

**Facultad de Ciencias Médicas
Filial de Ciencias Médicas Morón
Policlínico Universitario Norte Morón.**

Título:

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MUJERES JÓVENES
SOBRE SALUD REPRODUCTIVA.**

Autora: Dra. Dayne Morales Torres.

Tutor: MsC. Ana Ernestina Salgado Fonseca.

Tesis para optar por el título de Master en Atención
Integral a la Mujer.

2009

**Facultad de Ciencias Médicas
Filial de Ciencias Medicas Morón
Policlínico Universitario Norte Morón**

Título:

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN MUJERES JÓVENES
SOBRE SALUD REPRODUCTIVA.**

Autora: Dra. Dayne Morales Torres.

Especialista de primer grado en Ginecobstetricia.

Profesora Instructora de la F.C.M.

Tutor: MsC. Ana Ernestina Salgado Fonseca

Licenciada en Psicología

Máster en Atención Integral a la Mujer

Profesora Asistente

Asesora: MsC Yanet González Reyes

**Especialista en primer Grado en Medicina General
Integral**

Máster en Atención Integral a la mujer.

**Tesis para optar por el título de Máster en Atención Integral a la
Mujer.**

2009

Pensamiento

*“Quien adolece de conocimientos
tiene la obligación, la necesidad y
el derecho de recibirlos”*

José Martí

Dedicatoria

A mi familia de cuyo aliento siempre necesitaré.

Agradecimiento

A todo el que de una forma u otra colaboró con el desarrollo del trabajo.

*En especial a la MsC. Ana Ernestina Salgado
Fonseca*

índice

INDICE:

	Pag.
Resumen	
Introducción -----	1
• Objetivos -----	5
Capitulo I Marco Teórico-----	6
Capitulo II Material y Método -----	12
Capitulo III Análisis y discusión de los Resultados -----	24
Conclusiones-----	28
Recomendaciones-----	29
Referencias bibliográficas -----	30
Anexos -----	33

Resumen

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental (antes-después) de intervención educativa en las mujeres jóvenes que asistieron a la consulta municipal de planificación familiar en el período comprendido entre diciembre de 2008 y septiembre de 2009, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva.

El universo de trabajo estuvo constituido por las 258 mujeres que solicitaron ayuda en esta consulta en el período antes mencionado, de ellos 79 mujeres jóvenes entre 20 y 30 años constituyeron la muestra a estudiar las cuales fueron seleccionadas por un muestreo aleatorio simple.

Las variables sujetas a estudio para determinar el nivel de conocimiento fueron: Inicio de las relaciones sexuales, Promiscuidad sexual, Identificación de los métodos anticonceptivos, Conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual., responsabilidad de la maternidad/paternidad.

Al finalizar el estudio se llegó a la conclusión que estas mujeres conocen las conductas sexuales riesgosas y la importancia de prevenir embarazos no deseados para así mejorar la salud reproductiva.

Por lo que recomendamos generalizar el programa de intervención educativa a otras áreas de salud del municipio donde existan condiciones para implementarlo y divulgar los resultados de este trabajo.

Palabras Claves: Conductas sexuales riesgosas, salud reproductiva.

Introducción

INTRODUCCIÓN

En las décadas recientes se han hecho muchos avances en el campo de la salud y en la atención a la situación de la juventud. La prolongación de la esperanza de vida, la modernidad y la globalización con su gran gama de complejos estímulos, incrementa la necesidad de los adolescentes y jóvenes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biopsicosociales que experimentan en la construcción de un rol social que coincida con la identidad, organizar su comportamiento desde un hacer en el mundo que los objective positivamente y sustente un proyecto de vida que dé sentido a su relación presente con el entorno.⁽¹⁾

Los avances de la medicina tienen un gran potencial en la reducción del sufrimiento y en la prolongación de la vida, lo que ha permitido prestar una atención cada vez más especializada a las diferentes etapas del ciclo vital e incluso considerar las diferencias de género. Desde el enfoque de enfermedad se observó que la morbimortalidad juvenil tenía la particular y relevante característica de ser desencadenada por factores mayoritariamente externos y conductuales: drogas, accidentes, suicidios, fugas, deserción escolar, embarazos, ITS, violencia, lo que llevó a organizar la atención para los y las jóvenes a través de estas problemáticas.⁽²⁾

La Organización Panamericana de la Salud, OPS, ha definido la Promoción de la Salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana. La Promoción de la Salud consiste en proveer a la gente de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. De esta manera, el foco de la Promoción de la Salud es la acción social en favor de la salud.

La salud debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de felicidad. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas. La Promoción de la Salud, en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud.⁽³⁾

Se requiere diseñar estrategias para el abordaje de la salud de sectores específicos de la población, sin que éste se transforme o se asuma como una subsectorización de la salud, es decir, salud para la mujer, salud para la infancia, para la adolescencia. Lo que se evidencia es la necesidad de enfatizar las particularidades propias de sectores de población o franjas etáreas específicas, cuyas características no deben ser borradas con abordajes homogéneos.⁽⁴⁾

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.⁽⁵⁾

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, y 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.

Las mujeres jóvenes en la actualidad se ven afectadas por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual (incluido el SIDA) y otros problemas graves de Salud Reproductiva.

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 jóvenes y adolescentes, considerándose que esta proporción sería todavía mayor en los países en vías de desarrollo.

Prácticamente toda la problemática en Salud Reproductiva de los jóvenes se vincula a la tendencia de éstos 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⁽⁶⁾

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⁽⁷⁾

Las acciones propias de sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales

como muertes infantiles, de niños menores de 1 año y maternas, entre otras: pero son muy importantes aún, acciones de tipo políticas, legislativas, intersectoriales, inter-institucionales e intergerenciales, sobre la base de la amplia participación social.

Un concepto más amplio de Salud Reproductiva, debe de abarcar además de lo antes expuesto, el derecho que tienen las parejas de ejercer libremente su sexualidad, sin temores y riesgos de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual, ejercer el derecho de reproducirse y regular su fecundidad de forma libre, informada y consciente, en el país se ha realizado un esfuerzo sostenido por incrementar el progreso y la calidad de la vida de la población, lo que se refleja en el comportamiento de indicadores importantes entre los que se encuentran los relacionados con la salud reproductiva.

Durante el trabajo como ginecobstetra en el área Norte del municipio de Morón, las revisiones bibliográficas que abordan el tema, la experiencia profesional de la autora y las investigaciones revisadas, hemos constatado las dificultades existentes en el conocimiento de los riesgos a que se exponen los/las jóvenes con un embarazo no planificado en esta etapa de la vida, riesgos que no solamente incluyen su persona sino el posible producto de ese embarazo y las personas, familias, instituciones y redes de apoyo social que se encuentran a su alrededor, la maternidad y paternidad temprana pueden lacerar el desarrollo individual, profesional y personal en esta etapa de la vida y provocar crisis paranormativas en el ambiente familiar.

Esta la consulta municipal de Planificación familiar se cuenta con el personal calificado acorde con los parámetros del programa nacional, en ella se atienden los casos dispensarizados como riesgo preconcepcional en las áreas de salud a través de los consultorios médicos de la familia, diversos factores han influido en que esta dispensarización en muchas ocasiones no cumpla con sus objetivos, entre ellos el cambio frecuente de médicos en los consultorios y la imposibilidad de capacitarlos correctamente por su inestabilidad, es por ello que consideramos necesario ampliar el conocimiento sobre el tema de la

población del municipio en general y a la población de jóvenes en particular que muchas veces se enfrentan a una vida sexual activa sin la suficiente información y preparación que les permita tomar decisiones acertadas sobre su reproducción y los riesgos a los que se exponen con estas conductas. En estos momentos el trabajo acertado y adecuado con la Salud Reproductiva constituye el pilar de los cambios a que aspiran estos programas.

Es por todo lo anterior que precisamos el siguiente problema de investigación: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo reproductivo en las mujeres jóvenes que asistieron a la consulta de Planificación Familiar del municipio Morón?

Hipótesis

Si se realiza un programa de intervención educativa basado en las necesidades de aprendizaje y las concepciones más actuales sobre la promoción y la educación para la salud sobre el nivel de conocimiento acerca del riesgo reproductivo en las mujeres jóvenes que asistieron a la consulta de Planificación Familiar del municipio Morón se logrará un estado de salud reproductivo adecuado que repercutirá en una mejoría de la calidad de vida de estas mujeres.

Para dar respuesta al problema precisado y a la hipótesis de esta investigación se proponen los siguientes **objetivos**:

General.

Elevar el nivel de conocimiento sobre Riesgo reproductivo en las mujeres jóvenes que asistieron a la consulta municipal de planificación familiar en el período comprendido entre diciembre de 2008 y septiembre de 2009.

Específicos.

- Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre la salud reproductiva antes y después de la intervención.
- Elaborar un programa intervención educativa sobre la base de los problemas encontrados.
- Evaluar los resultados del programa educativo implementado.

Capítulo I

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Al concluir la Segunda Guerra Mundial a mediados de la década de los 40 el mundo entra en una etapa de recuperación de los daños y secuelas de este holocausto, los años 50 se caracterizan por una aparente recuperación económica que trae aparejado un crecimiento descontrolado de la población mundial, ya a fines de esta década e inicios de la de los 60 se comienza a reconocer y divulgar la importancia de los Programas de Planificación Familiar con un enfoque muy dirigido a la anticoncepción y con el objetivo de detener el crecimiento desordenado de la población mundial.⁽¹⁾

El concepto de riesgo en el período juvenil se ha destacado por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud. Actualmente, el enfoque de la atención a la salud juvenil, procura desde una perspectiva más integral y articulada reducir los factores de riesgo, incrementar los factores de protección y brindar oportunidades de reconstrucción y avance de la situación. La conceptualización de la salud se refiere por lo tanto a una meta, a un proceso, no a un estado, particularmente en personas que se encuentran en un crítico período de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez.

Riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca.

Enfoque de Riesgo Concepcional

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tiene la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos dicha es probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres de bajo riesgo – o baja probabilidad – de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo. La evaluación de riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre está definida. En algunos, por ejemplo, el daño muerte fetal, deriva claramente de un factor; pero en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados a partir de la observación y la experiencia de sus autores, y sólo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo duda sobre su eficacia, como discriminador de aquel.

Los sistemas basados en puntajes carecen aún de un valor exacto asignado a cada factor y a sus asociaciones, y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones. Deberían elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores.

El uso simple de listados, permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican como de “alto riesgo” y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo.

Riesgo preconcepcional: probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daños, ella o su producto, si se involucrara en el proceso reproductivo; esta dada por factores condicionantes, bien seas enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. No es igual para todas las mujeres; la magnitud del riesgo es individual. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y estos factores pueden influenciarse entre ellos. Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir al pensamiento médico en cada caso particular es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse se debe de aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado. ⁽⁸⁾

El riesgo preconcepcional: son las condiciones o factores preexistentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño cuando la mujer se va a embarazar, es decir, la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes.

Estos factores podemos clasificarlos de la siguiente manera:

1.- Biológicos:

a) Menor de 20 años, mayor de 35 años, estado nutricional deficiente III – IV, anemia, talla inferior a 140 cm.

2.- Antecedentes obstétricos importantes:

a) Aborto a repetición del segundo trimestre, multiparidad, espacio ínter genésico corto, defunciones neonatales o fetales anteriores, parto pretérmino o recién nacidos con bajo peso, factor RH negativo sensibilizado o sin sensibilizar, toxemia dravídica, cesárea anterior.

b) Durante el embarazo actual; incompetencia ístmica cervical, anemia dependiente del embarazo, embarazo múltiple, embarazo largo, retardo del crecimiento intrauterino.

3.- Con enfermedades asociadas; asma bronquial, diabetes mellitas, disfunción tiroidea, cardiopatía, neuropatía, HTA, enfermedad del colágeno, sicklemya, epilepsias y otras.

4.- Socio-ambientales; bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, hábitos tóxicos, condiciones de vida y trabajo adversas. ⁽⁹⁾

La OMS estima que el riesgo de morir por causas maternas es dos veces más alto para mujeres de 15 a 19 años y cinco veces mayor para las de 10 a 14 años, que para las de 20 a 24 este mayor riesgo se debe a la inmadurez biológica, a la elevada frecuencia de anemia, a la falta de información sobre cómo cuidar un embarazo, y en muchos países al limitado acceso al servicio de atención prenatal y del parto de buena calidad.

Otro enfoque que ha tenido una gran fuerza en muchos países del mundo es el de la asesoría preconcepcional, La consulta preconcepcional consiste en evaluar el estado de salud de la pareja, reunir la mayor información acerca de los mismos, realizando una minuciosa historia clínica, evaluando antecedentes familiares, edad de ambos, antecedentes personales, grupo sanguíneo y factor Rh de cada uno. El propósito de la misma es descubrir los factores de riesgo que potencialmente podrían complicar el embarazo, eliminarlos y/o controlarlos para disminuir el riesgo o daño que estos puedan ocasionar.

La asesoría preconcepcional tiene dos fines. Primero, las intervenciones para disminuir los defectos del nacimiento deben estar en el curso, en el momento de la concepción para que sean eficaces. Hacia la primera visita prenatal, por lo general de las seis a ocho semanas de gestación, ha pasado la ventana embriológica para la teratogenicidad. Segundo, la asesoría preconcepcional permite valorar y posiblemente alterar factores de riesgo que pueden influir en el resultado final del embarazo. Puede modificarse la programación de un embarazo para que ocurra durante el mejor estado de salud de una mujer con un trastorno médico crónico; asimismo, quizá sea necesario considerar intervenciones tempranas en la gestación, como el cerclaje efectivo, y pueden ser apropiados algunos tipos alternativos de cuidado y parto. Además, es

posible identificar riesgos no reconocidos y llevar a cabo las alteraciones o tratamientos apropiados. ⁽¹⁰⁾

En nuestro país existe un programa nacional que regula y gerencia las actividades que deben realizarse en cuanto a esta problemática. En el marco de este enfoque los factores afectivos del individuo son determinantes también y cobra mucha importancia la condición social de la mujer.

Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños menores de 1 año y maternas, entre otras, pero son muy importantes o más importantes aún, acciones de tipo políticas, legislativas, intersectoriales, inter-institucionales e interagenciales, sobre la base de la amplia participación social.

Un concepto más amplio de Salud Reproductiva, debe abarcar además de lo antes expuesto, el derecho que tienen las parejas de ejercer libremente su sexualidad, sin temores y riesgos de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual; ejercer el derecho de reproducirse y regular su fecundidad de forma libre, informada y consciente. En el país se ha realizado un esfuerzo sostenido por incrementar el progreso y la calidad de la vida de la población, lo que se refleja en el comportamiento de indicadores importantes entre los que se encuentran los relacionados con la salud reproductiva.

En relación con la Planificación Familiar, los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva, en Cuba desde hace más de 30 años, las actividades de Planificación de la Familia han estado vinculadas principalmente con la salud de la mujer y el niño, y también en función del libre derecho de la pareja a la reproducción. En nuestro país a partir del triunfo de la revolución en 1959 se sucedieron cambios y transformaciones sociales profundas entre las cuales, y como prioritarias, estuvieron las relacionadas con la salud del pueblo y así el Ministerio de Salud Pública creó los primeros programas de trabajo, entre los que se destacaron: Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, más tarde

Programa de Atención Integral a la Mujer y el Niño, Control de Enfermedades Transmisibles. Programas de Higiene Rural y Urbana. Se creó y desarrolló el Servicio Médico Rural y otra serie de medidas y acciones que sentarían las bases de los logros en materia de salud.⁽¹¹⁾

Entre los programas de primer orden ha estado el de la Atención a la Madre y al Niño, que se ocupa de la atención pre y post natal, la atención al parto, el control del niño sano y la atención al puerperio. Vinculada directamente a esto se encuentran las acciones encaminadas a la Planificación de la Familia, ya sean de información, orientación, educación y servicios que venimos desarrollando desde hace años y que han mejorado notablemente la calidad de vida del binomio madre-hijo y el bienestar de la familia.

Todos los programas de Planificación Familiar en el mundo, responden a determinadas políticas y aunque en Cuba no ha existido una política poblacional en el sentido de aumentar o disminuir la misma, si existen una serie de principios básicos del derecho de la familia, la pareja y en específico de la mujer a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los mismos, se respeta el derecho de libre decisión, el ejercicio de igualdad de la mujer y se trabaja por disminuir el riesgo materno-infantil. El programa de Planificación de la Familia propicia el desarrollo de la salud reproductiva, el respeto a derechos básicos como el de la reproducción y avances en el proceso de transición demográfica de la fecundidad y mortalidad, principalmente la infantil y materna y por ende contribuye a la concepción actual de familia cubana, que además se caracteriza por expectativas de baja fecundidad. En este momento la estrategia principal del Programa está relacionado con la prevención del riesgo preconcepcional.⁽¹²⁾

El programa persigue lograr una actuación o acción consciente basado 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 y oportuno para el niño, la madre y la familia, de manera tal que se cuente con las condiciones apropiadas para su desarrollo integral. Dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las

parejas, incluidas las infértiles. Con este programa se han obtenido logros significativos en la salud de madres y niños, pero aún se persigue mejorar algunos aspectos, especialmente disminuir el riesgo preconcepcional.

Tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial, que se apoya en el subsistema de la medicina familiar. Es en el consultorio del Médico de Familia donde se realizan la mayoría de las acciones encaminadas a mejorar la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar.

Se ha estructurado a nivel de todos los policlínicos grupos seleccionados (áreas de salud) la consulta especializada de Planificación Familiar, que está dotada con “métodos eficaces y modernos” de Regulación de la Fecundidad y que está orientada fundamentalmente a la atención de los casos de más alto riesgo reproductivo y que no se pueden solucionar con métodos más tradicionales o en el Consultorio del Médico de la Familia. En estas consultas o servicios se brinda una atención más especializada en aspectos reproductivos, tanto de anticoncepción como de infertilidad, y ahora brindan atención pre-natal a pacientes con determinados riesgos perinatales no resueltos en el consultorio, tales como nutricionales, genéticos e infecciones del tractus reproductivo; algo que antes sólo podía brindarse en la atención secundaria. Esta se brinda por un equipo que integran básicamente: un ginecobstetra, médico de la familia, un psicólogo, un clínico, una trabajadora social y una enfermera obstétrica, además pueden insertarse para interconsultas otros especialistas. Los aspectos de información, orientación y educación en planificación familiar se realizan en todos los niveles y se insertan en la estructura territorial e interdisciplinaria.⁽¹³⁾

La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.⁽¹⁴⁾

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 en la adopción de decisiones adecuadas para la protección de su salud y, por otra parte, apoyen los desarrollos institucionales que aseguren disponibilidad de los servicios y las tecnologías necesarias para resolver los problemas de los adolescentes y jóvenes.

La División de Promoción y Protección de la Salud promueve actividades de diseminación de información, uso de la comunicación con medios masivos e interpersonales y educación, relacionadas con las ventajas de estilos de vida saludables y los riesgos asociados a estilos de vida no saludables; movilización de recursos para promover la toma de conciencia y la participación de personas y organizaciones públicas y privadas, y el entrenamiento de los trabajadores de la salud y de otros sectores sociales para que empleen metodologías preventivas y participativas.⁽¹⁵⁾

Todo lo anterior demuestra la importancia de educar a la población en materia de sexualidad y en especial promover en los adolescentes y jóvenes la búsqueda de su propia sexualidad. Esto significa crear programas educativos donde se discuten conocimientos, valores, informar a través de los medios de difusión masivos, escuelas, en el hogar, todo lo cual debe hacerse con la finalidad de que cada persona, cada joven, pueda tomar decisiones informadas, sanas, racionales y éticas en el marco de un respeto al otro como así mismo.

Inicio precoz de las Relaciones Sexuales.

En la actualidad asistimos -biográfica e históricamente- a transformaciones sustantivas de la sexualidad, que se relacionan con cambios producidos en otros dominios de la vida social y personal, asociados a los procesos de modernización acelerada de las sociedades contemporáneas. En el curso del siglo XX se modificó la temporalidad generacional y la temporalidad biográfica de la entrada de los individuos en la sexualidad activa. Desde el punto de vista

generacional, la entrada en la sexualidad genital es un proceso más temprano que a comienzos del siglo, pero desde el punto de vista de los individuos, es más prolongado. No obstante, las modificaciones crecientes respecto de la sexualidad activa han tenido en los géneros su más importante expresión. Desde una perspectiva biográfica, hoy existe un modelo de transición progresiva hacia la sexualidad activa. La entrada de los/as jóvenes a ésta ya no es un rito de paso iniciativo (con una prostituta, en el caso de los hombres; o en la noche de bodas, en el caso de las mujeres). Corresponde más bien a un proceso de familiarización y aprendizaje progresivo respecto al cuerpo, de las reacciones y sentimientos del/a otro/a. Es un conjunto de etapas sucesivas, desde el beso profundo y las caricias sobre el cuerpo y los genitales, a la penetración genital y a la exploración de otras formas de realizar los acoplamientos corporales. Este proceso involucra, generalmente, una sucesión de compañeros/as.

Se trata de una serie de contactos que pueden operar en sucesivos encuentros en los cuales la persona desarrolla algún tipo de relación de naturaleza diversa -más estable o más ocasional, más afectiva o más recreativa, etc.-, que implica una progresión en la intimidad, es decir, el establecimiento de una proximidad de orden emocional ⁽¹²⁾.

Muchas veces, se le llama "educación sexual" a la información que se imparte sobre los anticonceptivos, especialmente a la juventud. La "educación sexual" debe distinguirse de la educación sobre el amor, la castidad y la sexualidad que los padres de familia, como los primeros y principales educadores de sus hijos, les dan a éstos de forma respetuosa y promoviendo los valores morales. Dado el drástico aumento de la promiscuidad juvenil, no debe sorprendernos, como ya vimos, que también los embarazos no deseados hayan aumentado.

Podemos concluir que, los jóvenes de hoy en día son precoces, promiscuos y tienen escasa valoración y conocimiento de los Riesgos Reproductivos a los cuales están sometidos. Todo esto nos hace reflexionar en la necesidad de revisar los programas de instrucción y educación sexual, pues evidentemente los conocimientos en estas esferas los están adquiriendo de forma distorsionada y fundamentalmente a través de su propia práctica sexual y de

modelos de educación informal y no sistemáticos los que obviamente no reúnen los mínimos requisitos en veracidad y ética, pudiendo crear serias complicaciones a la Salud Sexual y Reproductiva de las nuevas generaciones. Por último es importante recalcar la importancia capital que tiene la institución de la familia en la transmisión de conocimientos, conceptos, valores y actitudes en el área de la sexualidad humana y dentro de esta la madre que juega un rol principal en nuestro modelo familiar, por lo que se impone la participación activa de la familia para lograr el éxito en los programas que se proponen reducir las conductas sexuales riesgosas en los adolescentes.

Alcance comunitario de la intervención educativa.

A través de esta intervención se instruye a los jóvenes sobre los riesgos reproductivos, logrando elevar su nivel de conocimientos acerca del tema para mejorar la calidad de su salud reproductiva.

Control Semántico:

Conductas sexuales riesgosas: Son aquellas conductas que implican cualquier actividad de la sexualidad en la que la persona incurra en cualquier riesgo, ya sea para si o para la pareja.

Salud Reproductiva: una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

Capítulo II

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuasiexperimental (antes-después) de intervención educativa en las mujeres jóvenes que asistieron a la consulta municipal de planificación familiar en el período comprendido entre diciembre de 2008 y septiembre de 2009, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva.

El universo de trabajo estuvo constituido por las 258 mujeres que solicitaron ayuda en esta consulta en el período antes mencionado, de ellos 79 mujeres jóvenes entre 20 y 30 años constituyeron la muestra a estudiar las cuales fueron seleccionadas por un muestreo aleatorio simple a las que se les aplicó los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión:

- Formar parte de la población objeto de estudio.
- Estar de acuerdo en participar en la investigación.
- No tener Discapacidad Mental.

Criterios de exclusión:

- No formar parte de la población objeto de estudio.
- No aceptar el estudio.
- No haber tenido relaciones sexuales.
- Jóvenes que durante el transcurso de la investigación presenten 3 ó más ausencias a los encuentros planificados.

Ética y bioética

Al final se redactó el informe para dar respuesta a los objetivos propuestos en nuestra investigación, cumpliendo con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada participante, además de cumplir con los requisitos docentes en estos casos de la Facultad de Ciencias Médicas de Morón en la Provincia de Ciego de Ávila.

Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable dependiente:

Conocimiento: La adquisición de conocimientos a través de la vida, de temas relacionados con la salud reproductiva, Incluye:

- Tener conocimientos sobre los términos en que se mantiene la promiscuidad sexual.
- Tener conocimiento sobre las formas de adquisición de las infecciones de transmisión sexual.(ITS)
- Reconocimiento de la responsabilidad de la maternidad/paternidad.

Variable Dependiente.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala De Medición
Nivel de conocimiento	Grado de conocimiento que sobre un tema determinado tiene una persona.	Grado de conocimiento que sobre salud reproductiva tienen las jóvenes que participan en el estudio.	Bueno Regular Malo	Cualitativo	Nominal

A partir de estos se establecieron las dimensiones y los indicadores, así como las técnicas que evaluarían los mismos:

Bueno: Si conoce los términos en que mantiene promiscuidad sexual (menos de tres meses entre cada relación), los diez métodos anticonceptivos más utilizados, las condiciones más comunes en las que se puede adquirir una ITS), la responsabilidad compartida ante un embarazo y el hecho de no estar preparado para la concepción del mismo.

Regular: Si refiere esperar solo dos meses entre cada relación sexual, reconoce solo seis métodos anticonceptivos más utilizados, si marca cinco

proposiciones sobre las condiciones más comunes en las que se puede adquirir una ITS), si reconoce solo la responsabilidad de la hembra.

Mal: Si responde la espera de un mes entre cada relación sexual, si marca menos de cinco métodos, si selecciona menos de tres proposiciones más comunes en las que se puede adquirir una ITS), si reconoce la responsabilidad del varón y aseguran estar preparados para la concepción del embarazo.

Variable independiente: Programa de intervención educativa: Sistemas de actividades educativas efectivas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en sectores de la población, debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una comunicación horizontal.

Operacionalización de esta variable:

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

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencias de jerarquía 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.

Se aplicaron diferentes métodos durante la investigación como fueron:

Métodos nivel empírico:

- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar el programa de

intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación.

- **La encuesta:** Se utilizó como técnica de recolección de la información, la cual se aplicó a los adolescentes que constituyeron la muestra, para evaluar los conocimientos de los mismos acerca de la salud reproductiva.

El procesamiento estadístico:

Los datos obtenidos de la encuestas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias⁽²⁰⁾ para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de $\alpha=0.05$:

Ho: $\mu_a = \mu_d$ Las medias son iguales en ambos momentos (La intervención aplicada no fue efectiva)

H1: $\mu_a \neq \mu_d$ Las medias difieren en ambos momentos (La intervención aplicada fue efectiva)

Estadígrafo de prueba:

$$Z = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

Entonces la regla de decisión sería rechazar Ho si la $Z_{\text{observada}} > Z_{\text{tabulada}}$ ($Z_0 > Z_{1-\alpha/2}$), en caso de utilizar un software estadístico se rechazara la Ho si la probabilidad asociada al estadígrafo ($p < \alpha$). Se calcularon también los Intervalos de confianza para la media:

$$\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Estos datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS v.15 y para los textos y gráficos se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007

Métodos teóricos:

- **Análisis y 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 solución del problema.
- **Análisis histórico- lógico:** en la determinación de la evolución del conocimiento sobre salud reproductiva.
- **Inducción – deducción:** para concretar los supuestos teóricos para la aplicación de las acciones del programa de intervención educativa., se establecieron generalizaciones que confirmaran empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético - deductivo:** Con este método se deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Aspectos metodológicos de la estrategia de intervención:

Se elaboró un programa de intervención educativa correspondiente a la salud reproductiva, diseñado en la modalidad de taller. La investigación se implementó en tres etapas: **diagnóstico, intervención y evaluación.**

Diagnóstico: En esta fase se identifica el nivel de conocimiento al inicio de la intervención, donde se le aplica la encuesta (anexo 1).

En la misma fueron abordados los términos:

- Periodos entre las relaciones.
- Métodos anticonceptivos más utilizados.
- Los riesgos de adquirir una ITS.
- La responsabilidad de un embarazo.
- Preparación para tener un hijo.

Intervención: Se impartió un programa educativo prediseñado sobre el tema, basado en las necesidades de aprendizaje encontradas luego de la aplicación inicial de la encuesta. La muestra se dividió en cuatro grupos de trabajo, la cual nos permitió aplicar la técnica de grupos focales.

Cada actividad educativa se reforzó al inicio con un recuento del tema anterior, mediante el empleo de diversas técnicas participativas.

Los temas abordados en las actividades fueron:

- Prácticas de Riesgo.
- Métodos anticonceptivos.
- Información general sobre las ITS/VIH/SIDA.
- Riesgo reproductivo y su control, planificación familiar.
- Planificación de la Sexualidad.
- Planificación de la familia

Evaluación: Después de culminado el programa educativo se aplicó nuevamente el instrumento inicial, con el objetivo de comprobar los conocimientos adquiridos como resultado de la intervención educativa.

La encuesta fue calificada como sigue (Anexo 2)

Se le asignó un valor de 20 puntos a las preguntas 3, 4, 5, 6 y 7 las que evalúan el nivel de conocimiento, que suman 100 Finalmente para evaluar el nivel de conocimientos de forma general:

Bien: Toda joven que obtuvo una puntuación entre 80 y 100 puntos.

Regular: Toda joven que obtuvo una puntuación entre 60 y 79 puntos.

Mal: Toda joven que obtuvo una calificación menor a 60 puntos.

Aporte práctico de la investigación.

Programa de Intervención Educativa.

Programa Educativo para incrementar los conocimientos sobre salud reproductiva en mujeres jóvenes del municipio Morón.

El programa educativo estuvo tutorado, asesorado y creado sobre las bases psicopedagógicas de la educación para la salud, además posee un enfoque comunicativo y para la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como bases las ciencias Filosóficas, la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

La intervención tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto como máxima de cualquier empeño educativo en el que el hombre transforma al mundo en la medida en que se transforma a sí mismo.

Se considera oportuno tomar como punto de partida los principios básicos para la dirección del proceso comunicativo expuesto por la Dra. Fátima Addine y un colectivo de autores, como se expresa seguidamente:

1- Principio de la unidad del carácter científico e ideológico del proceso pedagógico.

Significa que todo el proceso comunicativo debe estructurarse sobre la base de lo más avanzado de la ciencia contemporánea y en total correspondencia con nuestra ideología.

En la elaboración de las acciones del programa se tuvieron en cuenta las concepciones teórico-metodológicas más actualizadas de la comunicación social y la promoción de salud, que se contextualizaron al tipo de población con que se realizó el programa y a sus características regionales.

2- Principio de la vinculación de la educación con la vida, el medio social y el trabajo.

Se basa en dos aspectos esenciales de nuestra concepción sobre la educación: la vinculación de la vida y el trabajo como actividad que forma al hombre.

3- Principio del carácter colectivo e individual de la educación de la personalidad y el respeto a esta.

Significa que aún cuando el proceso comunicativo transcurre en el marco de un conjunto de personas, que se agrupan atendiendo a diferentes criterios y que adoptan determinadas características, cada miembro es portador de particularidades únicas que lo distinguen del resto y que por demás, tiene el derecho de ser considerado y respetado.

Esto se tuvo en cuenta en todo momento pues el programa siempre permitió respetar las diferencias individuales, las concepciones y prácticas de cada cual sin imponer criterios en un ambiente de debate y respeto por la individualidad.

4- Principio de la unidad de lo instructivo, lo educativo y lo desarrollador.

Se fundamenta en la unidad dialéctica que existe entre la educación y la instrucción, en su relación con el desarrollo. La educación y la instrucción como unidad dialéctica que son, no son idénticas, por tanto no pueden sustituirse, de ahí que se plantee que siempre que se educa se instruye y siempre que se instruye se educa y con ambas se logra el desarrollo personal.

5- Principio de la unidad de lo afectivo y lo cognitivo.

Propone que el proceso comunicativo ha de estructurarse sobre la base de la unidad, de la relación que existe entre las condiciones humanas: la posibilidades de conocer el mundo que le rodea y su propio mundo y al mismo tiempo, la posibilidad de sentir, de actuar, de ser aceptados por ese mundo.

En este programa no sólo se instruyó a los/as adolescentes sino que fueron pertrechados de valores humanos, sociales, personales que pueden influir en el desarrollo de su personalidad y en las decisiones que como adultos tomen.

6- Principio de la unidad entre la actividad, la comunicación y la personalidad.

Este principio expresa que la personalidad se forma y desarrolla en la actividad, en el proceso de comunicación. ⁽²⁵⁾

El programa de comunicación diseñado cuenta de la siguiente estructura:

- Introducción: Donde se explica la situación actual del problema y la necesidad de darle solución.
- Objetivo General: Basado en el diagnóstico inicial de las necesidades educativas de la población encuestada.
- Objetivos Específicos: Elaborados sobre las bases de las aspiraciones a alcanzar con el programa.
- Población a la que se dirige la intervención: Población Diana, Audiencia Meta y Audiencia Secundaria.
- Canales: En dependencia de las posibilidades de cada lugar donde se aplique y de las características de la población diana.
- Indicadores de Evaluación: Indicadores formativos, de proceso y de impacto elaborados según su alcance.

El programa educativo se realizará en el Policlínico Sur del municipio Morón lugar donde está creada la consulta municipal de salud reproductiva y planificación familiar y se cuenta con los medios técnicos y humanos para implementarlo.

Este programa fue elaborado primeramente para adolescentes, validándose su efectividad en tres investigaciones precedentes (Salgado 2008, González 2008 y Reinoso 2009), la autora hace las modificaciones pertinentes a las características de la etapa evolutiva con la que se trabaja.

Programa

Objetivos Generales:

Propiciar la creación de espacios para que los/as jóvenes reflexionen sobre la sexualidad, sus dimensiones y riesgos.

Ofrecer elementos de análisis para la búsqueda de alternativas que ayuden a prevenir los riesgos que ocasionan una maternidad o paternidad temprana.

Contenidos:

- Sexualidad, género, adolescencia y juventud.
- Riesgo preconcepcional. Comportamientos responsables.
- Prevención de los riesgos que implica un embarazo. Planificación familiar.

Plan Temático:

- Presentación del Programa
- Sexualidad y adolescencia
- De Sexualidad ¿Quiero saber...?
- Salud sexual un derecho de los adolescentes.
- Riesgo Preconcepcional. Su control
- Planificando mi sexualidad
- Planificando mi familia

Características Generales

Dirigido a:

Población joven.

Duración de las sesiones:

Siete sesiones de aproximadamente una hora cada una. El tiempo puede adecuarse a partir del aprovechamiento de los recursos, las condiciones y la disponibilidad de los locales.

¿Cómo utilizar el programa?

El programa está pensado como un apoyo, un conjunto de recursos, una guía de la promoción de conductas y comportamientos responsables con respecto al riesgo preconcepcional. Su implementación no es una camisa de fuerza, puede ajustarse a las características propias del grupo de jóvenes con que se trabaja, los recursos con que se cuenta y las habilidades de las personas que lo implementen.

Metodología

La metodología será esencialmente participativa e interactiva. Se aplicarán las técnicas y se promoverá la discusión, el análisis, tomando en cuenta todas las opiniones. A partir de las expresiones y criterios del grupo se realizarán las síntesis necesarias.

Reglas para el trabajo grupal

Confidencialidad

Significa que las situaciones u opiniones que se comparten con el grupo son exclusivas del mismo.

Puntualidad

Asistir en el horario establecido para el programa.

Respeto

Nos referimos al respeto a las diversas opiniones, puntos de vista, formas de hablar, de vestir, etc.

Discrepar

Es legítimo no estar de acuerdo con algún criterio y expresarlo.

Estrategia de Monitoreo y Evaluación

Monitoreo es el seguimiento de las actividades de un programa a través de la medición regular y continua de éste. El monitoreo y la evaluación muestra si

está desarrollándose bien el programa y cómo están llevándolo adelante los/as jóvenes.

En este programa utilizaremos la encuesta de entrada y salida (antes – después), el resumen de la sesión, las planillas y las palabras para despedir la sesión. Estas acciones nos permitirán hacer evaluaciones de procesos y de resultados. De esta manera, podremos saber hasta dónde se logran los objetivos del plan, la calidad de la ejecución de las sesiones; si ha existido algún cambio de los aspectos que el programa ha tratado de influir. Las producciones grupales, documentadas en papelógrafos, posibilitarán la evaluación cualitativa del programa.

Sesión 1 Presentación del programa.

Objetivos:

Presentación de los coordinadores y miembros del grupo.

Explicar el programa y su inserción en la estrategia nacional de Salud reproductiva y planificación familiar.

Diagnosticar el nivel de conocimientos existentes en el grupo antes de la capacitación.

Definir los límites y normas para el trabajo grupal, en un ambiente de respeto, flexibilidad, aceptación y compromiso.

Contenidos

Presentación del programa

Encuesta

Consenso de normas grupales

Recursos

Encuesta, lápices, papelógrafo.

Recurso dinámico: Nuestro buzón de expectativas.

Actividad 1

Técnica participativa: Busca tu pareja

Escribir las expectativas para el buzón.

Desarrollo

Se entregarán al azar, tarjetas con partes de refranes, se invitará a uno de los participantes a comenzar leyendo la primera parte de un refrán, el que tenga la

otra parte forma la pareja. Cuando las parejas se encuentran se sientan unidas para intercambiar datos que les permitan conocerse y presentarse ante al grupo, así como escribir para el buzón las expectativas que se tienen con el curso.

Las parejas se presentan y leen las expectativas, después de leerlas se depositan en el buzón. Se guardan las expectativas que a partir de ese momento forman parte de los documentos del programa y son parte del aprendizaje grupal.

Actividad 2

Explicar el programa, los objetivos, contenidos y número de sesiones. Esta actividad constituye un momento importante para el desarrollo del proyecto, se precisan los tiempos, se ajustan las expectativas y se prevee la continuación a través de las acciones en la consulta.

Actividad 3

Aplicación de la encuesta de entrada. Tiempo de duración estimado: 30 min.

Actividad 4

Se establecen las normas del trabajo en grupo y el compromiso de los participantes con el programa.

Desarrollo

El coordinador sugiere pensar en las reglas que deben guiar el proceso grupal para que exista un ambiente de alegría, espontaneidad, responsabilidad, confianza y aceptación de las diferencias. Se escribirán en el papelógrafo o pizarra algunas reglas, es necesario que exista consenso en cada una de las reglas que se propongan.

Actividad 5

Fin de la sesión

El coordinador se despide con muestras de alegría por la calidad del encuentro y los invita para la próxima sesión. Finalmente, fija el horario, lugar y fecha del nuevo encuentro. Se sugiere como técnica de cierre preguntar cómo se han sentido en este primer encuentro.

Sesión 2 Sexualidad y juventud

Objetivos:

Describir los procesos que intervienen en la construcción de la sexualidad.

Identificar el nivel de conocimientos, los mitos y creencias que tienen los participantes sobre la sexualidad y los conceptos relacionados.

Conocer las creencias existentes entre los miembros del grupo en cuanto a la sexualidad.

Contenidos:

- Conceptos de:
 - ✓ Sexo, sexualidad, salud sexual y su expresión en los/as jóvenes.
 - ✓ Mitos y creencias en torno a la sexualidad de los/as jóvenes.
 - ✓ Toma de decisiones en la juventud.

Recursos:

Plumones, papelógrafo con los subtítulos de los siguientes conceptos: salud sexual, salud reproductiva, género, sexo, sexualidad.

Actividad 1

Presentación

El coordinador explicará el tema del día y las diversas actividades que se realizarán y señalará que el objetivo principal es reflexionar acerca de la sexualidad en la juventud, es un buen momento para preguntar acerca de lo que pensaron o dijeron al terminar la primera sesión.

Actividad 2

De qué hablamos cuando nos referimos a la sexualidad.

Recurso dinámico: Lluvia de ideas

Desarrollo

Se explicará que todas las personas tienen sus propias ideas sobre sexo, salud sexual, salud reproductiva, orientación sexual, género y otros conceptos relacionados con la sexualidad.

Se invitará al grupo a formar un círculo para expresar y compartir sus ideas sobre los conceptos antes mencionados. El coordinador tendrá listo un papelógrafo con los subtítulos de los conceptos para anotar las ideas esenciales que refieran los participantes del grupo. Se devolverán al grupo los conceptos elaborados. Se precisará que dichos conceptos son construcciones sociales.

Se debe puntualizar que la sexualidad posee diversas dimensiones, que es fuente de gratificaciones, de afectos, de placer, pero que es vulnerable, por lo que es conveniente conocer las cualidades agradables y enriquecedoras, pero también tiene riesgos que hay que saber identificar.

Actividad 3

Y si fuera yo....

Recurso dinámico: Reflexión y análisis a través de respuestas escritas en un papel.

Desarrollo

El coordinador invita a escuchar una anécdota y solicita reflexionar sobre “Qué haría si fueras tú.”

Situación Problemática

Marieta es una joven de 18 años de edad, cursa el 1er año de Derecho en la SUM donde los miércoles se realizan actividades recreativas. Javier es el encargado de la musicalización y, además, tiene una moto, viste a la moda, es muy atractivo y carismático. En una ocasión invitó a Marieta a su casa para grabar un CD. Al llegar se encuentran solos y él le propone tener sexo. Ella no sabe qué hacer pero le gusta Javier, un chico muy codiciado.

¿Cuál es el comportamiento más frecuente ante esta situación?

¿Qué pasaría si tiene relaciones sexuales con Javier?

¿Qué sucedería si no tiene relaciones sexuales con él?

El coordinador entrega un cuarto de hoja de papel y solicita por escrito las respuestas a estas situaciones, se le pide no poner los nombres, sólo las respuestas. El coordinador recoge en una bolsita las respuestas, las mezcla y solicita a tres o cuatro miembros del grupo seleccionar y leer las seleccionadas. Se piden criterios al grupo sobre las respuestas escuchadas y nuevas alternativas para esta situación. Se sugiere encontrar la alternativa que responda a la protección, los afectos y los deseos.

Actividad 4

Fin de la sesión

Al terminar la sesión el coordinador agradece la participación, reconoce el arduo trabajo desempeñado en la construcción de una nueva cultura de la sexualidad. Recuerda la fecha y la hora de la próxima sesión.

Para despedirse de los participantes se sugiere completar la siguiente frase:

Mi cuerpo es mi mayor tesoro por eso: _____

Para apoyo del coordinador se utilizarán los conceptos que aparecen en el libro:

“Consejería en ITS y VIH/SIDA. Información básica”. Colectivo de autores. Ministerio de Salud Pública. La Habana 2004.

Sesión 3 De la sexualidad ¿Quiero saber...?

Objetivos:

Identificar las principales preocupaciones de los/as jóvenes con respecto a la sexualidad.

Contribuir a esclarecer sus dudas e inquietudes.

Contenidos:

- Preocupaciones, dudas, temores de los/as jóvenes.

Recursos

Papel, lápices, buzón o bolsa donde depositen preguntas anónimas.

Recurso adicional

Para esta sesión se sugiere que se invite a una persona con experiencia en educación sexual.

Actividad 1

Presentación

El coordinador recuerda lo acontecido en la sesión anterior, pide comentarios o preguntas. Presenta la sesión con la que se pretenden aclarar dudas, inquietudes y temores relacionados con la sexualidad en la juventud.

Actividad 2

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 y el invitado leerán 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.

Actividad 3

Fin de la sesión

Para cerrar la sesión sugerimos utilizar la planilla resumen de la sesión.

El coordinador y el invitado deben apoyarse en la siguiente bibliografía

La respuesta sexual humana y Sexualidad humana de Master, Johnson y Kolodny

“Consejería en ITS y VIH/SIDA. Información básica”. Colectivo de autores. Ministerio de Salud Pública. La Habana 2004.

Sesión 4 Salud sexual, un derecho de los/as jóvenes.

Objetivos:

Reconocer la salud sexual y reproductiva como un derecho de los/as jóvenes.

Lograr que los participantes de manera indirecta entren en contacto con sus cuerpos sexuados.

Estimular la responsabilidad y el autocuidado del cuerpo.

Contenidos:

- Derechos sexuales y reproductivos.
- Autocuidado del cuerpo.

Recursos

Papel, lápiz, colores, papelógrafo, plumones.

Actividad 1

Presentación

El coordinador explicará que esta sesión es continuación de la anterior y pedirá a los participantes algunas ideas relacionadas con la sexualidad. Realizará una integración de las ideas que se mencionan para ratificar aquellas ideas claves de la sesión anterior, en especial la idea de que la sexualidad es una construcción social, por lo que es modificable, transformable, susceptible de cambios.

Actividad 2

¿Conoces tus derechos sexuales y reproductivos?

Recurso dinámico: Tesoro escondido

Desarrollo

Previo a la realización de la sesión el coordinador esconderá en diversas partes del local mensajes con los derechos sexuales y reproductivos, pueden ser los propios derechos escritos en un papelito.

El coordinador pedirá a los/as jóvenes buscar el tesoro escondido, cuando se hayan encontrado todos los tesoros deberán leerlos en voz alta y explicar cómo pueden cumplir en la práctica ese derecho, convertido ahora en tesoro.

Después de escucharlos se cerrará la actividad complementándola con los derechos sexuales y reproductivos elaborados por la ciencia.

Actividad 3

Galería de cuerpos

Recurso dinámico: Dibujos

Desarrollo

El coordinador indica a los participantes dibujar el cuerpo desnudo con genitales de una persona imaginaria del otro sexo, sombreado las partes del cuerpo que participan en las relaciones sexuales.

El coordinador observa el desempeño de la tarea, percatándose de las expresiones extraverbales, los gestos, las resistencias a la tarea, para luego explicar de manera precisa que el cuerpo es nuestro mayor tesoro, que es fuente de muchas satisfacciones y placeres pero que nos pide a cambio que lo conozcamos, que lo protejamos, lo cuidemos, nos pide una demostración de amor a través del autocuidado.

Se les pide a los participantes que nos entreguen sus dibujos.

Actividad 5

Fin de la sesión

Al terminar la sesión el coordinador da las gracias por la participación, reconoce el trabajo. Se recuerda la fecha y hora de la próxima sesión.

Para despedirse se le solicita una palabra de cierre que en ese momento esté en sus pensamientos.

Recursos Teóricos: Derechos sexuales y reproductivos.

Sesión 5 Riesgo preconcepcional. Su control

Objetivos:

Explicar en qué consiste el riesgo preconcepcional

Identificar los riesgos en cada uno de los/as jóvenes

Analizar las posibilidades de control del riesgo

Contenidos:

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

Recursos

Papelógrafo, plumones, hojas y lápiz

Actividad 1

Presentación

El coordinador saluda al grupo y recuerda brevemente lo abordado en la sesión anterior, se presenta el tema y se invita a trabajar.

Actividad 2

Recursos dinámicos: Salud y enfermedad. Propuesta alternativa

El coordinador tendrá preparado dos papelógrafos 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 papelógrafo 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 jóvenes que piensen en qué consiste el riesgo preconcepcional.

El coordinador resumirá los riesgos que quedarán escritos en el papelógrafo o pizarrón.

Actividad 2

Recurso dinámico: Lluvia de ideas

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 jóvenes identificarán los riesgos a los que están expuestos.

Actividad 3

Recurso dinámico: Pelotas viajeras

Los/as jóvenes 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.

Actividad 4

Fin de la sesión

Al terminar la sesión se agradece a los asistentes su participación con una frase amable. Se recuerda la fecha y hora de la próxima sesión.

Recursos teóricos: Clasificación del riesgo preconcepcional según la OMS.

Sesión 6 Planificando mi sexualidad.

Objetivos:

Sensibilizar al grupo de jóvenes 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

Actividad 1

Presentación

El coordinador saluda a los participantes y recuerda los conceptos fundamentales de la sesión anterior. Se inicia la sesión

Actividad 2

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.

Actividad 3

Recurso dinámico: “Conociendo y aprendiendo a usar los métodos anticonceptivos”.

El coordinador ha preparado previamente maquetas o muestras de los diferentes métodos anticonceptivos. Los/as jóvenes deberán identificarlos, el coordinador irá explicando en qué consiste cada uno y cómo se usa para una mejor protección.

Actividad 4

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 hecho de escoger un compañero sexual sin conocerlo.

Actividad 5

Recurso dinámico: Los jueces

El coordinador selecciona dos voluntarios que harán de jueces en el juego, los cuales serán los responsables de elegir la mejor respuesta. Se divide el resto del grupo en dos subgrupos.

Se les explica que este es un concurso el cual determinará qué equipo ofrece las mejores respuestas que se pueden decir para presionar a sus compañeros a tener relaciones sexuales sin protección.

El equipo A y el B estarán a cada lado del local. El coordinador leerá las frases para presionar, luego los equipos reunirán y formularán una respuesta. El primer grupo que tenga la respuesta levantará la mano.

El equipo leerá la respuesta y los jueces juzgarán si es correcta o no. El equipo obtendrá un punto si los jueces consideran que la respuesta es correcta. Gana el equipo que tenga mayor puntuación.

Actividad 5

El coordinador agradece la colaboración de los participantes. Entrega un huevo de paper 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.

Se fija la fecha y hora de la próxima sesión.

Sesión 7 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:

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

Recursos

Papelógrafo, crayolas, lápices y hojas de papel.

Actividad 1

Presentación

El coordinador comienza la sesión recordando lo aprendido en la sesión anterior, explica los objetivos de esta sesión.

Actividad 2

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.

Actividad 3

Recurso dinámico: Mi desempeño como mamá/papá

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

Actividad 4

Encuesta de salida. Se aplica nuevamente la encuesta

Actividad 5

Cierre de la sesión y el programa. Se pedirá a los participantes que cada uno exprese una palabra para poder hacer una creación colectiva. Se dará las gracias por la participación

Capítulo III

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como podemos apreciar en la **tabla # 1** donde se valora el nivel de conocimientos sobre salud reproductiva referido por las jóvenes, comprobamos que el mayor por ciento posee poco o ningún conocimiento sobre el tema que se quería tratar, Lográndose después de la intervención que el 94.9% considerara que poseía conocimientos sobre salud reproductiva, dichos hallazgos coincidían con estudios realizados sobre el tema de la Dra González Reyes Yanet⁽²¹⁾, Salgado Fonseca Ana⁽³²⁾ y Reynoso Esteves Marbelis,⁽³³⁾ donde los adolescentes encontrados de su investigación planteaban tener igual desconocimiento sobre el tema, esto podemos concluir que puede aplicarse a la población de mujeres jóvenes de la muestra.

En la **tabla #2** Se valora el uso de preservativo durante la primera relación sexual nos demuestra que el mayor por ciento de los jóvenes (91.1%) comienza precozmente sus relaciones sexuales y no se protegen durante las mismas, coincidiendo con la bibliografía consultada, Cortés y otros ⁽²²⁾ los que encontraron que el 53 % de los jóvenes encuestados no usaban nunca el preservativo en sus relaciones. En su estudio, los resultados en cuanto al uso del preservativo coinciden con lo encontrado por nosotros, el porcentaje de los que no lo usaban fue superior. La disminución del placer sexual y el temor al rechazo de la pareja, están entre las razones principales planteadas por algunos autores ^(23,24) para no usar el preservativo. Finalmente consideramos que es alta la frecuencia de jóvenes que inician su vida sexual activa a edades muy tempranas. La práctica del sexo protegido, aún no es sistemática, y los criterios subjetivos y la falta de costumbre dificultan el uso del preservativo.

La tabla # 3 nos demuestra que el mayor porcentaje de los jóvenes realiza prácticas sexuales promiscuas (65.8%), en comparación con el estudio realizado en La Habana por el Dr Pagola Leiva Javier ⁽²⁵⁾ El mismo estudia el número de parejas sexuales en los jóvenes donde predominaba., 4 y 6 compañeros sexuales. De esta forma encontramos que existe un alto nivel de promiscuidad en nuestros jóvenes. Después de la intervención logramos que 65 jóvenes que representaban un 82.3% mejoraron su comportamiento sexual.

En la tabla # 4 Podemos observar que hay un conocimiento previo de los anticonceptivos más comunes: Preservativo (91.1%), Tabletas (79.7%) y T de cobre (87.3%) lo que coincide con investigaciones realizadas en nuestro país por González Reyes Yanet⁽²¹⁾, Barbato Walter⁽²⁶⁾, Ruíz L.I.⁽²⁷⁾, Prendes L.M. y otros⁽²⁸⁾, donde describen que son estos los anticonceptivos más conocidos por nuestros adolescentes y a nivel mundial Riopedre P. en Argentina ⁽²⁹⁾ y son menos conocidos las jaleas espermicidas (6.3%), el diafragma (10.1%), y el condón femenino (13.9%), después de la intervención educativa se logra igualar el conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

Al analizar la tabla # 5, podemos observar que hay un conocimiento previo de las posibilidades de adquirir una ITS: Relaciones sexuales (92.4%), Por sangre infectada (82.2%), lo que coincide con investigaciones realizadas ⁽³⁰⁾, menos conocidos los juegos sexuales sin penetración (30.3%), compartir ropas (22.7%) y el uso de baños contaminados (34.1%), después de la intervención educativa se logra ampliar el conocimiento sobre las posibilidades de adquirir una ITS.

Con los resultados expuestos en la **tabla # 6**, podemos comprobar que existe la creencia de ser las hembras las responsables de un embarazo (73.4%) y por lo tanto las mayores responsables de la anticoncepción lo que coincide con los criterios de autores como el de Ravelo Aloima ⁽³¹⁾, hace énfasis en que se debe priorizar la responsabilidad compartida de la actividad sexual, la anticoncepción y el embarazo, así como hacerlo extensivo a los varones que las acompañan. Otras recomendaciones tienen que ver con la necesaria insistencia de que el embarazo no deseado también es un problema del hombre. Además, es

importante ampliar el estudio de la presencia y participación del varón en otras áreas de la salud reproductiva, que contribuyan al reconocimiento y desarrollo de los derechos de las mujeres y la equidad entre los géneros. Después de la intervención vemos como predomina la responsabilidad de los dos con un 97.5%.

El análisis de la **tabla # 7** nos demuestra el desconocimiento de las complejidades de asumir el rol de madre/padre, lo cual coincide con otros estudios realizados como el de González Reyes Yanet. ⁽²¹⁾ donde sus encuestados consideraban estar preparados, al finalizar el estudio el 94.9 % de los jóvenes entendieron que no están preparados para tener hijos.

Cuando analizamos los resultados antes y después de la intervención observamos **Tabla # 8**, el nivel de conocimientos de los encuestados antes de la intervención era de malo 42 con el 53.2% solo un 20.2% correspondiente a 16 encuestados podía catalogarse como bueno, en un segundo momento (después de la intervención ya los resultados eran bueno 77 con un 97.5% y solo un 2.5% se considera regular.

Al realizar el análisis de la comparación de medias en el análisis estadístico y comparar ambos momentos buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	59,56	19,98	[54,86; 64,25]
DESPUES	92,65	8,90	[90,56; 94,75]

La media para el primer momento (antes de la intervención) fue de 59.56 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de malo ya en un segundo momento (después de la intervención) la media es de 92.65 lo que los clasifica en la categoría de bueno. Al obtener el resultado de la probabilidad asociada

al estadígrafo de prueba (p) $p = 0.003$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula, que se complementa si observamos los intervalos de confianza calculados donde la media se encuentra en el mismo y podemos afirmar con una confiabilidad del 95% que las medias difieren en ambos momentos por lo que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo de nuestra investigación.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- Se diagnosticó el nivel de conocimiento de las jóvenes acerca de la salud reproductiva antes y después de la intervención educativa realizada.
- Se implementó un programa de intervención educativa basado en los principios de la promoción y educación para la salud y métodos activos de enseñanza para modificar el nivel de conocimiento de los adolescentes respecto a la salud reproductiva y se aplicó en la muestra seleccionada.
- Se elevó el nivel de conocimientos acerca del tema tratado después de aplicado el programa de intervención educativa diseñado.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Generalizar el programa de Intervención educativa a otras áreas de salud del municipio donde existan condiciones para implementarlo, lográndose luego la divulgación de estos resultados.

Referencias Bibliográficas

Referencias bibliográficas

1. 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. Kellogg. Washington, DC. Abril; 2001. Disponible en: <http://www.paho.org/spahish/HPP/HPF/ComSocial.pdf>.
2. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la adolescencia. Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.
3. Conessa P, Nykcel C. Manual para la educación en salud integral del adolescente: La adolescencia como etapa del desarrollo. Washington DC: OPS; 1997.
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. Colectivo de autores. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias medicas;2006.p416-420.
7. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana. Editorial-Científico Técnica; 2001
8. Arditi, Z, Zorrila P, Lamy P, Pascualini D. Sexualidad adolescente: información y riesgo. Rev. Hosp. Niños B. Aires 2004; 46(209):203-209.

9. Ravelo A., González H. Adolescencia ¿etapa crítica? Jueves 10 de Julio de 2007. Disponible en:
<http://www.sld.cu/saludparalavida/adolescencia/Etapacritica.mht>
10. Herrear V., Oliva J., Domínguez F. Riesgo reproductivo. Disponible en:
<http://www.perinatal.sld.cu/docs/libroscap11riesgopreconcepcional/riesgo-preconcepcional.shtml-56k>. [Enero 23 2009]
11. Práctica Médica Efectiva. Control Prenatal con enfoque de riesgo. Disponible en: [http:// www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf](http://www.bvs.insp.mx/articulos/1/15/v3n9.pdf). [Enero 23 2009]
12. 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, 2000. pág 3.
13. La educación sexual y el aborto.. Disponible en: [http:// www.vidahumana.org/vidafam/edusex/edusex-idexhtml](http://www.vidahumana.org/vidafam/edusex/edusex-idexhtml) [Junio 15 2009]
14. Cefalo Robert. C., Moos Merry-K. Preconcepcional Health care, 2nd edition, by Mosby- Year Book, Inc 1995. page 57
15. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana. Editorial-Científico Técnica; 2001
16. 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. 1998; 1(3) 5 – 8.
17. Asesoría preconcepcional. Noviembre 8 de 2005. Disponible en: <http://www.saludparaellas.com>. [Enero 23 2008].
18. 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 2008].

19. Colectivo de Autores. Manual metodológico Trabajo de Prevención de las ITS/VIH/SIDA. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias medicas;2005
20. Bayarre Veá. H, Hodforf G. Inferencia Estadística. ENSAP, La Habana. 2003.
21. González Reyes Yanet, Intervención educativa en Riesgo Reproductivo del ESBU Nguyen Van Troi [Tesis]. Ciego de Ávila: Policlínico Docente Norte. Morón; 2008.
22. Cortés Alfaro A, García Roche R, Hernández Sánchez M, Monterrey Gutiérrez P, Fuentes Abreus J. Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de Ciudad de La Habana, 1996. Rev Cubana Med Trop 1999;51(2).
23. VIH y SIDA . Usar preservativos. Disponible en: http://www.ctv.es/USERS/fpardo/crb_cdon.htm#Inicio [Citado el 14 de marzo de 2009).
24. Pérez R. J. Riesgo Preconcepcional. Disponible en: <http://www.aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/RIESGOPRECONCEPCIONAL?id=105>. [Febrero 4 2009]
25. 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>
26. Barbato Walter. Salud sexual y reproductiva disponible en: <http://www.gtemer.ch/educacion -medica -Es/Pdf/Salud- sexual-2005.pdf>.
27. 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; 2004.
28. Prendes L. M., Guibert R. W., González G. I. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Medicina General Integral [serie en internet]. 2001 [citado 18 de enero de 2008]; 14(4): [3

p]. Disponible en: <http://>

www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id=articulo=7365&id_seccion=799&id_ejemplar=772&id_revista=69.

29. 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 2008]. URL disponible en:
http://www.sagij.org.ar/newsite/site/com_notas_inicio.php
30. Infecciones de transmisión sexual/vih/sida; [Serie en línea] [Citado 2008 may 14]. Disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/pacts/pacts_1002_04.html_14_may_2005.
31. Ravelo Aloima. Embarazo no deseado en la adolescencia, problemas solo de ellas. Disponible en:
<http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idu=4845#rg>
32. Salgado Fonseca A.E. propuesta de un programa de comunicación social en salud para favorecer conductas responsables con respecto al riesgo preconcepcional en adolescentes. [tesis]. Ciego de Ávila. Filial de Ciencias Médicas Morón. 2009
33. Reynoso Esteves M. Intervención Educativa en adolescentes sobre Salud Reproductiva. . [tesis]. Policlínico Universitario Norte: Ciego de Ávila; 2009.

ANEXO 1

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. ¿A que edad mantuviste las primeras relaciones sexuales?

----- entre los 12 y los 16 años.

----- entre los 17 y los 19 años.

2.1 ¿Utilizaste el preservativo en esa ocasión?

3. ¿Mantienes relaciones sexuales con varias personas a la vez?

(1) ___ Sí

(2) ___ No

A) Cuando terminas una relación que tiempo esperas para tener nuevamente contacto sexual.

4. ¿Cuáles de estas propuestas son para ti métodos anticonceptivos?

___ Condón

___ T de Cobre

___ Multiload

___ Asa

___ Tabletillas

Condón femenino

Vacunas

Diafragma

Jaleas

Método del ritmo.

5. Para Ud. Cuáles de estas proposiciones que consideran riesgos para adquirir una ITS:

----- Uso de baños contaminados

----- Compartir ropas

----- Juegos sexuales sin penetración

----- Relaciones sexuales (vaginal, anal .oral)

----- Por sangre infectada (tranfuciones contaminadas, compartiendo agujas o jeringuillas)

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

Hembras

Varones

Los dos

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

Si

No

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



ANEXO 2

Clave de Calificación de la Encuesta

Puntuación del cuestionario que se aplicó antes y después del Programa Educativo.

La encuesta tenía un total de 7 preguntas, de ellas 5 midieron conocimientos.

CLAVE DEL CUESTIONARIO:

Las preguntas se evaluaron en **BIEN, REGULAR o MAL**, y se le dio puntuación a cada una, al final sumando una cantidad de 100 puntos.

- La pregunta 3 se evaluara de (20 pts)

Bien: si responde la espera de 3 meses entre cada relación. (20puntos)

Regular: si responde la espera de 2 meses entre cada relación. (10puntos)

Mal: si responde la espera de 1 meses entre cada relación (0puntos)

- La pregunta 4 se evaluará de (20ptos) 2puntos por cada inciso

Bien: si marca los 10 métodos (20pts)

Regular: si marca 6 métodos (12pts)

Mal: si marca menos de 5 (0pts)

➤ La pregunta 5 se evaluará de(20ptos) 4puntos por cada inciso

Bien: si marca las 5 proposiciones (20pts)

Regular: si marca 3 proposiciones (12pts)

Mal: si marca menos de 3(0pts)

➤ La pregunta 6 se evaluará de (20 ptos)

Bien: si responde la responsabilidad compartida (20ptos)

Mal: si responde la responsabilidad de la hembra o el varón (0ptos)

➤ La pregunta 7 se evaluara de (20ptos)

Bien: si responde no estar preparado (20 puntos)

Mal: si responde estarlo (0 puntos)

ANEXO 3 Tablas

Tabla No 1 Valoración del conocimiento sobre salud reproductiva que poseen las jóvenes encuestados, antes después de aplicado el programa educativo.

Conocimiento	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	16	20.3%	75	94.9%
No	63	79.7%	4	5.1%

Fuente: Encuesta

Tabla No 2 Valoración del uso de preservativo durante la primera relación sexual.

Uso de preservativo	No	%
Si	7	8.9%
No	72	91.1%

Tabla No 3 Realización de prácticas sexuales promiscuas.

Prácticas sexuales promiscuas.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	52	65.8%	14	17.7%
No	27	34.2%	65	82.3%

Tabla No 4: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Método anticonceptivo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Preservativo	72	91.1%	79	100%
Condón Femenino	11	13.9%	73	92.4%
Diafragma	8	10.1%	67	84.8%
Vacunas	77	97.4%	79	100%
Tabletas	63	79.7%	79	100%
T de Cobre	69	87.3%	79	100%
Multiload	23	29.1%	75	94.9%
Asa	45	56.9%	68	86.0%
Jaleas Espermicidas	5	6.3%	71	89.8%

Tabla No 5: Conocimiento de las posibilidades de adquirir una ITS

Propuestas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Uso de baños contaminados	27	34.1%	78	98.7 %
Compartir ropas	18	22.7%	72	91.1%
Juegos sexuales sin penetración	24	30.3%	75	94.9%
Relaciones sexuales(vaginal, anal .oral)	73	92.4%	79	100%
Por sangre infectada(tranfuciones contaminadas, compartiendo agujas o jeringuillas)	65	82.2%	79	100%

Tabla No 6: Responsabilidad ante un embarazo.

Propuestas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Hembras	58	73.4%	2	2.5%
Varones	6	7.6%	0	0%
Los dos	15	19.0%	77	97.5%

Tabla No 7: Preparación para tener un hijo.

Posibles respuestas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Si	52	65.8%	4	5.1%
No	27	34.2%	75	94.9%

Tabla No 8: Nivel de Conocimiento

Posibles respuestas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bueno	16	20.2%	77	97.5%
Regular	21	26.6%	2	2.5%
Malo	42	53.2%	0	0%

