

**REPÚBLICA DE CUBA**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Dr. JOSÉ ASSEF YARA**  
**POLICLÍNICO NORTE MORÓN**



TÍTULO: Intervención educativa sobre Salud Reproductiva en adolescentes del Consultorio 20 del Embarcadero. Municipio Morón, 2009.

**AUTOR: Dr. Leyvis Reyes Quincoses.**  
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tesis para optar por el Título de  
Master en Atención Integral a la Mujer**

**2009**

**REPÚBLICA DE CUBA**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Dr. JOSÉ ASSEF YARA**  
**POLICLÍNICO NORTE MORÓN**



***TÍTULO: Intervención educativa sobre Salud Reproductiva en  
adolescentes del Consultorio 20 del Embarcadero.  
Municipio Morón, 2009.***

**TUTOR: Dr. Roberto Expósito Menocal.**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.  
Master en Urgencias Médicas.

**ASESOR: Dr. Carlos Rodríguez de Bernardo.**

*Especialista de Segundo Grado en Ginecobstetricia.*  
Master Atención Integral a la mujer.  
Profesor Auxiliar

**Tesis para optar por el Título de  
Master en Atención Integral a la Mujer**

**2009**

# *PENSAMIENTO*

*“El lado triste de todo juego es que es preciso comenzar por aprenderlo”*

# *DEDICATORIA*

*A mi familia, por su constante inspiración  
en mis esfuerzos,  
A mi esposa e hijo  
A la Revolución Cubana*

# *AGRADECIMIENTOS*

*A mi familia por el apoyo brindado en todo momento,*

*Finalmente mi gratitud a todos los que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo*

## **INDICE**

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Resumen	-
Introducción	1
Objetivos	6

Capítulo I Fundamentación Teórica -----	7
Capítulo II Fundamentación Metodológica -----	20
Capítulo III Análisis y discusión de los resultados -----	30
Conclusiones -----	39
Recomendaciones -----	40
Referencias Bibliográficas -----	41
Anexos -----	-

## *RESUMEN*

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio Pre-experimental (antes-después) de tipo intervención educativa con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre Salud Reproductiva a mujeres adolescentes del Consultorio #20 del Embarcadero, Municipio Morón, en el período comprendido desde mayo 2008 a mayo del 2009. El universo de estudio y muestra estuvo constituido por el total de población de mujeres adolescentes de 10-19 años (70), considerando criterio de exclusión aquellas que no dieron su consentimiento informado y que durante el transcurso de la investigación presentaron tres ó más ausencias a los encuentros planificados. Se le aplicó un cuestionario que permitió caracterizar al universo de estudio según variables demográficas y conocimientos sobre el tema. Acorde a las necesidades de aprendizaje se confeccionó una estrategia educativa y posteriormente se aplicó nuevamente el cuestionario evaluando la

efectividad de la intervención. Antes de la intervención existían pocos conocimientos sobre el tema, ellos los relacionados con los síntomas de las ITS así como en los controles de seguimiento de la anticoncepción hormonal. Después de su aplicación se logró incrementar significativamente los mismos, así como modificar la percepción del riesgo de las adolescentes sobre Salud Reproductiva. Los datos fueron procesados en una computadora Pentium IV, utilizando el paquete estadístico EPINFO 2002 , donde se calculó el porcentaje como medida resumen y el porcentaje de variación como medida de comparación. Los resultados se mostraron en tablas de distribución de frecuencias. Las diferencias estadísticas de las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de McNemar. La discusión de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos, comparándolos con los resultados de otros estudios similares. Se emitieron conclusiones y recomendaciones.

**Palabras Claves:** Intervención educativa, adolescencia, Salud Reproductiva.

# *INTRODUCCIÓN*

## **INTRODUCCIÓN**

### **Planteamiento del problema:**

La adolescencia ha sido tradicionalmente considerada como un período libre de problemas de salud, sin embargo las características psicológicas, biológicas y de comportamiento de los adolescentes y su actitud reticente ante los servicios sanitarios, hacen necesarias y pertinentes actividades de salud preventivas, educativas y asistenciales específicamente diseñadas para jóvenes y adolescentes en términos de cuidados de salud sexual y reproductiva adecuadas a sus expectativas y necesidades.

La adolescencia es una época de grandes oportunidades y cambios. También es época de gran vulnerabilidad. Los programas que ofrezcan información, aseguren el acceso a los servicios y desarrollen habilidades para la vida resultan cruciales para el futuro de esta población.<sup>1</sup>

Un gran número de adolescentes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH, y otros problemas graves de salud de la reproducción.

Mientras un embarazo temprano puede tener un enorme impacto sobre la vida de un adolescente, la iniciación temprana de las relaciones sexuales también presenta riesgos, tales como la exposición a las enfermedades de transmisión sexual.<sup>2</sup>

Los adolescentes son los adultos de mañana y constituyen una proporción substancial de la población. 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 de gozan los otros miembros.

La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta.

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto ,a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es en etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño<sup>1</sup>.

**Hipótesis del trabajo:**

De esta forma nos enfrentamos al siguiente problema científico. ¿Tendrán las adolescentes del consultorio #20 del Embarcadero suficientes conocimientos sobre los aspectos de salud reproductiva a esa edad?

Partimos de la Hipótesis Científica que si se aplicara una estrategia educativa se elevaría el nivel de conocimientos sobre los aspectos de la salud reproductiva a estas edades.

**Antecedentes:**

Con aproximadamente mil millones de adolescentes, hoy en día el mundo está experimentando la mayor población adolescente de la historia. Como resultado, la salud reproductiva de los adolescentes es un componente cada vez más importante de la salud global.<sup>2</sup>

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las adolescentes se crean aptas para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y una paternidad precoz<sup>3</sup>.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 20 adolescentes en el mundo se contagia con una enfermedad de transmisión sexual al año.<sup>4</sup>

Anualmente, casi un millón de adolescentes (el 10% de todas las mujeres entre 15 y 19 años y el 19% de todas aquellas que han tenido relaciones sexuales) quedan embarazadas. Los puntos en debate acerca del embarazo en la juventud son numerosos, políticamente controvertidos y tienen un gran significado emocional. Además de analizar la causa obvia, la cual consiste en tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos adecuados durante la adolescencia, se deben analizar muchos otros factores. Debido a que ningún método anticonceptivo es 100% seguro, la abstinencia es la única forma de prevenir el embarazo.

Las estadísticas muestran que el 24% de las chicas han tenido relaciones sexuales antes de la edad de 15 años y el porcentaje aumenta a un 66% con respecto a las adolescentes solteras que, a la edad de 19 años, ya tienen vida sexual. Los estudios muestran que a la edad de 20 años el 77% de las mujeres son sexualmente activas.

Las razones por las cuales los adolescentes no adoptan métodos efectivos de anticoncepción en las prácticas sexuales es un tema de gran debate.

Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta, además su maduración sexual cada vez más temprana los lleva a la búsqueda de las relaciones sexuales como inicio de la vida sexual activa. Estas características condicionan a mantener comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas comunes de las ITS, lo cual se agrava por falta de conocimiento real acerca de los mismos.

Aproximadamente la mitad de las infecciones por el VIH en el mundo ocurre entre las personas de 25 años y menores de 25 años de edad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los países industrializados, dos de cada tres ITS ocurren entre los menores de 24 años de edad, y se cree que la proporción de jóvenes infectados es incluso mayor en los países en desarrollo.<sup>3-4</sup>

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 41 095, cada hora 1 712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes<sup>5-6</sup>.

En nuestro país la atención a los adolescentes está siempre presente en los programas y acciones de salud. En el 2005, este grupo representó alrededor de 15% del total de la población, y 73,8% residía en zonas urbanas, sin diferencias importantes por sexo o subgrupos de edad. La tasa de fecundidad en las adolescentes se redujo de 48,3 por 1.000 mujeres de esta edad en el año 2001 y a 41,1 en el 2005. En el año 2000 se registró un total de nacimientos de 14 3528 de estos 18 325 en las edades comprendidas entre 15 - 19 años y 510 nacimientos en menores de 15 años<sup>7-9</sup>.

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, aunque continúa siendo esta entidad una problemática.

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.

En nuestro municipio en el año 2006 se reportaron 78 embarazos en adolescentes, predominando en las edades comprendidas entre 18 y 19 años respectivamente. En el año 2007 se registraron 23 embarazos en edades tempranas, de estos 6 correspondieron a embarazadas del consultorio #20 del Embarcadero y en el año en curso se han reportaron 7 adolescentes embarazadas<sup>9</sup>.

Durante mi experiencia como médico en el consultorio, me he percatado que existen pocos conocimientos sobre el tema y además debido al incremento observado de estos problemas de salud podemos asegurar que la intervención es factible ya que contamos con los recursos necesarios, además de ser oportuna y trascendente por ser un grupo etario vulnerable. Por lo anterior nos hemos trazado el propósito de realizar esta investigación con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre Salud Reproductiva a las mujeres adolescentes del Consultorio #20 del Embarcadero, Municipio Morón, en el período comprendido desde mayo 2008 a mayo del 2009.



# OBJETIVOS

## OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

1. Elevar los conocimientos relacionados con salud reproductiva a mujeres adolescentes, del Consultorio Médico de la Familia No. 20 del Embarcadero, Morón en el período comprendido Mayo 2008- Mayo 2009

### **Objetivos específicos:**

1. Distribuir la población en estudio según variables demográficas: edad.
2. Diagnosticar el nivel de conocimientos que poseen las adolescentes sobre Salud Reproductiva en relación con: Definición, Tipos de ITS, Métodos anticonceptivos, Embarazo en la adolescencia.
3. Aplicar una intervención educativa en base a las necesidades de aprendizaje identificadas.

4. Evaluar los conocimientos después de efectuada la intervención educativa.

# MARCO TEÓRICO

## **CAPÍTULO I.**

### **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA**

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio.

Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia. Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. El término *transición* remite a la idea de dinamismo y pasaje que no debe estar en contradicción con la delimitación de características propias y definitorias. Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión<sup>1</sup>.

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de llevar una vida sexual segura y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducción y la libertad de decidir sí, con qué frecuencia procrean, derecho a ser informados y tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad de su elección, seguros, efectivos, sostenibles y aceptables, así como acceso a otros métodos de regulación de la fecundidad, y el derecho a tener servicios de salud apropiados que capaciten a la mujer a tener un embarazo y partos seguros y provean a las parejas de mayores posibilidades de tener un hijo saludable<sup>2</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica aunque, en algunas de ellas, dicho mecanismo no es el más importante. Esta denominación sustituyó en la década de los 70 a la clásica denominación de “enfermedades venéreas” (relacionadas con Venus, diosa del amor)

que durante varios siglos pretendía expresar de forma disimulada el riesgo de adquirirlas con las relaciones sexuales. En esta denominación clásica se incluyeron sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, por lo que la actual definición permite englobar aquellas enfermedades identificadas recientemente, causadas por microorganismos, en los que la transmisión sexual es relevante.

La adolescencia es un periodo de la vida en la que es frecuente la experimentación sexual, siendo la actividad sexual de los adolescentes no planificada ya que el sexo para los adolescentes es una fuente de placer y confirmatorio de su libertad. En la relación sexual, el sexo se percibe como algo espontáneo y romántico, excluyendo el planteamiento de las medidas de prevención frente a ITS y SIDA. Para las chicas adolescentes las relaciones sexuales tienden a ser más psicoafectivas que para el varón, buscando ser aceptadas, deseadas, cuidadas y protegidas.

### ***Factores de riesgo para las ITS en los adolescentes:***

La adolescencia ha sido señalada como una etapa en la que existe un elevado riesgo de exposición a las ITS. En este mayor riesgo están implicados una serie de factores que vamos a desarrollar.

#### **➤ FACTORES BIOLÓGICOS**

La inmadurez del sistema reproductivo de las adolescentes supone una mayor susceptibilidad para las ITS por diferentes motivos:

- El epitelio poliestratificado cornificado que reviste la vulva ofrece una menor resistencia de forma fisiológica en las niñas púberes.
- Menor resistencia de la mucosa vaginal.
- En la postmenarquia aparece una mayor zona de ectopia en el cérvix uterino.
- Es posible que con la edad se adquiera cierta inmunidad y resistencia a algunos patógenos transmitidos sexualmente.

#### **➤ ACTIVIDAD SEXUAL**

##### **Edad de inicio de la actividad coital**

Se ha producido un adelantamiento en la edad de inicio de la actividad coital y una tendencia a la equiparación de la edad entre los dos sexos en la primera relación coital.

##### **Número de parejas sexuales**

Cuando existe un mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de adquirir una ITS, sobre todo cuando existe más de 6 compañeros sexuales en el último año.

### **Prácticas sexuales**

Las pacientes con ITS exhiben una mayor conducta sexual de riesgo que la población general y el punto culminante del problema de continuar la conducta sexual de riesgo está entre los jóvenes varones homosexuales.

#### ➤ **FACTORES PSICOSOCIALES**

La adolescencia es una etapa marcada por cambios psicológicos con inestabilidad psicológica y emocional e importantes contradicciones. La adolescencia es un período de la vida en el que en la búsqueda de la propia identidad es frecuente la experimentación, tanto a nivel de sustancias tóxicas como de relaciones sexuales con la realización de prácticas de riesgo (por ejemplo tragar semen, coito anal en adolescentes homosexuales o bisexuales).

### **FACTORES EDUCATIVOS**

La falta de educación sexual actúa como un factor de riesgo para las ITS. Existe una escasa e incompleta educación sexual e información de las ITS, con una gran ignorancia por parte de los adolescentes de los aspectos relacionados con las mismas, con importantes minorías de jóvenes que se comportan de manera audaz. Esta falta de educación se ha debido al temor a incitar las relaciones sexuales, pero en un informe de la OMS se destaca que la educación sexual no fomenta una mayor actividad sexual sino que más bien lo que hace es retrasar el inicio de las relaciones sexuales y potenciar un mejor uso de los métodos anticonceptivos. Los programas de educación sexual reducen el riesgo de relaciones sexuales no protegidas.

#### ➤ **USO DE DROGAS**

La incidencia y prevalencia de drogadicción de las “drogas blandas” (tabaco, alcohol, analgésicos) y “duras” (heroína, cocaína....), referidas a las etapas de comienzo como a las etapas de consumo son altamente significativas en adolescentes y jóvenes.

#### ➤ **FACTORES AMBIENTALES**

Existe una gran influencia por parte de los medios de comunicación social (cine, televisión, revistas, cómics, publicidad..), en donde se bombardea a los adolescentes con mensajes sobre lo atractivo del sexo sin orientar en los aspectos Preventivos<sup>1,11</sup>.

### **DIAGNOSTICO DE LAS I.T.S.**

Las I.T.S. presentan una gran variedad de síntomas y signos que en ocasiones se asemejan a otras entidades, lo que puede confundir al médico no bien entrenado en su diagnóstico, por lo general la sintomatología es más florida en el varón que en la mujer, lo que demora en esta última el diagnóstico y tratamiento y por lo tanto el pronóstico es más reservado en ellas. Entre los síntomas más comunes en las mujeres se encuentran:

- ⇒ **Dolor abdominal:** Cuando aparece puede indicar que el proceso infeccioso ha ascendido y se ha diseminado a útero, trompas de Falopio, ovarios y en ocasiones a peritoneo, es el cuadro típico de la enfermedad inflamatoria pélvica que puede acompañarse o no de otros síntomas como fiebre, náuseas y vómitos. La causa más común de este cuadro es la gonorrea y la clamidiasis.
- ⇒ **Leucorrea:** La presencia de una leucorrea purulenta, muco-purulenta, blanca grumosa o amarillo verdosa, puede reflejar la presencia de una I.T.S., si no se relaciona a otros síntomas puede tratarse de una vulvovaginitis, cervicitis o ambas, cuando se asocia a dolor pélvico y fiebre entra a formar parte del cuadro clínico de la enfermedad inflamatoria pélvica cuya etiología y sintomatología ya hemos comentado. Por lo general las vulvovaginitis por I.T.S. responden casi siempre a una infestación por trichomonas, monilias o vaginosis bacteriana.
- ⇒ **Uretritis:** La secreción purulenta por la uretra y disuria es mucho más común en el varón que en la mujer, pero en ocasiones puede también presentarse dentro del cuadro clínico general de las I.T.S. en la mujer.
- ⇒ **Sepsis Urinaria:** La cistitis y sepsis urinaria causada por I.T.S. es poco común, pero se describe la posibilidad de que las I.T.S. debuten con un cuadro típico de infección urinaria, la aparición de estos síntomas en un período de 24 a 72 horas posteriores a una relación sexual no protegida debe hacernos pensar en este diagnóstico.

⇒ **Presencia de verrugas, úlceras y fisuras genitales:** La aparición de estas lesiones nos debe hacer descartar la infección por I.T.S., las más comunes son el Condiloma Acuminado (HPV), Condiloma Plano, (Sífilis), Herpes Simple Genital (úlceras y fisuras) y el Chancro Sifilítico.

⇒ **Adenopatías Inguinales:** La presencia de nódulos o adenopatías inguinales debe hacernos indagar por antecedentes de úlceras u otras lesiones genitales sugestivas de I.T.S., por lo que siempre debemos pesquisarlas ante estas manifestaciones.

Por último no debemos dejar de mencionar al SIDA, la más temida y letal de todas las I.T.S., con un gran polimorfismo sintomático, caracterizado fundamentalmente por astenia, anorexia, pérdida de peso, diarrea crónica, febrícula y la aparición de infecciones oportunistas, se describe también la alta asociación de la infección por VIH con otras I.T.S., por lo que siempre que sospechemos la presencia de una I.T.S. debemos de indicar un test para pesquisaje de infección por VIH<sup>12</sup>.

## **ANTICONCEPCIÓN**

La contracepción en los adolescentes tiene una doble vertiente fisiológica y de comportamiento. Parece evidente que en el adolescente es esencial que el método anticonceptivo elegido le ofrezca una protección tanto frente a enfermedades de transmisión sexual (ITS) como frente a embarazos no deseados.

En este contexto los métodos de barrera, principalmente el preservativo masculino, cumplen esta doble función y están especialmente indicados, tanto como método de elección en las primeras relaciones sexuales como si se usa como método de refuerzo (doble protección).

Los métodos de barrera se pueden clasificar en

1. De uso masculino: preservativo o condón.
2. De uso femenino:
3. • Espermicidas (cremas, óvulos, espumas,...).
4. • Barreras mecánicas no medicadas:
5. – Diafragmas vaginales.
6. – Capuchones cervicales.
7. – Preservativos femeninos.

8. • Barreras mecánicas medicadas:
9. – Esponjas vaginales.

## **PRESERVATIVO MASCULINO**

### **Indicaciones**

Las indicaciones del preservativo masculino como anticonceptivo incluyen:

1. Deseo expreso de la pareja de usarlo como método anticonceptivo.
2. Contactos sexuales ocasionales o imprevistos.
3. Contraindicación de otro método hormonal o mecánico.
4. Refuerzo en casos de mal uso de píldoras.
5. Protección frente a ITS y especial del HIV.

## **PRESERVATIVO FEMENINO**

El preservativo femenino tiene la ventaja de que puede ser controlado por la mujer tanto para evitar el embarazo como las ITS. A diferencia del preservativo masculino ofrece una protección vulvar adicional frente a condilomas acuminados y úlceras sifilíticas siempre que se coloque antes del contacto sexual.

## **MÉTODOS NATURALES – REGULACIÓN NATURAL DE LA FERTILIDAD**

### **CONCEPTO**

La existencia de fases fértiles y estériles en el ciclo menstrual, hace posible el uso de los llamados métodos naturales de regulación de la fertilidad o planificación familiar natural (MNPF). Los MNPF son por tanto, aquellos que se basan en la observación de las variaciones que fisiológicamente, se producen durante el ciclo menstrual de la mujer con el fin de evitar o buscar un embarazo. Estos métodos programan las relaciones sexuales en los días del ciclo en los que la probabilidad de gestación es muy baja, cuando se trata de evitar un embarazo, o por el contrario en los días en que esta probabilidad es máxima, si se desea éste.

## **CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS NATURALES**

### **Método del calendario**

Es la técnica más antigua para determinar el período fértil del ciclo menstrual. Se basa en la identificación de dicho período a partir de los registros de los 12 meses anteriores, lo que permite calcular el momento aproximado de la ovulación y a esto hay que añadir el tiempo de posible supervivencia de los espermatozoides.

### **Método de la temperatura basal**

Al igual que el método anterior pretende diferenciar los períodos de alta probabilidad de embarazo de los de baja probabilidad, pero esto lo hace a través de la temperatura corporal. Cuando se produce la ovulación y como consecuencia del efecto termogénico de la progesterona, aumenta la temperatura corporal aproximadamente 0,5°C, normalmente entre 24-48 horas post-ovulación.

### **Método del moco cervical**

El moco cervical sufre unos cambios fisiológicos en sus características como respuesta a los niveles hormonales en las distintas fases del ciclo. Se basa en la abstinencia de relaciones sexuales coitales en los días de moco. Las variaciones que sufre el moco cervical podemos resumirlas en:

- *Menstruación.* El moco cervical, si lo hay, puede quedar enmascarado por el sangrado menstrual.
- *Días secos.* Son los días que suceden a la menstruación, son días sin moco, con sensación de sequedad (días 5º a 8º del ciclo).
- *Días de moco.* Inicialmente el moco es viscoso y turbio, con poca capacidad de estiramiento. Progresivamente (días 11º a 13º), el moco se hace más claro y más fluido hasta alcanzar su mayor grado de fluidez y de estiramiento (día 14º). El último día de moco, se conoce como *día cúspide o pico*. La ovulación suele ocurrir entre dos días antes del día pico y el día inmediatamente siguiente al mismo. No deben mantenerse relaciones sexuales coitales desde que aparezca cualquier tipo de moco hasta cuatro días después del día pico.
- *Días post-pico.* El moco comienza a ser escaso, viscoso y turbio hasta que progresivamente aparece la sensación de sequedad por ausencia de moco (días 17º a 28º).

### **Método de la lactancia y la amenorrea (MELA)**

Se basa en el uso del período infértil que de forma natural tiene la mujer lactante, si la lactancia es a demanda y con descansos nocturnos inferiores a 6 horas, de esta forma, puede proponerse este método a la mujer por un tiempo máximo de 6 meses, aún así, el riesgo de ovulación de este período es del 1 al 5% y éste aumenta al disminuir el número de tomas al día. Debe sustituirse por otro método si la mujer deja de

amamantar de forma exclusiva, si sangra tras el día 56 post-parto o si el bebé tiene más de seis meses.

## **OTROS MÉTODOS**

Hay otras formas de mantener relaciones que en algún caso pueden ser consideradas como método anticonceptivo, aunque no naturales ya que no se basan en la observación de la abstinencia en períodos fértiles.

### **Coito interruptus**

Denominado también *onanismo*, porque fue utilizado por Onan según refiere La Biblia, es un método muy antiguo y consiste en eyacular fuera de la cavidad vaginal.

### **Peeting o juego amoroso**

Este método consiste en excluir el coito de las relaciones sexuales y va desde el beso a la masturbación mutua. Estas prácticas forman parte de la iniciación sexual de los adolescentes en su relación con el sexo opuesto.

### **Método karreza o coitus reservatus**

Este método descrito por antiguas sociedades como la china, consiste en una eyaculación retrograda voluntaria, lo que exige una gran disciplina mental y neurológica. Su uso es muy limitado a determinadas comunidades que interpretan de manera fundamentalista sus creencias.

## **ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA**

Tradicionalmente se ha considerado el Dispositivo Intrauterino (DIU) un método anticonceptivo no recomendable para las adolescentes.

## **ANTICONCEPCIÓN HORMONAL**

La anticoncepción hormonal es la más adecuada en la adolescencia ya que el resto de métodos son sólo útiles en determinadas circunstancias, por ej. en relaciones sexuales esporádicas. Algunos, exigen la cooperación del compañero sexual, otros como los DIU son generalmente inadecuados, los diafragmas poco recomendables, etc. Por tanto atendiendo a estas circunstancias particulares los anticonceptivos hormonales orales (AHO) son de elección en ésta época de la vida.

Los anticonceptivos hormonales para adolescentes, son los mismos que para otras edades, o sea: anticonceptivos hormonales combinados o progestágenos solos, y la

forma de administración puede ser oral, inyectable de depósito, intrauterina o subcutánea.

### **MECANISMO DE ACCIÓN**

El principal mecanismo de actuación de los contraceptivos hormonales combinados, es la inhibición de la ovulación al actuar a nivel hipotálamo-hipofisario evitando la neurosecreción hipotalámica, alterando el mecanismo de “feedback”, del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

### **INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

La principal indicación de la toma de AHO, es la contracepción, aunque como ya hemos apuntado anteriormente, los pequeños desarreglos del ciclo, como: mastodinia, oligo o polimenorrea, hipermenorrea, etc. pueden constituir una buena indicación.

En cuanto a las contraindicaciones, son las mismas que para otros grupos de edad, siendo las más importantes, los antecedentes familiares o personales de patología cardiovascular y aunque relativa, la diabetes, epilepsia y otros trastornos generales que el criterio médico determine.

De modo general debemos concluir que a estas edades a menos que existan enfermedades congénitas o antecedentes muy desfavorables, no suelen existir prácticamente contraindicaciones a la toma de AHO.

### **ANTICONCEPCIÓN HORMONAL INYECTABLE**

La principal indicación de este grupo de contraceptivos es la de aquellas mujeres que no puedan controlar por sí mismas el tratamiento oral.

A esta edad la única contraindicación es la hipercolesterolemia familiar, la obesidad exagerada y el tabaquismo severo.

### **ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL**

Es un tipo de contracepción relativamente frecuente en la adolescencia, ya que existen frecuentemente relaciones sexuales irregulares y no muy controladas.

Es muy importante la difusión de este método, así como su accesibilidad inmediata. Consiste en la administración de estrógenos a altas dosis, progestágenos solos o combinados con estrógenos poco después de la relación sexual o incluso antes de ella. Se conoce también con el nombre de intercepción. Hoy en día se ha añadido una nueva sustancia, el RU 486 o Mifepristone<sup>1,13</sup>.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico.

Definimos como embarazo en la adolescencia, a aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, aquella que ocurre en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica.

Para otros autores como Tomas Silber, el concepto difiere considerando que es *“aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total”*.

## **CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz.

## **INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES**

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

### **Factores biológicos**

Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual.

### **Factores familiares**

El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.

### **Factores ambientales**

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

### **NO UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN**

Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente.

#### **Falta de previsión**

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso.

#### **Falta de Educación Sexual**

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc.

#### **Factores ambientales**

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17% de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber.

#### **Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos**

En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente.

## **DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO**

Habitualmente el embarazo adolescente se suele realizar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Esta actitud suele hacer imposible la realización de una IVE dentro de los plazos legales o bien, en el caso de continuar con el embarazo, retrasa el comienzo de la atención prenatal. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación<sup>1,14-17</sup>.

## **Alcance comunitario**

Con nuestro trabajo investigativo previa aplicación de una estrategia educativa se elevaron los conocimientos que tenían un grupo de adolescentes de nuestro radio de acción comunitario, trayendo consigo un impacto social en nuestra área de salud.

# *MÉTODO*

## ***CAPÍTULO II.***

### ***FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.***

#### ***Diseño Metodológico.***

##### **Caracterización de la investigación**

Se realizó un estudio Pre-experimental (antes-después) de tipo intervención educativa con el objetivo de incrementar los conocimientos sobre Salud Reproductiva a mujeres adolescentes del Consultorio #20 del Embarcadero, Municipio Morón, en el período comprendido desde mayo 2008 a mayo del 2009.

**Universo**

El universo de estudio y muestra estuvo constituido por el total de población de mujeres adolescentes de 10-19 años del Consultorio #20 del Embarcadero (70), teniendo en cuenta los siguientes criterios.

**Criterio de inclusión:**

Mujeres adolescentes que dieron su consentimiento informado para participar en la investigación.

**Criterios de exclusión:**

- Mujeres adolescentes que no cumplieron con los criterios de inclusión.
- Mujeres adolescentes que durante el transcurso de la investigación presentaron tres ó más ausencias a los encuentros planificados.

Este número de personas se dividió en 2 grupos de 35 miembros cada uno, lo cual nos permitió utilizar la técnica de grupos focales.

**Metódica:**

La investigación se subdividió en tres etapas: Diagnóstico, Intervención y Evaluación Final.

*Etapas Diagnóstica*

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con los padres ó tutores de las adolescentes con el objetivo de lograr la participación de

las mismas, lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (anexo 1).

Se explicaron los objetivos del estudio y se aplicó un cuestionario (anexo 2) que permitió caracterizar el universo de estudio teniendo en cuenta las siguientes variables: (objetivo 1).

**Conceptualización y operacionalización de las variables:**

Variable dependiente:

Nivel de Conocimiento: La adquisición de conocimientos a través de la vida de temas relacionados con la Salud Reproductiva.

Variable Independiente

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr elevar el nivel de conocimientos en sectores de la población; debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa discreta	10-14 años  15-19 años	Según edad cronológica.
Nivel de Conocimiento	Cualitativa ordinal	Bien  Mal	Según conocimientos sobre el tema en cuanto a: Definición, Tipos de ITS,

s			Métodos anticonceptivos, Embarazo en la adolescencia.
---	--	--	---

Para dar salida al objetivo 2, a través del cuestionario, se identificaron los conocimientos sobre los diferentes temas de Salud Reproductiva lo que permitió definir los temas que se impartieron teniendo en cuenta las necesidades de aprendizajes detectadas. El mismo fue evaluado según la clave. (anexo 3)

*Etapas de intervención*

Par dar cumplimiento al Objetivo 3 se impartió un Programa Educativo diseñado según las necesidades de aprendizajes encontradas luego de la aplicación inicial de la encuesta.

Se impartieron 8 sesiones de 45 minutos con una frecuencia de 2 veces por semana, lo que hizo un total de 6 horas.

Se procedió a la capacitación del autor en técnicas afectivas y participativas que se utilizaron para facilitar la asimilación y aprendizaje de los temas que se iban a impartir. Se tuvo además la responsabilidad de aplicar una prueba de pilotaje en otro grupo de adolescentes con características similares fuera de este municipio, para comprobar la claridad de la confección del instrumento.

**Programa de Intervención educativa.**

**OBJETIVOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO**

*General:*

*Incrementar los conocimientos de los grupos seleccionados sobre Salud Reproductiva en cuanto a: Enfermedades de transmisión sexual: Generalidades y prevención, Anticoncepción en la adolescencia. Métodos naturales, de barrera y DIU,*

*Anticoncepción hormonal y de emergencia, Embarazo en la adolescencia: Causas, diagnóstico y prevención.*

*Específicos:*

- 1. Definir Salud Reproductiva así como relacionar los aspectos que la involucran.*
- 2. Dar a conocer la situación actual de las ITS, definición, etiología, y cuadro clínico.*
- 3. Lograr la comprensión de las vías de transmisión de las ITS y la epidemiología.*
- 4. Orientar las principales medidas para la prevención de las ITS.*
- 5. Dar a conocer los diferentes métodos anticonceptivos.*
- 6. Explicar las ventajas de la anticoncepción en la prevención de las ETS.*
- 7. Mencionar las principales causas del embarazo en la adolescencia, así como su diagnóstico y prevención.*

**Actividad # 1**

**Tema No.1: Introducción**

*Tiempo: 45 minutos.*

*Objetivos.*

- 1. Presentación del curso y objetivos.*
- 2. Presentar de los participantes (técnica participativa de presentación).*
- 3. Diagnóstico inicial (aplicación del cuestionario).*
- 4. Aplicación de técnica "Expectativa Motivacional".*

**Actividad # 2**

**Tema:** *Introducción sobre las ETS. Situación actual, definición, etiología, y cuadro clínico.*

*Tiempo: 45 minutos.*

*Objetivos:*

- *Mostrar la situación mundial.*
- *Definir las Infecciones de transmisión sexual.*
- *Explicar su etiología y el cuadro clínico.*

*Técnica: Lectura eficiente*

*Lluvia de ideas*

*Medios: Material de apoyo mimeografiado.*

*Dinámica grupal.*

**Actividad # 3**

*Tema: Vías de transmisión y epidemiología.*

*Tiempo: 45 minutos*

*Objetivos:*

- *Explicar la vía de transmisión sexual.*
- *Explicar la vía de transmisión fluidos corporales.*
- *Explicar la vía de transmisión materno -fetal.*
- *Dar a conocer grupos de riesgo a padecer las ITS.*

*Técnica: Lectura eficiente.*

*Medios: Material de apoyo mimeografiado.*

**Actividad # 4**

*Tema: Métodos anticonceptivos.*

*Tiempo: 45 minutos*

*Objetivos:*

- *Mencionar los tipos de anticoncepción y sus características principales.*
- *Métodos anticonceptivos recomendables para la adolescencia.*
- *Explicar las técnicas correctas de sus usos.*

*Técnica: Taller de trabajo por equipos*

*Medios: Material de apoyo mimeografiado.*

### **Actividad # 5**

*Tema: Prevención de las ITS.*

*Tiempo: 45 minutos*

*Objetivos:*

- *Informar sobre la Educación para la salud.*
- *Importancia del control de los factores de riesgo.*
- *Anticoncepción en la prevención de las ITS.*

*Técnica: Demostración*

*Charla educativa*

*Dinámica grupal*

*Medios: Rotafolio*

**Actividad # 6**

*Tema: Diagnóstico y factores causales del embarazo en la adolescencia.*

*Tiempo: 45 minutos*

Objetivos:

- *Síntomas y signos del embarazo en la adolescencia.*
- *Complementarios para confirmar su diagnóstico.*
- *Identificar las causas del embarazo en la adolescencia.*

*Técnica: Demostración*

*Taller de trabajo por equipo.*

**Actividad # 7**

*Tema: Prevención del embarazo en la adolescencia.*

*Tiempo: 45 minutos*

Objetivos:

- *Dar a conocer la importancia del Programa de Planificación Familiar.*
- *Control de los factores de riesgo.*
- *Informar sobre los Programas de Educación sexual.*

*Técnica: Charla educativa*

*Dinámica grupal.*

**Actividad # 8**

*Aplicación de la encuesta final*

*Tiempo: 45 minutos.*

Objetivos:

*Comparar los conocimientos adquiridos después de haber recibido el programa educativo.*

*Técnica: Expectativa motivacional confrontación.*

### Etapa Evaluativa

Se dió cumplimiento al Objetivo 4 con la aplicación de la misma encuesta 6 meses después de terminado el Programa Educativo la cual se evaluó de la misma forma y permitió determinar la variación de los conocimientos sobre el tema luego de la intervención.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social.

**Centrado en el sujeto:** El adolescente es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

**Comunicación horizontal:** Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos

**Métodos educativos:** Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos

**Implicado afectivamente:** Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Los métodos aplicados durante la misma fueron:

#### **Métodos Del nivel teórico:**

- **Análisis – síntesis:** Permitió 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.
- **Análisis histórico –lógico:** Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre los temas de Salud Reproductiva.
- **Inducción – deducción:** Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

- **Hipotético – deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

**Métodos empíricos:**

- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación.
- **La encuesta o instrumento:** Se utilizó como **técnicas** para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las adolescentes que constituyeron la muestra, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca de Salud Reproductiva.

**Técnicas y Procedimientos:**

Obtención de la Información:

Toda la información necesaria para el trabajo se recogió a partir de la aplicación del cuestionario inicial, instrumento que se aplicó nuevamente después de la etapa de intervención como test final.

Procesamiento y Análisis:

La información recopilada en el cuestionario fue procesada en forma computarizada lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium IV utilizando el Sistema EPINFO 2002, donde se calculó el porcentaje como medida resumen y el porcentaje de variación como medida de comparación mediante la fórmula:

$$\% \text{ de variación} = \frac{\text{Diferencia / valor actual} - \text{anterior} \times 100}{\text{Valor Anterior}}$$

Los resultados se mostraron en tablas de distribución de frecuencia y las diferencias estadísticas de las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de McNemar.

Discusión y síntesis de los resultados:

La discusión de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos, comparándolos con los resultados de otros estudios similares tanto nacionales como internacionales que nos permitieron llegar a conclusiones propias y

sugerir recomendaciones al respecto. Se acotó la bibliografía según el sistema de Vancouver.

Para dar respuesta a los objetivos propuestos se confecciono un informe final teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y los principios de la ética médica que resguarda la información y el respeto al individuo; cumpliendo para ello con los requisitos docentes exigidos por el departamento de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

***Control semántico:***

*Prueba de McNemar:* Es una prueba adecuada para analizar variables pareadas dicotómicas. La prueba de McNemar es debida al psicólogo Quinn McNemar (1900-1986), que publicó sus resultados en la revista "Psychometrica" en 1947 y es autor del libro "Psychological Statistics" (1949) donde se muestra muy crítico con el uso indiscriminado del p valor.<sup>18</sup>



# RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## CAPITULO III.

### RESULTADOS y DISCUSIÓN.

**Tabla 1:** Distribución de las adolescentes según grupo etario. Consultorio #20 El Embarcadero, Municipio Morón. Mayo 2008-Mayo 2009.

Grupo etario (años)	Mujeres adolescentes	
	No.	%
10-14	30	42,9
15-19	40	57,1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

La tabla 1 muestra la distribución de mujeres adolescentes según su grupo etario, pudiendo observar un predominio en el grupo de 15-19 años, lo cual representa un 57,1% del total. Estos datos se corresponden con la bibliografía consultada<sup>19</sup>.

**Tabla 2:** Conocimiento de las adolescentes sobre concepto de ITS.

CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
<i>Bien</i>	5	7.1	70	100
<i>Mal</i>	65	92.9	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

% de variación: 1300%

Valor de p:< 0.05

**Fuente: cuestionario**

En la tabla 2 se analiza el conocimiento que tienen las adolescentes acerca del concepto de ITS antes y después de la intervención educativa. Encontramos que sólo el 7.1% contestaron bien la pregunta al inicio mientras que después de la intervención el 100% respondieron correctamente, lo cual da la medida de la eficacia de la intervención respecto a este aspecto, ya que obtuvimos resultados estadísticamente significativos con un valor de  $p < 0.05$  y % de variación de 1300.

Se demuestra una vez más que la educación es un factor fundamental para una buena salud sexual, lo cual está en concordancia con el trabajo realizado por José Manuel Hernández Gutiérrez y Jean Carlos Toll Calviño<sup>20</sup>.

**Tabla 3:** Conocimiento sobre tipos de ITS.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	3	4.3	67	95.7
<i>Mal</i>	67	95.7	3	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**% de variación: 2133.3%**

**Valor de  $p < 0.05$**

**Fuente: cuestionario**

Al analizar el conocimiento que tienen las adolescentes sobre los diferentes tipos de ITS antes y después de la intervención (tabla 3), se pudo apreciar la notable diferencia entre sus resultados, siendo un 95.7% de su totalidad los que contestaron mal al inicio, contra solo un 4.3% que contestó bien. Después de realizada la intervención, se obtuvieron resultados positivos (95,7% evaluado de bien) y sólo un 4.3% se mantuvo mal después de la intervención educativa, lo cual representa un **% de variación** de 2133.3 y estadísticamente resultó ser altamente significativo ( $p < 0,05$ ).

La información a las adolescentes a través de la escuela es muy poca, a pesar de que transcurre en ésta la mayor parte de su tiempo y es por eso que coincidimos con otros autores que señalan la necesidad de que los distintos factores sociales que participen en el proceso de instrucción y educación de las nuevas generaciones, reconsideren en

qué medida pueden hacer llegar oportunamente la información que les permita a los jóvenes regular y autodirigir las manifestaciones de su sexualidad.<sup>7</sup>

A los 15 años se encuentran relaciones promiscuas en la mayoría de los adolescentes, lo que puede deberse entre otros factores, a una pobre comprensión sobre la sexualidad y las ITS que los conduce a una falsa percepción de riesgo a contagiarse. Esto demuestra lo necesario de intervenir para modificar el nivel de conocimiento de las adolescentes, aportando información que permita a cada individuo desarrollar una conducta sexual sana, permitiendo identificar adecuadamente los tipos de ITS<sup>21</sup>.

**Tabla 4:** Conocimiento sobre síntomas y signos de las ITS.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	2	2.9	67	95.7
<i>Mal</i>	68	97.1	3	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**% de variación: 3250 %**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

La identificación de los síntomas de las ITS constituye un pilar fundamental en su diagnóstico, control y seguimiento, siendo de vital importancia en este grupo de edad vulnerable. Al evaluarse esta temática un 97.1% demostró pobre conocimiento, contra un 2.9% que estuvo bien. Una vez concluido el programa el 95.7% de las adolescentes obtuvo buenos resultados, no siendo así un 4.3% que quedó mal después de la intervención.

Nuestros resultados coinciden con estudios realizados por otros autores quienes además resaltan que es frecuente en este sexo, que las portadoras de ITS no tengan síntomas y propaguen la infección de forma silente. Esto complica aún más los programas de atención, porque se necesitan intervenciones particulares para la detección de las personas asintomáticas.<sup>22,23</sup>

**Tabla 5:** Conocimiento sobre factores de riesgo de las ITS.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	6	8.6	69	98.6
<i>Mal</i>	64	91.4	1	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**% de variación: 1050%**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

El alcoholismo, la drogadicción, las relaciones sexuales precoces y la falta de educación sexual fueron aspectos abordados en esta pregunta, donde un 91.4% del estudio estuvo mal al principio de la intervención.

Se aplicó el programa educativo resultando una positividad de un 98.6%, siendo bastante significativo y un % de variación de 1050, sólo un 1.4% no pudo evaluarse correctamente al final de la intervención.

Es apreciable la modificación en el nivel de conocimiento después de la intervención, pues aumentó el grado de preocupación y un mayor número de adolescentes reconocen el riesgo de contraer ITS, lo que consideramos esencial para que un individuo modifique su conducta y se proteja.

Estos resultados se corresponden con estudios realizados por otros autores<sup>23</sup>.

**Tabla 6:** Conocimiento sobre la prevención de las ITS.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	4	5.7	70	100

<i>Mal</i>	66	94.3	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**% de variación: 1650%**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

La educación para la salud es uno de los elementos preventivos más útiles y debería realizarse de forma sistemática y universal en las comunidades donde realizamos nuestro trabajo, iniciándola antes del inicio de la actividad sexual, cuando no se han comenzado las conductas de riesgo, ya que es más fácil enseñar conductas positivas que intentar cambiar conductas de riesgo arraigadas.

En la tabla 6 se evalúa el conocimiento referente a este tema, en la cual se observa al comienzo de la intervención un 94.3% de evaluaciones mal. En la fase final del programa educativo se pudo constatar que el 100% de las adolescentes obtuvo la evaluación de bien. A nivel internacional se encuentran investigaciones que corroboran nuestros datos.<sup>2</sup>

**Tabla 7:** Conocimiento sobre la identificación de métodos anticonceptivos naturales.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	1	1.4	69	98.6
<i>Mal</i>	69	98.6	1	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**% de variación: 6800%**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

La abstinencia periódica, en la que se basan los métodos naturales, se encuentra incluida en el grupo de métodos menos aceptables en esta edad. Esto es porque entre las adolescentes, la ovulación es muy irregular y difícil de calcular con certeza, por tanto, es una protección poco efectiva frente a un embarazo, y porque estos métodos no cubren los riesgos potenciales de las ITS, siendo este colectivo el que presenta una

mayor incidencia de las mismas (Rosenfeld diagnosticó VPH, Virus del Papiloma Humano, en un 38% de las adolescentes sexualmente activas). No obstante, debemos decir que estos métodos son de bajo costo, reversibles e ino cuos y aunque ningún método es perfecto para todo el mundo y éste en concreto es poco aceptable para adolescentes, la elección depende de la situación personal, social, religiosa y edad de la usuaria.<sup>1</sup>

En la tabla 7 se relaciona esta temática, donde se pudo apreciar diferencia significativa, siendo este evaluado al inicio del estudio sólo de un 1.4% de evaluaciones bien.

Después de efectuada nuevamente la estrategia educativa se obtuvo un 98.6% de evaluaciones bien, sólo un 1.4% del estudio no logró adquirir los conocimientos lo cual resultó altamente significativo ( $p < 0.05$ ), con un % de variación de 6800.

Estos resultados se corresponden con estudios realizados a nivel nacional y en otros países subdesarrollados donde no existe información suficiente en la adolescencia sobre educación sexual y el uso adecuado de métodos anticonceptivos.<sup>25,26</sup>

**Tabla 8:** Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la prevención de las ITS.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	7	10	70	100
<i>Mal</i>	63	90	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**% de variación: 900 %**

**Valor de  $p < 0.05$**

**Fuente: cuestionario**

La prevención constituye el elemento esencial para cambiar o disminuir los comportamientos de alto riesgo de contagio de ITS.

La contracepción en los adolescentes tiene una doble vertiente fisiológica y de comportamiento. Parece evidente que en el adolescente es esencial que el método anticonceptivo elegido le ofrezca una protección tanto frente a infecciones de transmisión sexual como frente a embarazos no deseados.<sup>1</sup>

La tabla 8 aborda esta temática, pudiendo apreciar que el 90% de las adolescentes conocían poco sobre estos métodos, ya 6 meses después de aplicada la intervención

se lograron incorporar estos conocimientos para un 100% de evaluaciones bien, lográndose un elevado **% de variación** con resultados estadísticamente significativos. La educación es esencial para promover la adopción de prácticas sexuales seguras y para ayudar a aquellos que están expuestos al riesgo de infección por las conductas de otros. Esto coincide con otros estudios similares sobre el tema en cuestión.<sup>26</sup>

**Tabla 9:** Conocimiento sobre controles de seguimiento en la anticoncepción hormonal.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	1	1.4	68	97.1
<i>Mal</i>	69	98.6	2	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**% de variación: 6700 %**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

La anticoncepción hormonal es la más adecuada en la adolescencia ya que el resto de métodos son sólo útiles en determinadas circunstancias.

En la tabla 9 se muestra que al inicio de la intervención existía poco conocimiento en relación a los controles de seguimiento en la anticoncepción hormonal, reflejado en un 98.6% de evaluaciones mal. Al finalizar la estrategia el 97.1% de las adolescentes obtuvo buena evaluación, siendo estadísticamente significativo y con alto **% de variación**, quedando sólo un 2.9% del estudio mal al finalizar la estrategia educativa. Estos resultados se corresponden con otros trabajos a nivel internacional.<sup>27</sup>

**Tabla 10:** Conocimiento sobre factores causales del embarazo en la adolescencia.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	5	7.1	70	100
<i>Mal</i>	65	92.9	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**% de variación: 1300%**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes: El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos.<sup>1</sup>

Sobre este tema nos muestra la tabla 10, donde un 92.9% obtuvo evaluaciones de mal al principio de la investigación.

Una vez aplicada nuevamente la encuesta se pudieron apreciar resultados significativos lográndose el 100% de evaluaciones bien después de la intervención. Esta tabla nos permite concluir que al inicio del estudio el problema radicaba en la falta de educación sexual, el desconocimiento de los métodos disponibles y por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo. Al concluir la intervención se incrementaron los conocimientos sobre este tema, coincidiendo con trabajos similares.<sup>28</sup>

**Tabla 11:** Conocimiento sobre síntomas del embarazo.

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>ANTES</b>		<b>DESPUÉS</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<i>Bien</i>	4	5.7	70	100
<i>Mal</i>	66	94.3	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**% de variación: 1650 %**

**Valor de p:< 0.05**

**Fuente: cuestionario**

Habitualmente el embarazo adolescente se suele realizar con retraso y ello parece obedecer al desconocimiento de sus principales síntomas ó por parte de los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación.<sup>1</sup>

En la tabla 11 se muestran los resultados en relación a esta temática, donde solamente un 5.7% del universo obtuvo evaluaciones de bien, contra un 94.3% mal antes de la intervención. Al finalizar la estrategia el 100% de las adolescentes obtuvo buena evaluación, siendo estadísticamente significativo y con alto **% de variación**.

Estos resultados se corresponden con otros estudios a nivel internacional.<sup>28,29</sup>

# *CONCLUSIONES*

## **CONCLUSIONES**

- Existió un predominio del grupo etáreo de 15-19 años.
- Al principio del estudio existía pobre conocimiento del tema en cuestión, entre ellos los relacionados con los síntomas de las ITS así como en los controles de seguimiento de la anticoncepción hormonal.
- Con la intervención educativa se logró incrementar los conocimientos, así como modificar la percepción del riesgo de las adolescentes sobre Salud Reproductiva.

# *RECOMENDACIONES*

## **RECOMENDACIONES**

- Impulsar el desarrollo de talleres educativos a nivel educacional y en la población en general con el objetivo de educar sobre temas de ITS y Embarazo en la adolescencia.

- Fomentar labores de promoción y prevención en la comunidad e involucrar a los adolescentes de ambos sexo.
- Implementar programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

# *REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Álvarez González, José Domingo. Sociedad Española de Contracepción. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Madrid; 21: 705-716, enero 2004.
2. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, febrero de 2003.

3. Barros T, Barreto D. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 10(2):86-94.
4. ONUSIDA. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial. ONUSIDA: Reporte de junio 2005.
5. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*. Washington DC: OPS;2004.
6. De la Cuesta C. Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Colección Enfermería; 2004. p. 9.
7. Cunnintong AJ. What's so bad about teenage pregnancy? *J Fam Plan Reproduct Health Care* 2006; 27: 36-41.
8. Scally G. Too much too young? Teenage pregnancy is a public health, not a clinical, problem. *Intern J Epidemiol* 2006; 31: 554-555.
9. Departamento de Estadísticas. Dirección Municipal de Salud. Morón: Ministerio de Salud Pública, 2007.
10. Finger W. La educación sexual ayuda a preparar los jóvenes. *Network en Español* 2006; 20(3):23-29.
11. Los jóvenes y el VH/SIDA ¿Podemos evitar una catástrofe? *Popul Rep J* 2005; XXIX: 1-35.
12. Salud Pública. Programa Nacional Atención Integral Adolescente. La Habana, 2003.
13. Alvarado DA. Anticoncepción en México. *Rev Mexicana Obstet Ginecol* 2002; 70(5):227-35.
14. Denhoelter J.H, Jiménez J. and Baumann. Pregnancy performance of patient under fiftheen years of age. *Obstet and Gynecol* 2000; 46:129-132.
15. Plockinger B. Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;14(1):74-9.

16. Donoso-Siña E, Becker J, Villarroel del Pino L. Embarazo en la adolescente chilena menor de 15 años: análisis de la última década del siglo XX. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 66: 391-396.
17. Pelaez MJ. Adolescentes embarazadas. Rev Sexología y Sociedad 2004;2(1): 2-3.
18. [www.e-pfb.com/ebimetria/pfb\\_teb/tecnicas\\_y\\_casos/te6.pdf](http://www.e-pfb.com/ebimetria/pfb_teb/tecnicas_y_casos/te6.pdf)
19. Kornblit A, Jiménez L, Méndez Díaz A, Petracci M y Vujosevich J. El SIDA está entre nosotros. Editorial Corregidor; Buenos Aires 2006: 55-56.
20. José Manuel Hernández Gutiérrez, Jean Carlos Toll Calviño y et al. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Rev. Cubana Med Gen Integr 2006; 16(1):39-44.
21. Castellanos Oñate CM, Vera Noda CR, Gutiérrez Venegas P, Escobar Gómez R. Educación sexual en un grupo de estudiantes secundarios. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 16(1):31-8.
22. Cortés Alfaro A., García Roche R., Hernández Sánchez M., et al. Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de la Habana. Rev. Cubana de Med. Trop. 2007; 51(2): 120-4.
23. García Lahera C., Álvarez Yabor V., Lozano Lavernia M. ¿Qué saben nuestros estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual? Rev. Cubana de Hig. y Epidemiol. 2008; 39(1): 47-51.
24. Pérez G. R., Alegret R:M, Sanchez B.R. y et al. Búsquedas de un programa de promoción para la reducir las enfermedades de transmisión sexual. Rev. Cub. De higiene y Epidemiología. 2006; 34(2): 71-80.
25. García Roldan R. y Brea Correa A. concepciones y comportamiento sexual en un grupo de adolescente atendidos por el médico de familia. Rev. Cub. De Med. Gen. Integ. 2008; 13(2) Pp. 123-126.
26. Hernández J, Toll J. Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Rev cubana Med Gen Integr 2007; 16(1): 39-44.
27. Álvarez Sintés R., et al. Temas de Medicina General integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2001. T2: 403-417.

28. PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva. Resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2000. p.73-76.
29. Alanis M C, Núñez Rocha G. Efecto de un programa en planificación familiar, con el método *precede* en adolescentes embarazadas. IV Reunión Delegacional de investigación médica. Monterrey, feb 2007. Rev. Salud Pública y Nutrición, (1)2000.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: \_\_\_\_\_ me comprometo a participar en la investigación titulada: Intervención educativa sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia, bajo el compromiso de que esta información no será divulgada por ninguno de los autores de la misma. Se me ha explicado que este estudio tiene como objetivo educarnos sobre temas referentes a Salud Reproductiva. Se me informó sobre la necesidad de participar en todas las clases planificadas y en caso de no desear

continuar en la investigación puedo voluntariamente retirarme de ella, sin que esto constituya motivo de represalia. Se me aplicará un cuestionario de preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible. Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado junto al médico que me brinda las explicaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Firma del médico  
Dr. Leyvis Reyes Quincoses

### **MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Ó TUTORES**

Yo: \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo a que mi hija participe en la investigación titulada: Intervención educativa sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia, bajo el compromiso de que esta información no será divulgada por ninguno de los autores de la misma. Se me ha explicado que este estudio tiene como objetivo educarnos sobre temas referentes a Salud Reproductiva. Se me informó sobre la necesidad de participar en todas las clases planificadas y en caso de no desear continuar en la investigación puedo voluntariamente retirarme de ella, sin que esto constituya motivo de represalia. Se me aplicará un cuestionario de preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible. Mi participación es voluntaria, por lo cual

y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado junto al médico que me brinda las explicaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre ó tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del médico  
Dr. Leyvis Reyes Quincoses

## **ANEXO 2**

### **Cuestionario**

Edad: \_\_\_\_ 10-14años  
      \_\_\_\_ 15-19 años

**Marque con una X la(s) respuesta(s) que considere correcta:**

1. Conoce usted que son las Infecciones de Transmisión Sexual:

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

De responder **Sí** cuáles de las siguientes respuestas considera correcta:

a) \_\_\_\_ Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas que incluyen un grupo de entidades que se transmiten sólo por contacto sexual.

- b) \_\_\_\_ Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas que a pesar de transmitirse por contacto sexual, tiene otras vías de transmisión.
- c) \_\_\_\_ Las Infecciones de Transmisión Sexual son aquellas que se transmiten por juegos sexuales.
2. De las siguientes variantes cuál ó cuales de ellas usted considera que sean Infecciones de Transmisión Sexual:
- a) Sífilis\_\_\_\_ b) Blenorragia\_\_\_\_ c) Trichomona\_\_\_\_ d) Lepra\_\_\_\_  
e) VIH/SIDA\_\_\_\_ f) Cáncer cérvico-uterino\_\_\_\_ g) Fiebre Tifoidea\_\_\_\_
3. De los siguientes síntomas, cuál ó cuales son producidos por las Infecciones de Transmisión Sexual:
- a) Dolor de estómago \_\_\_\_ b) Picazón vaginal\_\_\_\_ b) Dolor de cabeza\_\_\_\_ c) Secreción verde-amarillenta por la uretra \_\_\_\_ d) Coriza \_\_\_\_  
e) Lesión ulcerosa en los órganos genitales \_\_\_\_ g) Catarro \_\_\_\_
4. De las siguientes variantes cuál ó cuales usted considera que sean de riesgo para contraer una Infección de Transmisión Sexual:
- a) Drogadictos\_\_\_\_ b) Hábito de fumar\_\_\_\_  
c) Relaciones sexuales tempranas\_\_\_\_ d) Falta de educación sexual\_\_\_\_  
e) Diabetes\_\_\_\_ f) Alcoholismo\_\_\_\_
5. De los siguientes aspectos, cuál ó cuales usted considera que puedan prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual:
- a) Preservativo o condón \_\_\_\_ b) No teniendo relaciones sexuales \_\_\_\_  
c) Lavado frecuente de los órganos genitales \_\_\_\_ d) Coito interrumpido \_\_\_\_ e) Tomando antibióticos \_\_\_\_ f) Mediante juegos sexuales \_\_\_\_
6. Conoce usted qué es la Anticoncepción:
- Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- De responder **Sí**, cuál de los siguientes métodos anticonceptivos que a continuación relacionamos son naturales:
- a) Método del Collar\_\_\_\_ b) Píldoras\_\_\_\_ c) T de Cobre\_\_\_\_

- d) Método de la temperatura basal\_\_\_\_ e) Coito interrumpido\_\_\_\_
7. De los métodos anticonceptivos a continuación, cuál ó cuales usted cree que puedan evitar las Infecciones de Transmisión sexual:
- a) Preservativo ó Condón\_\_\_\_ b) T de Cobre\_\_\_\_ c) Método del Collar\_\_\_\_ d) Diafragma\_\_\_\_ e) Inyecciones hormonales\_\_\_\_
- f) Esterilización quirúrgica\_\_\_\_
8. Los controles de seguimiento a pacientes que usan anticoncepción hormonal se deben realizar:
- a) Cada 6 meses\_\_\_\_ b) Una vez al año\_\_\_\_
- c) Cada 2 años\_\_\_\_ d) Cada 3 años\_\_\_\_
9. Dentro de los factores causales del embarazo en la adolescencia tenemos:
- a) Inicio temprano de las relaciones sexuales\_\_\_\_ b) Hábito de fumar\_\_\_\_
- c) No utilización de métodos anticonceptivos\_\_\_\_
- d) Trastornos menstruales\_\_\_\_ e) Anemia\_\_\_\_
10. Los síntomas del embarazo incluyen:
- a) Flujo vaginal\_\_\_\_ b) Falta del período menstrual\_\_\_\_
- c) Aumento del tamaño de los senos\_\_\_\_ d) Fiebre\_\_\_\_
- e) Estornudos\_\_\_\_ f) Náuseas y vómitos\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

### **ANEXO 3**

#### **Puntuación del cuestionario que se aplicará:**

La encuesta tiene un total de 10 preguntas, las primeras 5 están relacionadas con las ITS, las siguientes 3 con anticoncepción y las 2 últimas con el embarazo en la adolescencia.

#### ***Clave del cuestionario:***

Las preguntas se evaluarán en **bien ó mal**.

- La pregunta **1** se considera correcta si marca el **Sí** junto con el inciso b).

#### **Evaluación:**

Bien: - Si marca el inciso b) solamente.

Mal: - Si marca más de uno ó los incisos a) y c).

- Si marca el **No**.

- En la pregunta **2** los incisos a), b), c) y e) son los correctos.

**Evaluación:**

Bien: - Si marca tres ó más incisos correctos.

- Si marca tres ó más incisos correctos y uno mal.
- Si marca dos incisos correctos y ninguno mal.
- Si marca cuatro incisos correctos y dos mal.

Mal: - Si los marca todos.

- Si marca tres incisos correctos y dos ó más incisos mal.
- Si marca cuatro incisos correctos y más de dos mal.
- Si marca dos incisos correctos y uno ó más incisos mal.
- Si marca un inciso correcto y uno ó más incisos mal.

- En la pregunta **3** los incisos correctos son: b), c) y e).

**Evaluación:**

Bien: - Si marca un inciso correcto y ninguno mal.

- Si marca dos ó más incisos correctos.
- Si marca dos ó más incisos correctos y uno mal.
- Si marca tres incisos correctos y dos mal.

Mal: - Si marca dos incisos correctos y dos mal.

- Si marca dos ó más incisos correctos y más de dos mal.
- Si marca un inciso correcto y uno ó más incisos mal.
- Si los marca todos.

- En la pregunta **4** los incisos correctos son: a), c), d) y f).

**Evaluación:**

Bien: - Si marca tres ó más incisos correctos.

- Si marca cuatro incisos correctos y uno mal.

Mal: - Si marca cuatro incisos correctos y más de uno mal.

- Si marca uno, dos ó tres incisos correctos y uno ó más incisos mal.
- Si los marca todos.

- En la pregunta **5** los incisos correctos son: a) y b).

**Evaluación:**

Bien: - Si marca uno ó los dos incisos correctos y ninguno mal.

- Si marca los dos incisos correctos y uno mal.

Mal: - Si marca un inciso correcto y uno ó más incisos mal.

- Si marca los dos incisos correctos y dos ó más incisos mal.
- Si los marca todos.

- La pregunta **6** se considera correcta si marca el **Sí** junto con los incisos a) y d).

**Evaluación:**

Bien: - Si marca uno ó los dos incisos correctos y ninguno mal.

- Si marca los dos incisos correctos y uno mal.

Mal: - Si marca un inciso correcto y uno ó más incisos mal.

- Si marca los dos incisos correctos y dos ó más incisos mal.
- Si los marca todos ó el **No**.

En la pregunta **7** los incisos correctos son: a) y d).

**Evaluación:**

Bien: - Si marca uno ó los dos incisos correctos y ninguno mal.

- Si marca los dos incisos correctos y uno mal.

Mal: - Si marca un inciso correcto y uno ó más incisos mal.

- Si marca los dos incisos correctos y dos ó más incisos mal.
- Si los marca todos.

La pregunta **8** se evalúa de bien sólo si marca el inciso a), de marcar otro inciso ó más de uno se considera mal.

- En la pregunta **9** los incisos correctos son: a) y c).

**Evaluación:**

- Bien: - Si marca uno ó los dos incisos correctos y ninguno mal.
- Si marca los dos incisos correctos y uno mal.

- Mal: - Si marca un inciso correcto y uno ó más incisos mal.
- Si marca los dos incisos correctos y dos ó más incisos mal.
  - Si los marca todos.

- En la pregunta **10** los incisos correctos son: b), c) y f).

**Evaluación:**

- Bien: - Si marca dos ó los tres incisos correctos y ninguno mal.
- Si marca los tres incisos correctos y uno mal.

- Mal:
- Si marca uno ó dos incisos correctos y uno ó más incisos mal.
  - Si marca tres incisos correctos y dos ó más incisos mal.
  - Si los marca todos.