que se destacan:

- 1) Inicio precoz de las Relaciones Sexuales.
 - 2) Poco reconocimiento de los riesgos.
 - 3) Las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas.
 - 4) Continuos cambios de pareja (promiscuidad).
 - 5) Poco conocimiento de la sexualidad.
 - 6) No se plantean juntos el control del embarazo.
 - 7) Poco conocimiento y uso de anticonceptivos.
 - 8) Insuficiente conocimiento sobre las ITS y su prevención.⁽³⁹⁾
- Infecciones de transmisión sexual.

La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) sigue elevada en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos que pueden convertir rápidamente en no contagiosos a los pacientes con muchas infecciones de transmisión sexual y curar a la mayoría de ellos. Se estima que la incidencia mundial de infecciones sexualmente transmitidas tanto víricas como bacterianas asciende a 315.000.000 nuevos casos por año. En relación con el SIDA se estima que se diagnostiquen alrededor de 6.820.874 casos anuales universalmente, pero se espera que la incidencia sea mayor en el continente africano, y en segundo lugar en el americano.⁽⁴⁰⁾

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un grupo de enfermedades transmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad, incluso a los recién nacidos que pueden infectarse en el útero o al atravesar el canal del parto, y son más frecuentes en aquellos individuos que mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas, como tener más de una pareja sexual, creer que la relación de pareja es inestable, lo que propicia su cambio frecuente, practicar el sexo de forma no segura (no usar preservativo) y utilizar hábitos sexuales riesgosos (orogenital y genitoanal) sin protección.

Actualmente existen estimaciones que en Norteamérica y el Oeste de Europa, presentan de un 8% a 9% en grupos de 15 a 49 años, con infecciones de transmisión sexual curables, cada año.⁽⁴⁰⁾

Si Observamos en América Latina y el Caribe este porcentaje casi se duplica donde 15 de cada 100 personas en edad reproductiva presentan alguna El aumento en la frecuencia de los embarazos a temprana edad, cuando aún no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, es debido a varios factores⁽⁴⁴⁾.

La menarquía y el inicio de los mecanismos endocrinos que permitan la reproducción, presentan a edades más tempranas que en generaciones previas. Esto lleva implícito el despertar sexual. En Colombia La menarquía ocurre en Promedio a los 12 años y la ovulación se regulariza en el año siguiente.

2-Inicio precoz de relaciones sexuales: Los actos impulsados por la maduración sexual, con una influencia del medio ambiente rico en estímulos eróticos, sumado a la mala educación sexual.

3-Familia disfuncional: Monoparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres –hijos

4-Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola

5-Bajo nivel educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6-Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7-Pensamientos mágicos: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8-Fantasías de esterilidad: Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9-Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. ⁽⁴⁴⁾

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. ⁽⁴⁴⁾.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. ⁽⁴⁴⁾.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. ⁽⁴⁴⁾

La OMS considera que el riesgo de morir por causas maternas es dos veces más alto para mujeres de 15 a 19 años y cinco veces mayor en las de 10 a 14 años, que para las de 20 a 24. Este mayor riesgo se debe a inmadurez biológica, a la elevada frecuencia de anemia y a la falta de información sobre cómo cuidar un embarazo. Las repercusiones sociales también son importantes, Ya que con frecuencia se relaciona con la imposibilidad de asistir a la escuela o conseguir un buen empleo, o incrementa la posibilidad de una paridad elevada, condiciones que contribuyen a que el nivel socioeconómico de la joven o pareja sea deficiente ⁽⁴⁵⁾.

Desde el punto de vista médico el embarazo en la adolescencia se comporta con mayores riesgos de complicaciones para la salud materna y de su producto y son canteras de las complicaciones de la clínica obstétrica tales como: anemia, gestosis, incompetencia cervical y predisposición al parto distócico, factores estos que contribuyen a aumentar la mortalidad materno-infantil, o a dejar secuelas en la salud del niño para toda la vida como son el retraso mental y el desarrollo deficiente.

En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en hijos de adultas.⁽⁴⁵⁾

En estudios realizados aparecen porcentajes de mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países Latinoamericanos. Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití-36%, Paraguay-36%, Perú-33%.⁽⁴⁶⁾

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, con más del 25%.⁽⁴⁶⁾

Cuba presenta similar problemática con la diferencia de que en nuestro país esto ha reducido las complicaciones inmediatas de este proceder como: perforaciones uterinas, laceraciones del cuello, hemorragias e infecciones, no así las secuelas a mediano o largo plazo entre las que se destacan mayor riesgo de embarazo ectópico, infertilidad.⁽⁴⁶⁾

Desde el punto de vista social, esta situación conlleva a problemas familiares que pueden ser tan dañinos como las mismas complicaciones médicas,

algunas de las salidas que la joven puede tomar y que de por sí repercuten en la sociedad son: la deserción escolar, el verse como madres solteras que tienen que responder solas ante la nueva problemática, recurrir al matrimonio con el fin de reparar un bien, que luego traerá irreparablemente un divorcio; o interrumpir el embarazo sin conocer sus riesgos^{.(47)}

Antes de la creación de los consultorios del médico de la familia la aparición de embarazos en edades tempranas era frecuente, difícil de prevenir y controlar debido a la incompleta estructuración del Sistema Nacional de Salud. Ahora gracias al arduo trabajo de médicos y enfermeras, así como a la creación de las consultas de planificación familiar, donde se actúa directamente sobre el riesgo reproductivo preconcepcional hemos logrado minimizar la aparición de embarazos en las adolescentes.

Otros autores plantean que nuestro país se encuentra entre las naciones con índice elevado (17%) de embarazos en adolescentes^{.(47)}

Al cierre del 2015 nuestro país terminó con una tasa de fecundidad de 54,9 x 1000 en adolescentes de 15 a 19 años^{.(48)}

El médico de la familia está en una situación privilegiada para indicar al adolescente la normalidad de las sensaciones de actividades sexuales en esta etapa de la vida y en años posteriores y de esta forma contribuir a la formación de los hombres del mañana. Según estudios realizados en EEUU, todos los años se dan más de un millón de embarazos de muchachas adolescentes, lo que supone una frecuencia de un embarazo cada 35 segundos, siendo la mayor parte de estos embarazos, ni buscados, ni deseados, por lo que es frecuente que creen considerable angustia, graves repercusiones económicas e incluso peligro para la salud, teniendo en cuenta que un gran número de estos embarazos ocurren en muchachas menores de 15 años. En muchos países desarrollados y también en el resto del mundo, incluida Cuba, la tasa de embarazos en la adolescencia es bastante más alta de lo deseable. Los embarazos en edades muy jóvenes, antes que se complete la maduración biológica del organismo de la mujer, representan un riesgo para su edad y también para la normalidad de sus hijos. El gobierno revolucionario por medio

del MINSAP, creó una serie de Programas y entre ellos el de Atención Integral a la Mujer, que abarca puntos diversos y uno de los objetivos fundamentales fue la reducción de la mortalidad Materno Infantil, a medida que se fue logrando este objetivo principal, se fue haciendo necesario la disminución de la morbilidad a este binomio.⁽⁴⁹⁾

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos.⁽⁴⁹⁾

Métodos Anticonceptivos.

A pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66% de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo.

En Colombia, 70 de cada 1 000 adolescentes se convierten en madres cada año, mientras que el 12% de las adolescentes urbanas y el 16% de las rurales requerirían de servicios de anticoncepción, porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes. Asimismo, en España, se producen 18 000 embarazos anuales en adolescentes, 7 000 de las cuales deciden interrumpirse la gestación y 800 tienen entre 11 y 15 años.

Entre 1985 y 1990 la tasa de fecundidad de las adolescentes cubanas era de 8,5 hijos por 1 000 mujeres, con una proporción de nacimientos en este grupo de 23%. Esta cifra ha ido disminuyendo paulatinamente; no obstante, se

mantiene cifras que se consideran todavía elevadas, con 16% de proporción de nacimientos en este grupo poblacional y constituye un motivo de preocupación por los riesgos y consecuencias.⁽⁵⁰⁾

Con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan acudir a los consultorios y posiblemente los desanimen aún más la lejanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas etc.; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe.^(50,51)

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, etc.

A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios.⁽⁵¹⁾

Consideraciones sobre algunos métodos anticonceptivos y su uso por los adolescentes.

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que la adolescente y, en

el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja. Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).⁽⁵²⁾

Clasificación de los métodos contraceptivos:

1. Métodos naturales.

2. Métodos artificiales:

2.1. De barrera.

2.2. Dispositivos intrauterinos.

2.3. Anticonceptivos orales.

Métodos naturales.

Se basan en identificar el período fértil del ciclo menstrual evitando relaciones sexuales durante dicho período. El período fértil va desde los 6 días previos a la ovulación hasta 24 horas después de la misma.⁽⁵²⁾

Dentro de este grupo se incluyen el método del ritmo, el del moco cervical, el de la temperatura basal y el coito interrumpido. Método Ogino o método del ritmo: se calcula el período fértil y se interrumpen las relaciones sexuales en esos días. Método de la temperatura basal: se produce una elevación en la segunda fase debido a la progesterona. Método de Billings o del moco cervical: consiste en observar las características del moco que en el período periovulatorio es filante y transparente.

Coito interrumpido: es un método poco seguro y tiene el inconveniente de la existencia de fuga espermática previa a la eyaculación, de la capacidad de fecundación de los espermatozoides que quedan en vulva. Como efectos secundarios puede producir congestión pélvica, dispareunia, insatisfacción sexual. Aunque para algunas parejas de adolescentes pueden ser la única

opción disponible, se considera, en general, que las adolescentes no son las idóneas para usar estos métodos, pues ellas, frecuentemente, carecen de información adecuada sobre el ciclo menstrual o padecen trastornos en este sentido, lo que condiciona una reducción importante de la eficacia anticonceptiva de los métodos naturales, y, además, estos no ofrecen protección contra las infecciones de transmisión sexual.⁽⁵²⁾

Existen 2 tipos de píldoras anticonceptivas orales: los anticonceptivos orales combinados (AOC), que tienen estrógeno y progestina, y las píldoras de solo progestina (PSP). Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son, con mucho, los que más se usan en el mundo, a la vez que constituyen el método anticonceptivo que con más frecuencia utilizan las adolescentes, en la gran mayoría de los países. Se deben recomendar, de preferencia, los que contienen bajas dosis de estrógeno (entre 30 y 35 µg de etinilestradiol), y progestinas de tercera generación, que son menos androgénicas (norgestimato, desogestrel y gestodeno, y más recientemente, nomegestrol y dienogest). Pueden usarse también los de muy baja dosis de etinilestradiol (20 µg o menos), aunque su administración se asocia con una elevada tasa de sangrado (hasta de un 30%), lo que propicia una alta tasa de abandono, además, la inhibición del eje gonadal que producen es menos intensa que la de los anticonceptivos orales combinados (AOC) clásicos, por lo que ante el olvido la recuperación de la fertilidad es más rápida, y estamos hablando de adolescentes, que con frecuencia olvidan tomarse de 1 a 3 píldoras en cada ciclo. No es necesario limitar el tiempo de uso de los anticonceptivos orales combinados (AOC), ya que hasta ahora no existen evidencias contundentes de que su utilización prolongada aumente el riesgo de sufrir un cáncer de mama.⁽⁵⁴⁾

Los anticonceptivos orales de solo progestina también son una opción a tener en cuenta para su uso en la adolescencia. Se ha informado que su eficacia anticonceptiva es menor que la de los anticonceptivos orales combinados (AOC), y que son menos efectivos para corregir los trastornos menstruales que pueden ser frecuentes a esta edad, e incluso algunos autores refieren que pueden incrementarlos, dado que su acción anticonceptiva la realizan

preferentemente a través de un efecto local (espesamiento del moco cervical). No obstante, y aunque parezca paradójico, el hecho de tener poca influencia sobre el eje gonadal, es uno de los argumentos que sustentan la recomendación de su uso a estas edades, ya que, por un lado, aunque esto disminuye su eficacia para corregir los trastornos menstruales, por otro, garantiza que no disminuyan el tenor de estrógenos endógenos, lo cual sería perjudicial para la salud ósea si ocurriese en la adolescencia y juventud temprana, que es cuando se alcanza el pico de masa ósea.^(53,54,55)

Inyectables e implantes.

No se recomendaba su uso sistemático durante la adolescencia porque pueden producir sangrado irregular, aunque ya algunos expertos los están proponiendo como de uso seguro en esta etapa. En un trabajo muy reciente de Arribas y otros que vio la luz en el año 2004, titulado "Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno", los autores se erigen en defensores de este método para su uso en la adolescencia, y refieren que los países en los que se prescribe un "método doble" de contracepción, como píldora más condón, DIU más condón, o implante más condón, son los que están consiguiendo reducir las tasas de embarazo en la adolescencia y la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), e invitan a los médicos a cambiar de parecer, en relación con el uso de implantes durante la adolescencia.^(53,54,55)

Además, argumentan, que con este método la adolescente puede despreocuparse, en esencia y por un buen tiempo, del tratamiento, y que como, generalmente, los problemas mayores de salud son escasos (no usar cuando existe hipercolesterolemia familiar, obesidad mórbida o tabaquismo severo).⁽⁵⁵⁾

Los inyectables y los implantes son muy eficaces, pues las tasas de embarazos son inferiores al 1% después de 1 año de uso. Otras ventajas son que su uso no depende del acto sexual y no necesitan de administración diaria o consultada necesariamente con la pareja. Además, también producen beneficios a largo plazo que no se relacionan con la anticoncepción; por ejemplo, disminuyen el riesgo de sufrir una enfermedad pélvica inflamatoria, un embarazo ectópico y un cáncer endometrial.⁽⁵⁵⁾

DIU.

La OMS solo recomienda su uso en la adolescencia cuando no se dispone de otros métodos o si estos no son aceptados, ya que el riesgo de expulsión en mujeres menores de 20 años es más elevado, sobre todo, en aquellas que no han tenido hijos. Además, se reporta también, con frecuencia, en las usuarias de DIU durante la adolescencia, un aumento de la cantidad desangrado y duración de las menstruaciones, incremento de los cólicos menstruales y de la aparición de flujo vaginal patológico, así como aumento del riesgo de padecer infecciones genitales bajas y enfermedad pélvica inflamatoria (no ofrecen protección contra las ITS).⁽⁵⁵⁾

No obstante, todo lo dicho con anterioridad, cuando se realiza una correcta selección las adolescentes pueden utilizar los DIU sin peligro, sobre todo, cuando hay antecedentes de parto o aborto. Asimismo, la nueva generación de DIU ya se está utilizando con mucho éxito en este grupo poblacional, y su mala fama anterior, sobre todo respecto a las EIP, son consecuencia, en gran medida, de un modelo, el escudo de Dalkon, cuyas características especiales, sobre todo del hilo, no tienen nada que ver con la de los DIU actuales.⁽⁵⁶⁾

Además los DIU también ofrecen otras ventajas: gran eficiencia anticonceptiva (tasa de embarazos inferiores al 1%), uso independiente del acto sexual y regreso rápido a la fertilidad después de la extracción. Por otra parte los DIU medicados con levonorgestrel tampoco están contraindicados en los adolescentes, siempre que se pretenda conseguir anticoncepción de larga duración.⁽⁵⁶⁾

Es difícil de conocer con exactitud la problemática real de los abortos en la adolescencia en nuestra región, ya que en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones, por lo que se realizan gran cantidad de abortos ilegales que dificultan una recolección fidedigna de estos datos. Sólo Cuba, Puerto Rico, Canadá y Estados Unidos cuentan con estadísticas confiables, ya que el aborto es un proceder no penalizado. Pese a las prohibiciones, en América Latina se

estiman en varios millones el número de mujeres que abortan ilegalmente cada año, no hay forma de medir exactamente la prevalencia del aborto ilegal⁽⁵⁶⁾.

En los países de Latinoamérica se estima que la proporción total de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Cuba uno de cada cuatro abortos tiene lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes. En Brasil, Colombia y Perú se reporta que una de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal en adolescentes, en comparación uno de cada 7 nacimientos se produce en adolescentes. Estudios estadísticos tomando en cuenta datos indirectos consideran que en Latinoamérica se producen cada año alrededor de un millón de abortos en mujeres menores de 20 años.⁽⁵⁷⁾

El fenómeno aborto ha trascendido los marcos de la salud pública para convertirse en polémica social, en la cual participan además de los proveedores de salud, instituciones religiosas, parlamentos, líderes políticos y grupos sociales, que escenifican protestas públicas, promueven foros internacionales, elaboran documentos y diversas publicaciones, tanto a favor como en contra del mismo.⁽⁵⁷⁾

Existen diferencias significativas en la toma de la decisión de abortar en las gestantes adolescentes, para colmo, resulta todavía más difícil llegar a conclusiones al respecto, si tomamos en consideración que el aborto es penalizado en gran parte de las naciones en desarrollo, por lo tanto resulta difícil estudiar y conocer los factores relacionados con esta decisión.⁽⁵⁸⁾

Estudios realizados en Cuba reportan un gran peso de la familia en la toma de la decisión de abortar, también coinciden en que el deseo de no interrumpir los estudios y no estar preparada para asumir la maternidad, constituyen las razones principales en las que se basa la decisión de acudir al aborto.⁽⁵⁹⁾

Además llama poderosamente la atención el poco peso que se le reconoce a los grupos de pares en la toma de la decisión de abortar, lo cual se ha reflejado

tanto en las naciones desarrolladas como en las en vías de desarrollo, incluido los estudios realizados en Cuba, lo cual discrepa del peso reconocido a estos en la génesis de otras conductas de riesgo como es el inicio precoz de las relaciones sexuales.⁽⁶⁰⁾

Mucho se debate hoy en día en torno a si resulta adecuado o no el exigir el consentimiento o autorización de los padres a las adolescentes que desean realizarse un aborto. Esta es una práctica que se exige prácticamente en el 100% de las naciones que tienen servicios de aborto despenalizado.

En Cuba se exige el consentimiento de los padres para la realización del aborto en todas las adolescentes con 16 años o menos, no obstante a la luz de las tendencias modernas y sobre todo de la promoción cada vez mayor de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes y la aplicación de los enfoques bioéticos al trabajo con este sector de la población, se ha creado una gran controversia en torno a estos puntos de vista, pues según no pocos autores el exigir la autorización de los padres para la realización de este proceder, viola los principios bioéticos.^(60,61,62)

Por otra parte estudios revisados evidencian que gran parte de las adolescentes embarazadas ocultan a sus padres su situación y buscan en otras personas consejería y ayuda al respecto, por lo que exigir la autorización de los padres para la realización del aborto en estas edades, ha motivado en no pocos casos serios problemas entre los cuales se encuentran el retardo de la realización del proceder del aborto, lo cual incrementa a su vez los riesgos, por lo tanto se eleva la incidencia de los abortos de riesgo, y hasta la ocurrencia de intentos suicidas y otras dramáticas y nefastas consecuencias, por lo que no existe en la actualidad consenso respecto a cómo manejar este dilema bioético, resultando un tema candente.⁽⁶³⁾

Limitar la autonomía de las adolescentes para enfrentar la planificación familiar es reducir su capacidad, en tanto liberar su autonomía sin prepararla para saber usarla, puede conducirla a decisiones que distorsionen sus necesidades y dañen su salud. Esto pone de manifiesto que para enfrentar la solución de

este debate, no sólo hay que definir o interpretar el concepto de justicia, sino también el de necesidad. Para exigir a la familia una actitud responsable ante la crianza de los hijos, esta debe tener, a la par que autonomía, capacidad económica, educación moral y derecho, en el sentido jurídico, a determinar el número de sus descendientes para que puedan vivir en condiciones saludables y decorosas, a tono con el desarrollo de la cultura de su época. Para esto, la mujer debe saber y poder usar los métodos anticonceptivos adecuados y acudir al aborto sólo cuando sea ética y médicamente justificable. ^(63,64)

Otros factores relacionados con el embarazo en la adolescencia son el inadecuado cuidado prenatal, estado nutricional inadecuado y la prematuridad. Otro término usado se refiere a la asesoría preconcepcional, la consulta preconcepcional se centra en evaluar el estado de salud de la pareja, reunir la mayor información de los mismos, el propósito de la misma es evaluar factores de riesgo potenciales que podrían complicar el embarazo, eliminarlos o controlarlos para disminuir el daño o riesgo que puedan ocasionar.

El programa de planificación de la familia propicia el desarrollo de la salud reproductiva, el respeto a derechos básicos como el de la reproducción. En estos momentos la estrategia principal del programa está relacionada con la prevención del riesgo preconcepcional. ⁽⁶⁵⁾

El programa persigue lograr una actuación consciente basada en el sentido de responsabilidad de las parejas, de hombres y mujeres para tener hijos y está dirigido a que se tengan los hijos que se deseen en el momento más favorable. Se ha estructurado a nivel de todos los Policlínicos la consulta de Planificación familiar, en estas consultas o servicios se brinda una atención especializada en aspectos reproductivos, tanto la anticoncepción como la infertilidad. ⁽⁶⁶⁾

La OPS considera que la Promoción de la Salud en adolescentes y jóvenes puede llevarse a cabo de manera más eficaz mediante programas que, por una parte asistan a esta población en particular y a la comunidad en general y por otra parte apoyen los desarrollos institucionales que aseguren disponibilidad de

los servicios las tecnologías necesarias para resolver los problemas de los adolescentes y jóvenes.

MATERIALES Y METODOS.

Para proporcionarle a los adolescentes una conducta sexual responsable se realizó un estudio Pre-experimental (antes después) de tipo de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes entre 12-19 años pertenecientes al consultorio médico de la familia # 17 del Área de Salud de primero de Enero en el periodo comprendido de Enero a Julio del 2017.

Universo y muestra.

El universo de trabajo estuvo constituido por 98pacientes que constituyen el total de población de 12-19 años de edad del consultorio No 17 del área de salud de Primero de Enero en el período antes mencionado, la muestra quedo constituida por 89 adolescentes los que se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio simple a los que se le solicito el consentimiento informado de sus padres para participar en la investigación. (Anexo 1)

Criterios de abandono:

Los adolescentes que tuvieron más de dos ausencias a las sesiones.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

Análisis –síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema. En este estudio en particular permitió estudiar cada tema por separado, descomponiendo la realidad de cada adolescente respecto al tema, así como la realidad que los une. Observando, describiendo, realizando un examen crítico, enumerando cada elemento para luego de terminado el estudio poder dar un criterio de sus conocimientos sobre salud reproductiva.

Análisis histórico –lógico: Permite poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, el comportamiento de la salud reproductiva en nuestro país, nuestra provincia, en los diferentes períodos y los elementos que han incidido en esos cambios.

Inducción –deducción:

Se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis. Se obtuvieron conclusiones partiendo de cada aspecto que tiene que ver con la salud reproductiva de manera particular, observando a cada uno de manera individual, observando la conducta, haciendo comparaciones, para después aplicarlo de manera general.

Hipotético –deductivo:

Observando los conocimientos de cada adolescente acerca del tema de salud reproductiva ayudó a deducir una hipótesis como respuesta al problema y luego proceder a verificarla utilizando otros métodos.^(66,67)

Métodos empíricos tenemos:

La observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, permitiendo diagnosticar las lagunas en el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva en los adolescentes estudiados y aplicar un programa de intervención educativa para lograr resolver el objetivo de la investigación.^(66,67)

Se utilizaron diferentes técnicas como:

1. La encuesta o instrumento: Dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a los adolescentes que intervinieron en el estudio para saber los conocimientos que tenían los mismos acerca de salud reproductiva.

2. Medición: Permite obtener la información numérica, acerca del fenómeno estudiado o sea acerca de salud reproductiva. Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado a los adolescentes que participaron en la investigación; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó la distribución de frecuencia, los porcentajes (%). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$ ^(10,11)

Los resultados se expresaron en forma de tablas y gráficos los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

El estudio constó de tres momentos:

1.-Momento inicial: Donde se realizó el diagnóstico del nivel de conocimiento, de los adolescentes sobre algunos aspectos relacionados con la salud reproductiva al evaluar con el instrumento inicial mediante una escala de calificación. (Anexo 2)

Evaluando de si conoce cuando los adolescentes fueron capaces de identificar prácticas sexuales de menor, mayor y ningún riesgo de contraer una ITS y el VIH/SIDA, identificaron entre 6 y 10 de los métodos anticonceptivos de uso regular en nuestro país, mencionaron al menos tres comportamientos de riesgo de contraer ITS, y reconocieron que la responsabilidad de un embarazo es responsabilidad de ambos padres y dijeron estar preparado para tener hijos.

Evaluando de no conoce cuando no fueron capaces de identificar prácticas sexuales de menor, mayor y ningún riesgo de contraer una ITS y VIH/SIDA, identificaron menos de 6 de los anticonceptivos de uso en el país, mencionaron menos de tres comportamientos de riesgo de contraer ITS, respondieron que la responsabilidad de tener hijos es de uno de los padres y que no estaban

preparados para tener hijos. El conocimiento general sobre salud reproductiva fue evaluado de la siguiente forma.

ALTO : evaluados de si en cuatro preguntas.

MEDIO : evaluados de si en tres o más preguntas.

BAJO : evaluados de no en tres o más preguntas.

2.-Momento de intervención educativa: Esta etapa comenzó 2 semanas después de aplicado el instrumento inicial, se realizaron diferentes actividades educativas distribuidas en ocho sesiones de trabajo de una hora de duración que se desarrollaron de la siguiente forma: Una etapa de presentación donde cada adolescente se presentó para el auditorio.

Una etapa de desarrollo donde se presentaron los objetivos por parte del facilitador, y el investigador; después se presentó cada tema a abordar, que fueron discutidos y analizados en sesiones de trabajo. (Anexo No 3)

3.-Momento final o de Evaluación del nivel de conocimiento después de la intervención: El programa educativo (anexo No. 3) constó con 8 sesiones donde se trabajó con las variables antes mencionada mediante conferencia, videos-debate, técnicas reflexivas y técnicas participativas. Las sesiones fueron semanales y se evaluó el aumento del nivel de conocimiento adquirido sobre salud reproductiva mediante la aplicación del instrumento.

La estrategia metodológica del trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

Los resultados se expresaron en forma de tablas y gráficos los que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES :

Las variables sujetas a estudio para determinar el nivel de conocimiento fueron:

Prácticas sexuales seguras, Identificación de los métodos anticonceptivos, conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual., responsabilidad ante un embarazo y preparación para asumir la maternidad/paternidad.

Variable dependiente:

Conocimientos sobre salud reproductiva: La adquisición de conocimientos relacionado con la salud reproductiva en cuanto a temas como: prácticas sexuales seguras, identificación de métodos anticonceptivos más seguros, infecciones de transmisión sexual y embarazo en la adolescencia y responsabilidad ante la maternidad/paternidad.

Variable independiente:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectiva que logró cambios en el nivel de conocimiento de los adolescentes. Estuvo centrado en el sujeto (adolescente), implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Variable:

1. Grupos de edad. Cuantitativa continua.

Definición: Según años cumplidos.

Escala y valores: 14-16,17-19

2. Variable: Sexo. Cualitativa nominal.

Definición: Según sexo biológico.

Escala y valores: F-M

3. Variable: Conocimientos sobre prácticas sexuales seguras. Cualitativa nominal.

Definición: Que los adolescentes fueran capaces de identificar las prácticas sexuales de menor, mayor y ningún riesgo de contraer una ITS y el VIH/SIDA.

(Anexo 2)

Escala y valores: Adecuado (si conocían el 50% o más de las prácticas sexuales seguras.) inadecuado (si desconocían más del 50% de las prácticas sexuales seguras.)

4. Variable: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Cualitativa nominal.

Definición: que fueran capaces de reconocerlos métodos anticonceptivos más usados en el país.

Escala: adecuado (si conocían entre 6 y 10 de los métodos anticonceptivos más usados en el país) inadecuado (si desconocían más de 6 esos métodos anticonceptivos).

5. Variable: Conocimiento sobre comportamientos de riesgo para contraer ITS/VIH/SIDA. Cualitativa nominal.

Definición: Conocimiento de al menos tres situaciones de riesgo.

Escala: adecuado (conoce al menos tres situaciones de riesgo. inadecuado (Reconoce menos de tres situaciones de riesgo).

6. Variable: Conocimiento sobre responsabilidad de maternidad/paternidad. Cualitativa nominal.

Definición: Conocimientos sobre responsabilidad ante la maternidad.

Escala: Adecuado (si reconocen que la responsabilidad es de ambos padres) inadecuado (si reconocen que la responsabilidad es solo del padre o de la madre.

7. Variable: Nivel de preparación para asumir la maternidad y paternidad. Cualitativa nominal.

Definición: Reconocimiento del nivel de preparación para asumir la maternidad y paternidad.

Escala: adecuado (si reconoce estar preparado para asumir la maternidad o paternidad) No (si no reconoce estar preparado para asumir la maternidad o paternidad)

Variable: Nivel de conocimiento general. Cualitativa nominal.

Definición: Según respuestas positivas o negativas.

Escala: Alto (con 4 o más respuestas positivas) Medio: Con tres respuestas positivas. Bajo: (Si menos de tres respuestas positivas).

En el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos, pidiendo el consentimiento informado de cada adolescente y el de cada padre o tutor permitiéndoles participar en el estudio.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación.

El resultado y planificación de las actividades: Los recursos humanos, materiales, el presupuesto y el cronograma de trabajo están en los anexos 4, 5, 6,7.

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
12-15	32	55.1	18	58	50	56.1
16-19	26	44.8	13	41	39	43.8
Total	58	65.1	31	34.8	98	100

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes del consultorio Médico de Familia No.17 del Área de Salud de Primero de Enero según grupos de edad y sexo.

Fuente: Encuesta

La tabla 1 representa la distribución de los adolescentes del consultorio Médico de Familia No.17 del Área de Salud de Primero de Enero que participaron en el estudio, según edad y sexo, durante el período comprendido entre enero y julio del 2017.

Del total de adolescentes encuestados el 65,1% corresponde al sexo femenino y el grupo etario predominante fue el de 12-15 años con un 56,1%. En Cuba la relación de masculinidad al terminar el 2015 fue de 993 hombres por cada 1000 mujeres con una discreta pero ininterrumpida tendencia a la feminización de la población.⁽⁶⁸⁾

Tabla 2. Nivel de conocimientos sobre prácticas sexuales seguras.

Conocimiento sobre prácticas sexuales seguras	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	16	17.97	75	84.26
Inadecuado	73	82.02	14	15.74
Total	89	100	89	100

La tabla 2 representa el nivel de conocimiento que tenían los adolescentes antes y después de la intervención educativa. Concluyendo que antes de la intervención el 82,2% de los adolescentes no tenían los conocimientos esenciales sobre cuáles son las prácticas sexuales seguras. Coincidiendo con investigaciones realizadas en nuestro país por González Reyes Yanet ⁽³³⁾, Reynoso Esteves Marbelis ⁽³⁴⁾, H, Hodforf G ⁽³⁵⁾ y Llanes Rodríguez Alberto A ⁽³⁶⁾.

Después de la intervención educativa el 84,26 % de los adolescentes reflejaron un aumento del nivel de conocimientos acerca del tema.

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Resultados alcanzados por Vila Alonso Gisel, los proyectos de intervención educativa tiene mejores resultados que otros métodos de enseñanza ⁽⁶⁷⁾.

Tabla 3: Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Propuestas	Antes (n-89)		Después (n-89)	
	No	%	No	%
Tabletas	52	58.4	89	100
T de cobre	31	34.8	72	80.8
Multiload	13	14.6	69	77.5
ASA	9	10.1	63	60.7
Preservativo	74	83.1	89	100
Condón femenino	4	4.49	61	68.5
Diafragma	4	4.49	61	68.5
Vacunas	31	34.8	89	100
Método del ritmo	7	7.86	63	70.7
Jalea espermicida	12	2.24	68	76.4

La Tabla 3 refleja el nivel de conocimientos de los adolescentes que participaron en la investigación sobre métodos anticonceptivos, antes y después de la intervención, concluyendo que antes de impartir los temas educativos los adolescentes solo tenían más conocimientos sobre las tabletas (54,8%) y el preservativo (83,1%) y en un número pequeño sobre las vacunas. (31%).

Esto demuestra que los adolescentes no buscan información suficiente sobre el tema y muchos consideran que los riesgos que corren al no utilizarlos son mínimos, Amaro Hernández Francisco⁽³¹⁾, también Peña E, Sánchez Ay Solano L⁽⁴⁰⁾, en sus consideraciones, plantean que existen dificultades en los jóvenes sobre el conocimiento de los anticonceptivos, lo que coincide con el presente estudio. Una vez aplicada la intervención educativa se logró ampliar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, identificando 6 o más de los anticonceptivos más usados en el país, coincidiendo con investigaciones realizadas en nuestro país por González Reyes Y.⁽³³⁾, Reynoso Esteves Marbelis⁽³⁴⁾ Barbato Walter⁽³⁸⁾, Ruíz L.I.⁽³⁸⁾ y en Argentina, Riopede P.⁽³⁹⁾ y por

Puentes Rizo Eliza, Domínguez Enríquez Barbara ⁽⁶⁸⁾ y Fernández García Bárbara, Merino Membriles Elsa Rosa ⁽⁷¹⁾ quienes encontraron resultados similares.

Tabla No 4: Nivel de Conocimiento sobre comportamientos de riesgo para contraer ITS/VIH/SIDA

Conocimiento sobre comportamiento de riesgo para Contraer ITS	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	12	13.48	71	79.77
Inadecuado	77	86.51	18	20.22
Total	89	100	89	100

La tabla 4 muestra el nivel de conocimientos de los adolescentes que participaron en el estudio sobre cuáles son los comportamientos de riesgos que conllevan a contraer una ITS/VIH/SIDA. Antes de la intervención el 86.51% de ellos plasmó en sus respuestas desconocimiento acerca de este tema. El espectro de riesgos conocidos fue muy pequeño demostrando que no tienen percepción de las consecuencias que este tipo de enfermedades tienen para ellos y para la familia, coincidiendo con investigaciones realizadas por Durán Cortina, M ⁽⁴¹⁾ y Fernando JB ⁽⁴²⁾, Ceballos D ⁽⁷²⁾ donde se plantea una situación similar. Luego de la intervención se amplían considerablemente sus conocimientos sobre ITS lo cual los lleva a adoptar conductas sexuales responsables.

Tabla No 5: Nivel de conocimientos sobre responsabilidad ante un embarazo.

Responsabilidad del embarazo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	46	51.68	79	88.76
Inadecuado	43	48.31	10	11.23
Total	89	100	89	100

En la Tabla 5 se expone el nivel de conocimientos sobre quien es el responsable ante un embarazo, si es la madre, el padre o si la responsabilidad es de ambos. Al analizar los resultados se constata que es un tema que aún ofrece muchas dudas para los adolescente ya que el 51,68% respondió que la responsabilidad es de ambos y un 48,31 % respondió que la responsabilidad es solo de uno de los dos y en este caso la mayoría respondió que de la madre. Criterio que aún prevalece por la propia educación proveniente de los padres y por supuesto la responsable de la anticoncepción lo cual coincide con investigaciones de autores como Ravelo Aloína ⁽⁴³⁾, quien habla sobre dar prioridad a la responsabilidad compartida haciendo énfasis en involucrar al sexo masculino. Después de la intervención se observa como predomina la responsabilidad de ambos para el (96.20%) coincidiendo con varios autores que analizan el tema (38,43), así como Pérez R. J. ⁽³⁸⁾, Pagola Leyva Javier ⁽⁴⁵⁾ y Bárbaro Walter ⁽³⁸⁾, quienes evalúan el tema y demuestran con sus intervenciones que se puede lograr responsabilidad en la pareja con una educación sexual adecuada.

Tabla 6: Nivel de conocimientos sobre preparación para tener un hijo.

Posibles respuestas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	6	6.74	36	40.44
Inadecuado	83	93.25	53	48.31
Total	89	100	89	100

En la Tabla 6 se analiza el nivel de conocimientos de los adolescentes que participaron en la investigación, sobre la preparación para ser padres. Se observa que el 83% de ellos desconocen la complejidad de asumir el rol de la paternidad /maternidad, lo cual coincide con investigaciones que demuestran lo antes expuesto así como las dificultades a las que se enfrentan los adolescentes al tener que cambiar su estilo de vida ^(50,51), así mismo las consecuencias que afrontan desde el punto de vista psíquico, biológico como social Herrear V., Oliva J., Domínguez F ⁽⁴⁸⁾.

Después de la intervención queda demostrado que el 100% de los adolescentes no están preparados para tener hijos reconociendo los mismos su inmadurez para asumir la tarea, coincidiendo con González Reyes Yanet ⁽³³⁾ que obtuvo resultados similares en su investigación.

Tabla 7: Nivel de conocimiento de forma general sobre salud reproductiva que poseen los adolescentes encuestados, antes y después de aplicado el programa educativo.

Nivel de conocimiento general	Antes		Después	
	No	%	No	%
Alto	7	0.78	61	68.5
Medio	14	0.17	21	23.5
Bajo	68	76.4	7	7.8
Total	89	100	89	100

Cuando se analiza los resultados de la Tabla 7 sobre el nivel de conocimientos general sobre salud reproductiva que poseen los adolescentes encuestados, antes y después de aplicado el programa educativo, se observa que antes de la intervención el 68% de los adolescentes tenían un bajo nivel de conocimientos acerca del tema. Después de recibir el programa educativo el 61% pasó a tener mejor nivel de conocimientos lo que demostró que el programa fue efectivo, pero aún el 7,8% de ellos mantiene un bajo nivel de conocimientos. Resultados similares fueron encontrados por otros actores. González M, María del Carmen, Hdez Gálvez Leydis⁽⁷⁵⁾ y Larduet Pérez, Antonio, Montoya Mtnz Yudenia⁽⁷⁶⁾

CONCLUSIONES

Se comprobó que el nivel de conocimiento que poseían los adolescentes del área seleccionada acerca de la salud reproductiva antes de la intervención educativa, era inadecuado, demostrando escasos conocimientos sobre sexualidad.

La implementación de un programa de intervención educativa diseñado sobre los principios de la promoción y educación para la salud así como métodos activos de enseñanza para modificar el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a la salud reproductiva demostró ser un instrumento adecuado para elevar el nivel de conocimiento en los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
2. Conessa P, Nykcel C. Manual para la educación en salud integral del adolescente: La adolescencia como etapa del desarrollo. Washington DC: OPS; 1997.
3. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la adolescencia. Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.
4. Peláez M. J. Varón adolescente: responsabilidad sexual y anticoncepción. Rev. Sexología Sociedad. 1997; 2(8): 6
5. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación de la OMS para Cuba. Representación de la OPS/OMS. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública. Enero; 2007.
6. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad técnica de Salud y Desarrollo del adolescente. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K.Kellog. Washington,DC. Abril;2011. Disponible-en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/HPP/ComSocial.pdf>.
7. Registro Estadístico. Dirección Municipal de Salud. Morón. 2010
8. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana. Editorial-Científico Técnica; 2011.
9. Lugones B. M , Ramirez B. M , Machado R. H. Intervención educativa en Adolescentes atendidas en consulta de ginecología infanto-juvenil. RevCubana Pediatr.80n.2Ciudad de la Habana abr.-jun.2010.
10. Barmeti B. El miedo, la vergüenza y la desesperación. Network en español: 2010. Vol. 20. No.3.
11. Salud Pública. Programa Nacional de atención integral a la salud del adolescente. La Habana, Cuba. 2009.

12. González H. El embarazo en adolescentes en Cuba. Aspectos sociodemográficos. Rev. Sexología y Sociedad. Año 6, No. 16, P 13 -8, dic 2000.
13. González G. H. El embarazo adolescente. Un fenómeno de gran magnitud en Cuba. Rev. Sexología y Sociedad. Rev. Sexología y Sociedad. (15):P22-6, ago. 2010.
14. Ravelo A., González H. Adolescencia ¿etapa crítica? Jueves 10 de Julio disponible:<http://www.sld.cu/saludparalavida/adolescencia/Etapacritica.htm>
15. HerrearV., Oliva J., Domínguez F. Riesgo reproductivo. Disponible en: <http://www.perinatal.sld.cu/docs/libroscap11riesgopreconcepcional/riesgopreconcepcional.shtml-56k>. [Enero 23 2006]
16. Práctica Médica Efectiva. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Disponible en: <http://www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf>. [Enero 23 2010]
17. Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y el Caribe, Contribución de OPS/división de Salud y desarrollo Humano/Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo a la Octava Sesión de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y El Caribe. CEPAL, 2010. pág. 3
18. Colectivo de autores. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias médicas;2006.p416-420.
19. Peláez P. J. Ética y Educación sexual. Rev. Sexología y Sociedad Año 3, No. 7, P9, ago 1997.
20. Cabral C S. Vicisitudes da gravidez na adolescencia entre jóvenes das. Camadas Populares do Río de janeiro. Río de janeiro: S N; 2005. 127p.Tab.
21. La educación sexual y el aborto... Disponible en: <http://www.vidahumana.org/vidafam/edusex/edusex-idexhtml>[Junio 15 2015]
22. Cefalo Robert. C., Moos Merry-K. Preconcepcional Health care, 2nd edition, by Mosby-Year Book, Inc 1995. page 57
23. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana. Editorial-Científico Técnica; 2001

24. Lauger A. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Adolescencia. Boletín bimestral de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud*. 2008; 1(3) 5 –8.
25. Asesoría preconcepcional. Noviembre 8 de 2005. Disponible en: <http://www.saludparaellas.com>. [Enero 23 2006].
26. Colectivo de autores. MINSAP. Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Programa Nacional de atención integral a la Salud del adolescente. Cuba, agosto. 2000. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/programanacadolescencia.pdf>. [Noviembre 8 2011].
27. González H. A. La sexualidad del adolescente. *Rev. Sexología y Sociedad*. Año 7, No.17, P4-11, abril 2001.
28. Bayarre Vea. H, Hodforf G. *Inferencia Estadística*. ENSAP, La Habana. 2003.
29. Amaro Hernández. F. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción-en-adolescentes. Disponible-en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552010000300012&script=sci_arttext. (Diciembre 23 2011)
30. Cedeño Donet M, Domínguez León JL, Peraza Morelles D, Rodríguez Betancourt M. Algunos factores de riesgo relacionados con la morbilidad materna perinatal de la gestante adolescente. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2009[Links]
31. Fernández Parra RM, Guerra Macías E. El embarazo precoz desde la visión de la propia adolescente. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005[Links]
32. Peláez Mendoza J. *Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.
33. González Reyes Yanet, *Intervención educativa en Riesgo Reproductivo del ESBU Nguyen Van Troi [Tesis]*. Ciego de Ávila: Policlínico Docente Norte. Morón; 2008.
34. Reynoso Esteves Marbelis. *Intervención Educativa en adolescentes sobre Salud Reproductiva (Tesis)*. Ciego de Ávila: Policlínico Universitario Norte. Morón; 2009

35. Bayarre Vea. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2010.
36. Llanes Rodríguez Alberto A, Quevedo Arnaiz Nurys V. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. Rev. AMC v.13 n. 1 ene.-feb. 2009. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000100009&script=sci-arttext>.
37. Peña E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente Embarazada. Arch Latinoam Nutr 2011; 53(2): 141-9
38. Barbato Walter. Salud sexual y reproductiva disponible en: <http://www.gtemer.ch> Ruíz L. I. Intervención Educativa para promover conductas sexuales responsables que favorezcan el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del Consultorio # 14. [Tesis]. Ciego de Ávila: Policlínico Docente Norte. Morón; 2010.
39. Riopedre P. Anticoncepción y sexualidad. El inicio de las relaciones sexuales en jóvenes. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto- Juvenil (SAGIJ). [en línea] 2004 [fecha de acceso 4 de Agosto de 2015]. URL disponible en: http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com_notas_inicio.php
40. Infecciones de transmisión sexual/vih/sida; [Serie en línea][Citado 2006 may 14]. Disponible en-http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/pacts/pacts_1002_04.html 14 mayo 2005
41. Durán Cortina, M: Algunos aspectos de la sexualidad en un círculo de adolescentes, TTR 2012.
42. Fernando JB. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. En: XII Congreso Nacional. de Obstetricia y Ginecología. Abril. 27 al 30. Ciudad de La Habana. 2004.
43. Ravelo Aloima. Embarazo no deseado en la adolescencia, problemas solo de ellas. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idu=4845#rg>
44. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015, Versión Electrónica, 1561-4433. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Habana. Cuba. 2016.

45. Pagola Leyva Javier. Manejo de los métodos anticonceptivos en la adolescencia. Disponible en: <http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol22-1-06/mgi03106.htm#autor>
46. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing Smoking and Exposure to Secondhand Smoke Before, During, and After Pregnancy. 3 de octubre de 2012, www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/smoking.htm.
47. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Especially for Teens: Having a Baby. Patient Education Pamphlet, agosto de 2007, www.acog.org/publications/patient_education.
48. Herrear V., Oлива J., Domínguez F. Riesgo reproductivo. Disponible en: <http://www.perinatal.sld.cu/docs/libroscap11riesgopreconcepcional/riesgo-preconcepcional.shtmI-56k>. [Enero 23 2006].
49. MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Ciudad Habana: MINSAP, 2012.
50. Coello Pérez N, Wert Téllez FR, Wert Coello N, .Aportes a la actualización del Programa de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. Una necesidad para el desarrollo humano. (Mesa Redonda presentada en la V Jornada Provincial de Salud Integral en la Adolescencia JOPAISA 2012. Sancti Spíritus, 2012
51. Quintana Llanio, L. Maternidad, Paternidad y Familia. La Habana, 2011
52. Coello Pérez N, Wert Téllez R. Programa Cubano de Atención Integral a la salud de Adolescentes, Experiencia en la Provincia de Sancti Spíritus. (Trabajo presentado en la IV Jornada Provincial de Salud Integral en la Adolescencia, JOPAISA 2011. Sancti Spíritus, 2011
53. Chávez Negrín, Ernesto, et al. Las familias cubanas en el parte aguas de dos siglos. La Habana, 2012
54. Díaz Tenorio, M. et al. Violencia familiar en Cuba. Estudios, realidades y desafíos sociales. Editorial CENESEX. La Habana, 2012
55. Calero J, Vázquez J, Domínguez E. Comportamiento sexuales y Reconocimientos sindrómicos de las ITS en adolescentes, estudiantes de escuelas especializadas (artes y deportes) [CD-ROM]. La Habana: CENESEX; 2010.

56. Jiménez García C, Ballester Arnal R. Eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del SIDA para promoción del sexo seguro y la realización de las pruebas diagnósticas del VIH en estudiantes universitarios [tesis]. Castellón de la Plana; 2008-[citado-26-Ago-2009]. Disponible-en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/10513>
57. Álvarez Vázquez, Luisa; Calero Ricardo, Jorge Luis; León Díaz, Esther María. Salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del varón. Rev. Cubana Salud Pública v.32 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006. [online]. Consultado: 23 de septiembre de 2015
58. Artículo: La salud sexual y reproductiva. Rev. Cubana Salud Pública v.32 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2006. [online]. Consultado: 23 de septiembre de 2015.
59. González Lucas, Norma. Salud sexual y reproductiva y genética médica en Cuba. Revista Cubana de Genética Comunitaria. 2010; 4(1):3-4.
60. Hernández Díaz, Mayumi. Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en las adolescentes del Consultorio Médico Yaguanabo. [Tesis] Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Dr. Raúl Dórticos Torrado. Policlínico Universitario de Cumanayagua 2011. Consultado Junio del 2016.
61. Grumbaum, S. (Coord.). Adolescentes un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud, Junta Nacional de Drogas, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social. 2012
62. Jiménez, M., Aliaga, L. y Rodríguez, J. Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva. (Serie Población y Desarrollo No 97). Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL. 2011
63. Luengo, M. X., Millán, T., Zepeda, A. J. y Tijero, M. Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. Revista Chilena de Pediatría. 2012. Consultado junio 2016.
64. Ramos, V. Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes en Montevideo (Tesis de Maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Argentina. Buenos-Aires. 2011. Recuperado - de

<http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/4969/5/Derechos>

_sexuales_y_reproductivos_Ramos_Brum.pdf.

65. Luís Alfonso Mendoza T.1, 3, Martha Arias G.2, Marly Pedroza P.3, Paul Micolta C.3, Andrés Ramírez R.3, Christian Cáceres G.3, Darling López S.3, Antonio Núñez G.3, María Acuña P.3 Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(4): 271 -279.
66. Dirección de Registros médicos y Estadísticas de Salud. MINSAP. 2016.
67. Vila Alonso, Gisel. Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. [Tesis]. Policlínico Docente Universitario Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Cienfuegos. -See more at: <http://www.odiseo.com.mx/correo-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazo-adolescencia#sthash.qIAgn4Kq.dpuf>.
68. Puentes Rizo Elisa, Domínguez Bárbara Enríquez, Rodríguez de Celis Yisel, Correa Jáuregui Manuel. La sexualidad en adolescentes de la secundaria básica "Vietnam". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. Dic 2012 [citado -11-Nov-2013];-599-610. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000400004&lng=es
69. Lugones Botell, Miguel. Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de Salud. [Tesis]. Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar.2014. Consultado junio 2016.
70. Doblado Donis Norma Isaura, De la Rosa Batista Idania, Junco Manrique Ana. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet -Ginecol [revista en la Internet]. Sep 2010 [citado 02 Abr 2013]; 36(3):409-21. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es
71. Fernández García, Bárbara. Meriño Mebriles, Elsa Rosa. Abalos González María Marlen. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa" Rev Cubana Med Gen Integr vol.29 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar.2013. Consultado junio 2016.

72. Cevallos D. Jóvenes atrapados entre el sida y la ignorancia. Artículo producido por: Inter. Press Service News Agency (IPS) con motivo del 1 de diciembre 2002. Día Mundial de la Lucha Contra el Sida [Internet]. 2003 [citado Ene 2012]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v34n2/v34n2a06.pdf>
73. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. 2010 [citado Feb 2012] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_infectious_sp/aidshi
74. González Mora, María del Carmen. Hernández Gálvez, Leidys. Intervención educativa sobre algunos aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes de un consultorio del Policlínico "Belkys Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila. 2014. Consultado junio 2016.
75. González Mora, María del Carmen. Hernández Gálvez, Leidys. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico "Belkis Sotomayor Álvarez". 2014. Consultado junio 2016.
76. Larduet Pérez, Antonio. Montoya Martínez, Yudenia. Intervención educativa sobre enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de Medicina Sede Universitaria Policlínico Docente "Antonio Maceo" Ciego de Ávila. Septiembre 2011 – febrero 2014.

ANEXOS

Anexo 1

1.1-Consentimiento informado del padre o tutor.

Yo _____ padre (), madre () o tutor (),
del/la adolescente _____ de _____ años de
edad doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en el programa
educativo que se desarrolla con el objetivo de brindar conocimientos acerca
salud reproductiva, he recibido información sobre los objetivos del programa y
los conocimientos que mi hijo/a adquirirá en él.

Firma

1.2-Consentimiento informado del adolescente.

Yo _____ adolescente de _____
años de edad, doy mi consentimiento para participar en el programa educativo
que se desarrolla con el objetivo de brindar conocimientos acerca salud
reproductiva, he recibido información sobre los objetivos del programa y los
conocimientos a adquirir.

Firma

ANEXO 2

ENCUESTA

Tu participación en esta investigación será muy útil para tu vida. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cuál es la mejor respuesta y cuál es tu criterio personal. (Marcar la respuesta correcta con una X).

1. Edad: _____ años

2. Masculino _____ Femenino _____

3. ¿Utilizas el preservativo en cada relación sexual?

_____ Sí _____ No

4. De las siguientes proposiciones cuáles consideras prácticas sexuales seguras.

__ Frotar los pechos. __ Besar el cuerpo. __ Frotar los genitales en el cuerpo de la pareja. __ Bañarse juntos. __ Observar cómo se masturba a pareja. __ Tocar los propios genitales cuando la pareja toca los suyos. __ Masajes, abrazos. __ Frotamiento de cuerpo con cuerpo. __ Besos secos. __ Utilizar juguetes sexuales de uso propio. __ Voyeurismo. __ Sexo telefónico. __ Compartir fantasías sexuales.

5. ¿Cuáles de estas propuestas son para tí métodos anticonceptivos?

___ Condón ___ T de Cobre ___ Multiload ___ Asa ___ Tabletas ___ Condón femenino ___ Vacunas ___ Diafragma ___ Jaleas ___ Método del ritmo.

6. Para Ud. Cuáles de estas proposiciones se consideran riesgos para contraer una ITS:

----- Tener relaciones sexuales sin protección con una persona cuya condición sexológica se desconozca.

----- Tener relaciones con muchos compañeros sexuales sin usar protección.

----- No respetar las normas de control de las infecciones.

----- Transfusiones sanguíneas repetidas.

----- Intercambiar jeringuillas, útiles de acupuntura sin esterilización previa.

7. De quién consideras que es la responsabilidad de un embarazo.

a) ----- El hombre

b) ----- La mujer

c) ----- Ambos

d) ----- No se

8. ¿Crees estar preparada/o para tener un hijo?

a) ___ Si

b) ___ No

a) Cuáles deben ser las condiciones para este acto de concepción.

En este espacio puedes escribir aquello que desees saber o algo que desees
opinar sobre el tema que estamos tratando

Gracias

ANEXO 3

PROGRAMA EDUCATIVO

Objetivo General:

Proporcionar a los participantes un espacio teórico conceptual, así como desarrollar habilidades, que les permitan mejorar su salud reproductiva.

Al finalizar este programa los participantes serán capaces de:

1. Identificar prácticas sexuales de menor, mayor y ningún riesgo.
2. Mencionar los métodos anticonceptivos más usados en nuestro país.
3. Compartir información precisa y actualizada sobre las ITS/VIH/SIDA.
4. Describir las ventajas y desventajas del uso del condón.
5. Demostrar cómo manejar y usar el condón correctamente.
6. Demostrar sus habilidades para negociar el uso del condón en sus relaciones de pareja.
7. Describir las obligaciones y responsabilidades de la maternidad y paternidad.

Dirigido a: Población adolescente.

Duración de las actividades: 1 hora ajustable a los recursos y el tiempo.

Actividad #1

Objetivos:

1. Presentación de los coordinadores y miembros del grupo.
2. Brindar información a los participantes sobre los propósitos que perseguimos con este programa.
3. Diagnosticar el nivel de conocimientos existentes ante del programa educativo.
4. Se establezcan las normas del trabajo grupal para el buen funcionamiento.

Contenidos:

- Presentación del programa.
- Encuesta.
- Consenso de normas grupales.
- Recoger el consentimiento informado de la mamá, papa o tutor.

Recursos:

Encuesta y lápices.

Recurso dinámico: Nuestras expectativas y técnica de la doble rueda.

Desarrollo:

Se forman dos círculos uno dentro de otro al compás de la música, el círculo de adentro gira a la derecha y el de afuera a la izquierda, al compás de la música, cuando esta se detenga, los círculos también, el círculo de adentro gira y se coloca frente al otro círculo, cada participante formará una pareja con la persona que le quedo al frente

Cada pareja intercambiará información personal sobre: ¿Quiénes son? Y las expectativas del programa

Se les da 5 minutos para que intercambien información.

Terminado el plazo cada miembro de las parejas debe presentar a su compañero, indicando ¿Quién es? Y las expectativas con el programa.

Se propone al grupo comentar los resultados.

Actividad # 2

Explicar el programa, objetivos y contenidos.

Actividad # 3

Aplicación de la encuesta de entrada.

Tiempo de duración: 30 min.

Actividad # 4

Prácticas de sexuales seguras.

Objetivo:

Que los adolescentes sean capaces de identificar las prácticas sexuales de menor, mayor y ningún riesgo de contraer una ITS y el VIH/SIDA.

Desarrollo: se distribuye tarjetas con diferentes prácticas, los participantes de manera individual analizarán si son de menor, mayor y ningún riesgo. luego en plenaria se analizarán y se colocarán en un mural donde se encuentran las diferentes ITS y cada práctica se va comentando.

Tiempo: 1 hora

Recursos necesarios: tarjetas, papeógrafo, cinta adhesiva.

Actividad # 5 Métodos anticonceptivos.

Objetivos:

Al finalizar los participantes serán capaces de identificar los métodos anticonceptivos en nuestro país y saber que los métodos de planificación no protegen contra las ITS/VIH/SIDA.

Desarrollo:

Utilizando una lluvia de ideas se escribirán los diferentes métodos, luego se reflexionará en el hecho que estos, no protegen contra las ITS/VIH/SIDA.

Tiempo: 1 hora

Recursos: hoja

Actividad # 6: Información general sobre las ITS/VIH/SIDA.

Objetivo:

Al finalizar los participantes serán capaces de informar la situación de las ITS/VIH/SIDA.

Desarrollo:

Se expondrá de manera clara la situación de las ITS/VIH/SIDA en el mundo en nuestro país, en su provincia o localidad. Su historia. Perspectivas futuras.

Tiempo: 1 hora

Recursos: retroproyector, transparencias.

Actividad # 7: Riesgo reproductivo y su control. Planificación familiar

Sesión 1: De la sexualidad ¿Quiero saber... ?

Recurso dinámico: Pregunta escrita anónima

Desarrollo:

El coordinador entregará papel y lápiz a los integrantes del grupo y les dirá que es muy importante satisfacer sus dudas, inquietudes e incluso los temores relacionados con la sexualidad, el amor, el erotismo y las relaciones de pareja. Se les informa que disponen de más o menos 10 minutos para que escriban de manera anónima una, dos o varias preguntas acerca de algún aspecto de la sexualidad que le genere curiosidad. Esta pregunta puede ser una inquietud personal o de un amigo/a.

Se les sugiere escribir todas las preguntas que deseen, reuniéndolas y agrupándolas por tema para darle respuesta.

El coordinador leerá en voz alta las interrogantes y antes de responder solicitarán un criterio o respuesta sobre las mismas. Después de contestar las preguntas el coordinador y el invitado cierran la sesión y dejan un espacio abierto por si surgieran nuevas interrogantes e inquietudes.

Sesión 2 Riesgo reproductivo. Su control

Objetivos:

Explicar en qué consiste el riesgo reproductivo

Identificar los riesgos en cada uno de los/as adolescentes

Analizar las posibilidades de control del riesgo

Contenidos:

- Concepción de riesgo reproductivo
- Los riesgos en la adolescencia
- El control del riesgo

Recursos: Pápelografo, plumones, hojas y lápiz

Desarrollo:

El coordinador tendrá preparado dos pápelografos con los siguientes subtítulos: ser saludable, estar enfermo.

El coordinador pedirá características de cada uno de estos estados, cuando se hayan agotado las ideas del grupo el coordinador pondrá un nuevo pápelografo con el subtítulo:

Propuesta alternativa

El coordinador introducirá el concepto factor de riesgo y su relación con la vulnerabilidad a la enfermedad. Se pedirá a los/as adolescentes que piensen en que consiste el riesgo reproductivo.

El coordinador resumirá los riesgos que quedarán escritos en el pápelografo o pizarrón. Seguidamente: Los participantes van manifestando ideas que puedan prevenir o controlar los riesgos, al final cada riesgo se enlaza con la medida más lógica y eficaz. Los adolescentes identificarán los riesgos a los que están expuestos.

A continuación: Los/as adolescentes se colocarán en círculo, irán tirando una pelota, al que le toque la pelota explicará las medidas que pueden tomarse para controlar los riesgos. Se concluirá la actividad con un resumen de las medidas de control en dependencia del tipo de riesgo.

Duración: 1 hora

Actividad #8 Planificando mi sexualidad.

Objetivos:

Sensibilizar al grupo de los adolescentes con su derecho a una sexualidad sana y segura

Desarrollar responsabilidad con respecto a la libre determinación de su sexualidad

Contenidos:

- Sexualidad sin riesgos. Anticoncepción
- Selección de pareja
- Aprender a decir NO

Recurso dinámico: "Te puedes embarazar si..."

El coordinador pide a los participantes que piensen acerca de cosas que hayan oído y que completen esta oración: "Una muchacha se puede embarazar si..." Después tomará cuatro o cinco respuestas y se discutirá en el grupo si están o no de acuerdo con ellas. Al final de la actividad el coordinador explicará qué medidas se pueden tomar para evitar el embarazo.

Recurso dinámico: La gallinita ciega

Se dividirá el grupo en dos subgrupos, un subgrupo será vendado y se le dará vuelta, el coordinador dará la orden de encontrar pareja en el otro subgrupo. Cuando están todas las parejas se le pide a los vendados que describan las cualidades de sus parejas. Se concluye la actividad haciendo similitudes con el Entrega un huevo de papier maché a cada uno de los participantes y da la siguiente consigna:

Este huevo es un bebé, cada uno de ustedes es responsable por la vida de ese bebé, desde ahora y hasta la próxima sesión ustedes tendrán que alimentarlo, bañarlo, atenderlo y cuidarlo.

Sesión 4 Planificando mi familia

Objetivos:

Analizar los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo.
Conocer las responsabilidades afectivas y económicas y los aspectos positivos y negativos de la crianza de un hijo

Contenidos:

- 2- Sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo
- 3- Responsabilidades económicas y afectivas de tener un hijo
- 4- Importancia de la planificación familiar

Recursos: Pápelografo, crayolas, lápices y hojas de papel.

Recurso dinámico: Paternidad/Maternidad ¿Ahora o después?

El coordinador explicará que la decisión de tener un hijo debe ser muy bien analizada. Dividirá el grupo en cuatro subgrupos, dará a cada subgrupo una hoja de papel con una categoría: Educación/carrera, Amigos/vida, Finanzas/dinero,

Rutina diaria. Se les pide que piensen en qué forma un hijo afectaría las áreas de sus vidas que se mencionan, tanto positivo como negativo. Se darán 10 minutos para pensar en los cambios positivos y anotarlos en una hoja.

Se compartirán las ideas entre los subgrupos y se debatirán los puntos de discusión.

Recurso dinámico: Mi desempeño como mamá/papá

El coordinador pide a los participantes que muestren el huevo de la sesión anterior. Cada adolescente expresará sus vivencias de cómo cumplió con esa responsabilidad. Se escribirán en el pápelografo o pizarrón los pensamientos y sentimientos positivos y negativos que expresen.

Encuesta de salida. Se aplica nuevamente la encuesta

Cierre de la sesión y el programa.

Recurso dinámico: "Las tres sillas" se pedirá a los participantes que cada uno exprese en una frase como llegó, cómo está, como se va. Se dará las gracias por la participación.

Duración: 1 hora