

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“JOSÉ ASSEF YARA”

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER CONDUCTAS SEXUALES RESPONSABLES EN ADOLESCENTES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA NÚMERO 6.

AUTORA: Dra. Lianet Castro González.

**Residente de segundo año de la especialidad de
Medicina General Integral.**

2012

REPÚBLICA DE CUBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“JOSÉ ASSEF YARA”

CIEGO DE ÁVILA

UNIDAD DOCENTE DE MORÓN

TÍTULO: INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PROMOVER CONDUCTAS SEXUALES RESPONSABLES EN ADOLESCENTES DEL CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA NÚMERO 6.

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.



AUTORA: Dra. Lianet Castro González.
Residente de segundo año de la especialidad de Medicina General Integral.

TUTOR: Dr. Reinerio Rubio Rojas
Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia.

MORÓN 2012.

PENSAMIENTO

“Ninguna mujer es completamente libre mientras no tenga control sobre su propio destino reproductivo”.

Margaret Sauger.

DEDICATORIA

A mis padres por estar siempre en cada momento de mi vida y su ayuda incondicional.

A mi esposo Yensy González González por su amor, su comprensión y su constante apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A la Revolución Cubana, por tantas oportunidades de superación profesional y realización personal.

A mi comandante Fidel, por su ejemplo.

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa con los adolescentes del consultorio de la familia No. 6 perteneciente al Policlínico José Agustín Más Naranjo en el período comprendido entre junio del 2011 hasta junio del 2012, con el objetivo de elevar los conocimientos acerca de conductas sexuales responsables en dicho grupo. El universo estuvo constituido por 176 adolescentes de ambos sexos. Para la obtención del dato primario se aplicó una encuesta al inicio de la investigación obteniéndose un diagnóstico previo donde se detectaron las necesidades educativas sobre el tema y se implementó la intervención educativa, auxiliada por medios de enseñanzas. Se evaluó el impacto final de la misma. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables y fueron procesados por una computadora Pentium, como procesador de texto el Microsoft Word del Office XP auxiliándonos además del Microsoft Excel. Finalmente se expresó el contenido en tablas de distribución de frecuencia, aplicando el número y porcentaje. Se discutió tomando como referencias bibliográficas la información encontrada en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas en Ciego de Ávila, además de la base de datos MEDLINE previa documentación del autor. Con la intervención los adolescentes elevaron el nivel de conocimientos sobre el tema y cambiaron sus modos de actuación.

Palabras claves: adolescentes, conducta sexual responsable.

INDICE

	Páginas
Introducción	1-4
Marco Teórico	5-14
Materiales y Métodos	15-19
Resultados y Discusión	20-28
Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Referencias Bibliográficas	31-34
Anexos	

INTRODUCCIÓN

Se considera la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un periodo de transición de un estado a otro. La adolescencia es la etapa en la vida en la que se experimenta el más rápido proceso de crecimiento físico y de maduración emocional e intelectual y en términos generales podemos delimitarla entre los 12 y 19 años. Este desarrollo ha incluido cambios físicos, emocionales y sociales. Así mismo se produce una variación en la manera en que se desarrollan con el mundo que los rodea (1-3).

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

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

La mejor protección de los intereses de los adolescentes y la mayor garantía para su desarrollo armónico e integral es una sólida educación moral, una relación armónica entre padres e hijos, una atmósfera de solidaridad y respeto; en el seno de la familia y en la escuela, sin excluir de este intercambio los aspectos que se relacionan con la sexualidad. Es mucho más juicioso preparar a los adolescentes para que hagan uso racional de la amplia libertad de que disfrutan y no a confiar en prohibiciones impuestas. Sin razonar que hoy

estarían en contradicciones con los principios que rigen el desarrollo de la personalidad (5-7).

Hasta ahora nunca ha sido tan urgente la necesidad de actuar para promover el desarrollo saludable de los jóvenes, un tercio de la población mundial se encuentra entre los diez y veinticuatro años de edad y cuatro de cada cinco de estos jóvenes viven en países desarrollados los cuales representan un gran recurso para la humanidad debido a su energía, a su idealismo y sus nuevos puntos de vistas, pero al mismo tiempo son más vulnerables (1).

El mundo en que viven ha cambiado con rapidez en estos últimos decenios, el flujo de la población hacia la ciudades, la propagación de las telecomunicaciones a través de las fronteras culturales y geográficas, la proliferación de los viajes, el inicio más temprano de la pubertad y la edad más tardía que se celebra los matrimonios, la reducción de las influencias, el poder de las familias y el advenimiento del SIDA han tenido un impacto sobre las conductas y salud de los jóvenes (3-6).

Durante la juventud se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida. Son muchas las cosas que se prueban o que se intentan por primera vez durante la adolescencia, por ejemplo las relaciones sexuales, sin tener un adecuado conocimiento sobre las consecuencias de esta, así como tampoco un manejo adecuado de los métodos anticonceptivos y de la protección de las infecciones de transmisión sexual, constituyendo estas la base de los problemas asociados al embarazo y partos no deseados (4-5).

Es objetivo esencial de la sociedad socialista la felicidad del ser humano para esto es importante lograr la formación multilateral y armónica de la personalidad, donde naturalmente se incluyen la preparación en los aspectos relacionados con la sexualidad y la vida en familia.

El diagnóstico efectuado, la revisión de otras investigaciones relacionadas con el tema, la observación sistemática y la experiencia práctica como profesional de la salud, han permitido comprobar que existe desconocimiento en la mayoría de los adolescentes del consultorio de la familia No.6 del municipio

Primero de Enero, pues carecen de información necesaria sobre el tema de la sexualidad, lo que nos demuestra que se hace imprescindible el desarrollo de programas educativos en aras de elevar el nivel de conocimiento de nuestros adolescentes sobre el tema, para cambiar conductas negativas por conductas responsables y favorecer así la calidad de vida de nuestros adolescentes.

Es por todo lo anterior que precisamos el siguiente **problema de investigación**: ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre sexualidad en los adolescentes del consultorio de la familia No.6 del municipio Primero de Enero?

Hipótesis.

Si se aplica un programa de intervención educativa basado en las necesidades de aprendizaje sobre el nivel de conocimientos relacionados con la sexualidad, entonces se logrará una salud sexual adecuada y un mejoramiento en la calidad de vida de los adolescentes del consultorio de la familia No. 6 del municipio de Primero de Enero.

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 sexualidad en los adolescentes del consultorio de la familia No.6 del municipio Primero de Enero en el período comprendido entre junio del 2011 y junio del 2012.

Específicos.

- Distribuir la población estudiada según variables demográficas (Edad, Sexo).
- Diagnosticar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre sexualidad antes y después de la intervención.
- Elaborar un programa de intervención educativa relacionado con la sexualidad.
- Implementar el programa de intervención educativa elaborado.
- Evaluar los resultados del programa de intervención educativa implementado.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos.

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Consideramos a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de

transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) , la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores Socio-culturales (6).

Desde épocas primitivas las duchas vaginales de zumo de limón y extracto de vaina de caoba eran de uso común y se sabe que hoy en día esta combinación es fuertemente espermicida. Muy popular resultó ser el uso del excremento de cocodrilo o de elefante y los pesarios de miel con goma arábica obtenida del árbol de la acacia y que libera ácido láctico al fermentarse. La combinación de la miel con su propiedad adhesiva y de barrera y la acción espermicida del ácido láctico producían el efecto anticonceptivo.

Los griegos usaban la anticoncepción post coital sentándose a la mujer en cuclillas lo que aumentaba la presión intraabdominal, para intentar expulsar el semen de la vagina; también practicaban el coito interrumpido y la limpieza vaginal digital.

Para los antiguos hebreos la anticoncepción se practicaba con la abstinencia, aunque parece que tenían conocimientos acerca de la época fértil del ciclo de la mujer, ya que Moisés señalaba un lapso de 7 días desde el final de la menstruación hacia el período de la fertilidad.

Durante la Edad Media los conocimientos acerca de la anticoncepción estuvieron restringidos, dado el dominio por la iglesia católica romana, los cuales se pronunciaban en contra del control de la natalidad incluyendo incluso la anticoncepción en parejas casadas.

Más tarde comenzaron a aceptarse los métodos naturales de planificación como el uso de fumigaciones intravaginales, el lavado del pene con vinagre o ácido acético, condones de membrana de animales, utilización de drogas que bloquearan el cérvix o expulsaran el semen.

En 1798 Tomas Robert publicó el ensayo sobre el principio de la población, donde proponía un matrimonio tardío y una estricta castidad pre marital.

A principios del siglo XX la enfermera Margaret Hiegins Sauger conmovida por la miseria y el sufrimiento de las familias numerosas y tras la muerte de una mujer a consecuencia de un aborto criminal crea una clínica con el fin de controlar la natalidad; fue creada en Brooklyn en el año 1916.

En Inglaterra fue France Place quien logra el control de la natalidad a finales del siglo XX.

A inicio de los años de la década de los sesenta y tras comprobarse los graves efectos secundarios que causaban la aparición de la “píldora” se logró poner en manos del personal médico los servicios de planificación familiar.

En consonancia con el criterio anterior en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, Egipto, en el mes de Mayo de 1994, los países participantes, incluyendo Cuba, defendieron el criterio de que: “La Salud Reproductiva, se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida activa sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decir cuándo y con qué frecuencia hacerlo”. En esta última afirmación está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo y aceptable, a un costo razonable y libre de riesgos, a los métodos de control de la fecundidad de su elección (1, 3,5-7).

En la actualidad, el programa de planificación familiar en Cuba se enmarca en el contexto de la atención a la salud materno-infantil, lo que constituye un instrumento de prevención que contribuye a elevar la calidad de vida de la mujer, el niño y la familia como un todo, con la repercusión que esto significa en la dinámica de la sociedad general (5).

El derecho a la planificación de la familia, a la salud y al bienestar relacionado con la reproducción debe convertirse en la realidad de todos, como fue establecido en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, que

plantea como meta para el año 2015 el acceso garantizado a todos, de los servicios de planificación familiar.

La llegada de la pubertad se está produciendo cada vez a edades más tempranas y la edad de contraer matrimonio tiene una evidente tendencia a prolongarse, lo que trae como consecuencia que los jóvenes se enfrenten a un período de tiempo más largo en el que son sexualmente maduros, y gran parte de ellos además sexualmente activos. En este período el embarazo y la llegada de los hijos pueden no ser deseados ni socialmente aceptables lo que constituye una poderosa razón entre muchas otras para promover entre los adolescentes y jóvenes el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos (1,5-10).

La educación de los adolescentes debe incluir información sobre los medios de regulación de la fecundidad y los métodos anticonceptivos. Como principio pedagógico debe ofrecerse una información a la persona antes de que tenga necesidad de ella. La adolescencia 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 en la vida adulta. Es indiscutible que uno de los aspectos fundamentales en estas edades lo constituye el sexo, indisolublemente ligado al ser humano como ente biológico, y que es un proceso instintivo y natural, modificado por patrones sociales (11).

En lo biológico, en muchos estudios se ha observado clínicamente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años. Paradójicamente la madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho de que la fecundidad presente mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida

reproductiva de la mujer. La morbilidad y mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil), presenta tasas más altas en las madres menores de 20 años. Peláez refiere, además, que el embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía. Recién después de 5 años de edad ginecológica es que la joven alcanza su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de post menarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que implican (12).

Estudios revisados encuentran cifras alarmantes tales como: sólo el 23 % de las adolescentes que se embarazan desean la gestación, más del 50 % de estos embarazos no deseados ocurren en los primeros 6 meses posteriores a la primera relación sexual y sólo una pareja de cada 5 había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos (1, 5, 9,12-14).

Casper considera que la interacción familiar puede ser efectiva con las adolescentes para el uso del contraceptivo o selección del aborto, pero no de su actividad sexual, por lo tanto, para el uso de los métodos anticonceptivos, así como para la prevención del embarazo en los adolescentes influye: la edad del adolescente, el interés e ingreso familiar, la religión y sobre todo su educación (7).

Mundialmente hay un crecimiento poblacional desmesurado, particularmente en Latinoamérica, donde el incremento de la reproducción se observa frecuentemente en mujeres jóvenes y adolescentes económicamente comprometidas y dependientes ; esto se evidencia estadísticamente por el incremento en la demanda de servicios de salud por embarazos, partos y puerperio. Cada año 3, 312,000 adolescentes Latinoamericanas llevarán a término un embarazo., ejemplos de esto se encuentran en Costa Rica, donde 47 % de estos egresos hospitalarios se localizan en edades entre los 15 y 19 años; en Colombia el 68 % de los egresos son en edades entre los 12 y 18 años; el 25 % de las consultas ambulatorias en Venezuela de mujeres entre los 16 y 18 años de edad es por causa materna (7).

Contradictoriamente, este mismo fenómeno se evidencia incluso en los Estados Unidos, país desarrollado y con una economía sólida pero cuyas estadísticas hablan por sí solas. La proporción de adolescentes embarazadas en el decenio que culminó aumentó en 19 %; la disminución de los nacimientos se explicó porque la tasa de aborto aumento en un 90 % (15).

La situación de los adolescentes cubanos puede catalogarse como favorable con relación a las de los adolescentes de la mayoría de los países en desarrollo, pero no por ello deja de ser un grupo especial de población con problemas y riesgos al que cada vez se presta más atención por ser la antesala de una adultez plena. Ellos han estado siempre presentes en programas y acciones de salud del estado cubano, con más fuerza en las últimas décadas, tomando en estos así carácter intersectorial. Este sector de la población es bastante extenso y se hace necesario ver su salud con un enfoque cada vez más integral (9,11-15).

En Cuba en el año 1983 de cada 100 partos 22 correspondieron a madres menores de 20 años. El porcentaje de partos en adolescentes cubanas se ha reducido de un 22,8 % en 1990 a un 13,5 % en 2000, no obstante aún es frecuente en nuestro medio que los adolescentes recurran a métodos como la regulación menstrual e interrupción por legrado entre otros, como métodos de regulación de la natalidad en lugar de hacerlo a través de los medios adecuados para ello que, además de ser inocuos les son mucho más accesibles pudiendo contar también con el servicio orientador del Médico General Integral.

Desde el punto de vista conceptual la anticoncepción ha avanzado considerablemente en cuanto su diversidad y eficacia. Es así que existen numerosos métodos anticonceptivos con sus indicaciones y contraindicaciones específicas.

Los adolescentes en el momento actual pueden elegir con la supervisión y consejería médica cualquiera de los métodos a su disposición tanto inyectables, como implantes, nuevos tipos de DIU, anticonceptivos orales, los condones, diversos espermicidas y los capuchones cervicales, además

podemos citar nuevas versiones del método del ritmo y la lactancia materna, desechando la esterilización femenina y masculina como método muy eficaz por tratarse de adolescentes (15).

La seguridad, la confianza y la independencia que nuestra sociedad ha garantizado para todos y ha aumentado las oportunidades de intercambio y sana realización entre los jóvenes. Estos son elementos positivos de las transformaciones de nuestra sociedad que se consolidarán y ampliarán, sería tarea inútil y contraproducente además anti histórico intentar revertir esta tendencia, pero esa realidad irreversible que es la mayor libertad de los jóvenes nos confrontan en forma creciente con los problemas de sexualidad adolescente (5).

A pesar del desarrollo en la tecnología anticonceptiva y los cambios en las normas sociales el embarazo en la adolescencia permanece como un asunto clave para los políticos, científicos, psicólogos suministradores de salud (10).

En nuestra provincia todavía el índice de embarazo en la adolescencia es elevado (18,4 %).El municipio de Primero de Enero no está excluido de este incremento, ya que el porcentaje es de un 5,3, como tampoco lo está el área de salud de Georgina al cual pertenece el consultorio 6 donde se realizó la investigación en el periodo de tiempo de 1 año, el cual es relativamente corto; ya que en los últimos 4 años se ha reportado un incremento de un 3,6% de adolescentes embarazadas.

Para atender correctamente a los adolescentes se deberá conocer, comprender y asumir el concepto de salud integral del adolescente. Es importante está consciente toma de posición ante una situación comúnmente observada, en la que se asevera que el ser humano es una unidad bio-psico-social, pero que en la práctica suele reducirse a la concentración de esfuerzos de los programas de salud en el área biológica. El objetivo de los programas debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales,

así como reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables.

El concepto de salud integral del adolescente abarca la interacción entre lo biológico, psicológico y social (16-17).

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”. Estas, 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 (18-21).

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.

La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto.

Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido

una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud.

Estos hechos, determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue, según algunos autores, hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida.

Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo. El tiempo de la adolescencia está relacionado con el tiempo de expectativa de vida de los sujetos de una comunidad y varía en función de los niveles de vida, económicos, posibilidades educativas, necesidades de mano de obra o falta de empleo, etc. (22,23-25).

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias.

El/la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificadoras.

En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay

pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

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 (26). Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. 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.

Alcance comunitario de la intervención educativa.

A través de esta intervención se instruye a los jóvenes sobre conductas sexuales responsables logrando elevar el nivel de conocimientos para alcanzar un cambio de actitud positiva y mejorar la calidad de su salud reproductiva.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre experimental de intervención del tipo antes y después a los Adolescentes del Consultorio No. 6 perteneciente al Policlínico Docente de Primero de Enero en el período comprendido entre junio del año 2011 a junio del año 2012 con el objetivo de promover conductas sexuales responsables que favorecieran la disminución de la práctica del aborto provocado y del embarazo no deseado.

El universo del estudio estuvo constituido por 176 adolescentes dispenzarizados en el consultorio antes mencionado. Se excluyeron dos adolescentes por padecer trastornos mentales que podrían alterar la veracidad de sus respuestas.

El procedimiento de recolección de la información de datos se realizó a partir de una fuente activa o primaria mediante el contacto directo con cada sujeto de estudio, con el instrumento diseñado al efecto por el autor y tutor del trabajo, la encuesta (anexo 1) previa validación en un grupo de veinte adolescentes. Se les pidió a los padres el consentimiento para que participaran en la investigación y recibieran información sobre educación sexual.

Se estudiaron variables como edad y sexo considerándose la adolescencia desde los 11 años hasta los 19 años dividido en las siguientes etapas, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- a) Adolescencia precoz: desde la pubertad hasta los 15 años.
- b) Adolescencia intermedia: desde los 16 hasta los 17 años.
- c) Adolescencia tardía: desde los 18 hasta los 19 años.

Después de aplicar la encuesta se evaluaron los conocimientos que tenían los adolescentes sobre el tema y en dependencia de sus necesidades de aprendizaje se realizó un programa educativo mediante charlas educativas, dinámicas de grupos y videos debates sobre educación sexual (Anexo 2) y posteriormente se aplicó la misma encuesta y se evaluaron los resultados del programa educativo.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

1-Nivel de conocimiento sobre conductas sexuales responsables.

1.1- Bien: de las 5 últimas preguntas de la encuesta 3 respuestas o más correctas

1.2- Regular: de las 5 últimas preguntas de la encuesta 2 respuestas correctas.

1.3- Mal: de las 5 últimas preguntas de la encuesta 1 respuesta o ninguna correcta.

2-Sexo biológico.

2.1- Femenino.

2.2- Masculino.

3- Grupo de edades.

3.1-De 18 a 22 años.

3.2-De 23-27 años.

3.3-De 28 y más años.

Variables independientes.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de Variable	Escala de medición
Sexo	Características físicas biológicas que definen al hombre y la mujer	Define como masculino al hombre y femenino a la mujer	F M	Cualitativa	Nominal

Edad	Años de vida registrados según carné de identidad o partida de nacimiento	Tiempo cumplido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años	Cuantitativa	Ordinal

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 sexualidad tienen los adolescentes del estudio.	Malo Regular Bueno	Cualitativo	Nominal

Como medidas de recolección de la información se utilizaron las medidas de frecuencia (proporción por ciento), los datos obtenidos fueron computarizados por sistema, la técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%), los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencia, para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Aporte práctico de la investigación.

La investigación tiene como un propósito inicial conocer el nivel de conocimientos que tienen los jóvenes sobre conductas sexuales responsables y una vez realizado el diagnóstico inicial sobre los mismos instruirlos, brindándole la información disponible con la finalidad de elevar el conocimiento a través de una intervención educativa apoyada en medios de enseñanzas.

Los participantes de forma voluntaria y anónima, accedieron a llenar encuestas antes y después de la intervención, lo que nos dio la oportunidad de evaluar la dimensión psicopedagógica del programa sobre sexualidad saludable y responsable, para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual con un uso adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos.

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.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la Pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita su instrumentación, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo.

La intervención educativa diseñada consta de la siguiente estructura. (Anexo2)

- Objetivo General: Elaborado tomando en consideración las necesidades reales detectadas en el diagnóstico inicial.
- Objetivos Específicos: Elaborados sobre la base de las aspiraciones a alcanzar en cada una de las acciones a desarrollar.
- Acciones: Planificadas de manera tal que abarquen las temáticas más actuales sobre la anticoncepción.
- Formas Organizativas: Posibilitarán el desarrollo armónico y concreto de las acciones que se proponen en aras de una mayor organización.
- Tiempo: Posibilita la planificación y concreción de las acciones.
- Medios de enseñanzas: Manifiesta el modo de expresarse el método a través de distintos tipos de objetos materiales o la palabra del docente.

Las acciones que en ella se diseñan serán ejecutadas en el propio consultorio y los ejecutores de cada actividad se seleccionarán tomando en cuenta a los profesionales más preparados, de mayor calificación y experiencia.

Se utiliza el taller como forma organizativa predominante, porque esta modalidad ofrece ventajas en el trabajo grupal y es un tipo de forma de organización que concuerda con la concepción problematizadora y desarrolladora de la educación en la medida en que él se trata de salvar la dicotomía que se produce entre la teoría-práctica; producción-transmisión de los conocimientos, habilidades y hábitos.

La responsabilidad del nivel de conocimiento en los jóvenes, sobre sexualidad es compartida por la familia, los educadores y los medios de difusión masiva, lo que facilitará aplicar programas bien diseñados y aplicables de forma masiva en las áreas de salud con una adecuada dispensarización a través del Médico de Familia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de los adolescentes según edad y sexo.

Grupos de edades	Sexo				Total	%
	M	%	F	%		
11-13	23	23.9	20	25.0	43	24.5
14-16	44	45.8	35	43.8	79	44.8
17-19	29	30.3	25	31.2	54	30.7
Total	96	54.5	80	45.4	176	100

Fuente: Datos de la encuesta.

La tabla anterior muestra que el grupo etario que predominó fue el de 14 a 16 años con 44 adolescentes para el sexo masculino y 35 para el sexo femenino, lo que representa un 45.8 % y 43.8 % respectivamente. Así mismo el sexo predominante fue el masculino con 96 adolescentes para un 54.5 %.

Tabla 2: Distribución de los adolescentes según edad de las primeras relaciones sexuales.

Edad de las primeras relaciones sexuales	Sexo				Total	%
	M	%	F	%		
11-13	9	42.822	48.9		31	46.9
14-16	6	28.6	14	31.1	20	30.3

17-19	6	28.6	9	20.0	15	22.8
Total	21	31.9	45	68.1	66	100

La tabla 2 muestra que de los 176 adolescentes sólo 66 refieren haber tenido relaciones sexuales y la mayoría la sostuvo entre los 11 y 13 años para un 46.9 % lo cual coincide con los resultados obtenidos por la Dra. Lanza en una investigación similar realizada en el municipio Cruces (22).

También se puede apreciar que el mayor número de adolescentes que han tenido relaciones sexuales corresponde al sexo femenino con 68.1 % lo cual coincide con estudios realizados en el municipio Bolivia y el área Sur de Morón (23,24). Esto pudiera estar relacionado con la aparición de la pubertad más tempranamente en el sexo femenino aunque también pudieran influir ciertos cambios sociales y morales de los adolescentes hacia las relaciones sexuales.

Tabla 3: Distribución de los adolescentes según utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Utilización de los métodos anticonceptivos	Sexo					
	M	%	F	%	Total	%
Si	6	28.5	9	20.0	15	22.7
No	15	71.5	36	80.0	51	77.3
Total	21	31.9	45	68.1	66	100

En la tabla anterior podemos observar que de los 66 adolescentes que refieren haber tenido relaciones sexuales sólo 15 para un 22.0 % utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores revisados (22,23-24).

Tabla 4: Distribución de los adolescentes según si han quedado embarazadas en el año anterior y posterior a la educación.

	Antes		Después	
	No	%	No	%
Embarazadas				
Sí	8	17.7	24.5	

No	37	82.3	43	95.6
Total	45	100	45	100

La tabla anterior nos muestra resultados muy favorables al lograr disminuir el número de embarazos de 8 antes de la intervención a sólo 2 después de la misma, teniendo en cuenta lo difícil que es modificar conductas en los adolescentes en sólo un año de intervención. Este resultado no pudimos compararlo porque no existe ninguna bibliografía que analice este aspecto, pero en nuestra opinión este resultado se debe al mayor conocimiento de los adolescentes sobre las consecuencias del embarazo a tan temprana edad después del programa educativo.

Tabla 5: Distribución de los adolescentes según si han llegado a término su embarazo.

Término del Embarazo	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sí	4	50.0	-	-
No	4	50.0	2	100.0
Total	8	100	2	100

En esta tabla se pueden observar también resultados muy favorables ya que antes de la aplicación de la intervención educativa de las 8 adolescentes que

quedaron embarazadas 4 llegaron al término de la gestación abandonando sus estudios y todo lo demás que esto trae consigo y luego de la intervención las dos adolescentes que quedaron embarazadas interrumpieron su gestación con el método de Regulación menstrual sin complicaciones en el proceder.

Este resultado nos habla de la ventajas de la aplicación de intervenciones educativas sobre el tema de educación sexual a los adolescentes Resultados similares fueron encontrado por Martin y Lanza en trabajos similares (15).

Tabla 6: Distribución de los adolescentes según el conocimiento del método anticonceptivo más eficaz.

Método	Antes		Después	
	No	%	No	%
DIU	45	25.5	7	3.9
Coito interrupto	3	1.8	0	0
Condón	80	45.4	148	84.2
Método del ritmo	10	5.7	0	0
Tabletas	38	21.6	21	11.9
Total	176	100	176	100

La tabla 6 nos muestra como después de la intervención los adolescentes presentaron un mayor conocimiento sobre el método anticonceptivo más eficaz al seleccionar el condón con un 84.2 %, aunque no se puede despreciar el resultado obtenido antes de la intervención que fue el superior para esta etapa con un 45.4 % Estos resultados coinciden con otros autores revisados (22,23-24). Somos del criterio que la poca utilización de este método se debía a falsos preceptos machistas y cierto desconocimiento de las ventajas que la misma le ofrece a la pareja.

Tabla 7: Distribución de los adolescentes según el conocimiento de las consecuencias fundamentales del aborto.

Consecuencias	Antes		Después	
	No	%	No	%
Infecciones	106	60.2	161	91.4
Anemia aguda	93	52.8	33	18.7
Perforación uterina	72	40.9	28	15.9

ITS	50	28.4	10	5.6
Hemorragias	100	56.8	138	78.4
Muerte	21	11.9	145	82.3

En la tabla anterior se puede apreciar como los adolescentes antes de la intervención colocaban a las infecciones con un 60.2 %, las hemorragias con un 56.8 % y la anemia aguda con un 52.8 % como las consecuencias fundamentales del aborto. Sin embargo después de la intervención además de incrementarse los por cientos de las infecciones y las hemorragias sitúan a la muerte como una de las consecuencia fundamental con un 82.3 % todo lo cual coincide con los resultados de la bibliografía revisada (22).

En nuestra opinión el que no incluyeran la muerte como una de las consecuencias fundamentales del aborto antes de la intervención es debido a la confiabilidad en nuestros servicios de salud todo lo cual los lleva a realizarse esta intervención sin medir con claridad las consecuencias de esos actos.

Tabla 8: Distribución de los adolescentes según conocimiento general sobre educación sexual.

Preguntas	Antes						Después					
	Acuer		Desc		No		Acu		Des		No	
	do	%	%	%	%	%	erd	%	ac	%	%	%
					Res						Res	
					p						p	

anticonceptivo responsabilidad de la mujer.	76	43.1	90	51.1	10	5.6	13	7.3	162	92.0	1	0.5
El condón un método eficaz pero disminuye el placer.	98	55.6	68	38.6	10	5.6	11	6.2	164	93.1	1	0.5
El aborto sirve para interrumpir el embarazo pero no es un anticonceptivo.	122	69.3	51	28.9	3	1.7	170	96.5	3	1.7	2	1.1
El embarazo responsabilidad de la mujer.	109	61.1	59	33.5	8	4.5	16	9.0	159	90.3	1	0.5
El hombre y la mujer tienen iguales necesidades sexuales.	87	49.4	88	50.0	1	0.5	170	96.5	5	2.8	1	0.5

Tabla 9: Distribución de los adolescentes según la calidad de las respuestas.

Respuesta	Antes		Después	
	No	%	No	%

Buenas	43	24.4	99	56.2
Regulares	56	31.8	64	36.3
Malas	77	43.7	13	7.3
Total	176	100	176	100

En esta tabla se muestra que antes de la intervención predominaron las respuestas negativas con un 43.7 % y las regulares con un 31.8 % y después de la intervención el predominio fue de las respuestas positivas con un 56.2 % seguida de la regulares con un 36.3 % lo cual demuestra la importancia de la aplicación de estos programas educativos en los adolescentes para mejorar sus conocimientos sobre conductas sexuales responsables.

CONCLUSIONES

1. En el estudio realizado predominó el grupo etario de 14 - 16 años con un 48.4 % y el sexo masculino con 96 adolescentes para un 54.5 %.
2. En nuestro estudio encontramos que el mayor porcentaje de adolescentes han tenido relaciones sexuales fue entre los 11 y 13 años para un 46.9 %.
3. El porcentaje de adolescentes que han usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual es de 22.0 %.

4. Se demostró que con un programa educativo bien ejecutado se puede disminuir el número de embarazos en la adolescencia y al mismo tiempo el número de estos que terminan en el aborto.
5. A pesar de que existe conocimiento por parte de los adolescentes del método anticonceptivo más eficaz con un programa educativo se puede aumentar ese por ciento y promover más su uso.
6. Antes del programa educativo los adolescentes no incluyen la muerte como una de las consecuencias fundamentales del aborto, al parecer por su confianza en los servicios de salud lo que aumenta su valor a la hora de tomar esta decisión.
7. Mediante el trabajo educativo con los adolescentes se pueden mejorar los conocimientos generales sobre educación sexual y hacer que estos sean llevados a la práctica.

RECOMENDACIONES

1. Sistematizar el trabajo educativo sobre educación sexual y reproducción en los adolescentes.
2. Dar a conocer los resultados de este trabajo a todos los médicos y personal de salud con el objetivo de incrementar las actividades sobre Educación Sexual en los adolescentes.
3. Continuar esta investigación durante cinco años para al final evaluar los resultados a largo plazo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Peláez Mendoza J. Anticoncepción en la adolescencia. En: Adolescencia y sexualidad: Controversias sobre una vida que comienza. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.p.90-96.
2. Louro BI: La intervención educativa. Folleto. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 2008.
3. Álvarez Sintés F. Temas de Medicina General Integral. TI, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p.
4. Ortiz Lee C. Consulta Médica. Periódico Granma; 2010.

5. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 2007.p.93.
6. Álvarez Lajonchere C. El embarazo en la adolescencia. 2da Edición. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2008. p. 1-2.
7. Casper LM. La interacción familiar previene el embarazo de la adolescente. Plan a Perpect 2007; 22(3).p. 109-114.
8. Medivil López Jesús Roberto. Concenso de Procederes diagnósticos y terapêuticos en Obstetricia y Perinatología. La Habana; 2010.
9. Romero M I. Embarazo en la Adolescencia. Módulo 3: Lección 15. Sexualidad y Embarazo; Curso Salud y Desarrollo del Adolescente [citado 15 de febrero del 2007] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>
10. Toruño Toruño A. Jóvenes a merced del SIDA: Nicaragua despunta la falta de información de VIH. Rev CISAS [Serie en Internet] .2005[Citado 8 May 2007];21(4): [aprox. 4. p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.pdf?Script=sci_arttext@pid=S0375075037507602005000200013@ing=es@hrm=iso.ISSN0375-0760.
11. Louro BI. La intervención educativa. Folleto. Facultad de Salud Pública. Ciudad de La Habana; 2008.
12. López Sánchez F. Pedagogía sexual como prevención de riesgo. Actas Congreso Estatal de Planificación Familiar. Valladolid; 2010.
13. Peláez Mendoza J. Anticoncepción en la adolescencia. En: Adolescencia y sexualidad: Controversias sobre una vida que comienza. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 90-96.

14. Beers Mark H, Porter Robert S. Manual Merck; v (8): Sección 18. Ginecología y Obstetricia. Edición 2007. Madrid. España: Editorial Elsevier .p.2351-2358.

15. Román Torres R. Intervención promocional sobre anticoncepción del Instituto Básico de San Juan Atitán. Marzo-diciembre 2011. Guatemala: Huehuerenango; 2011.

16. Peláez Mendoza .Adolescencia y anticoncepción. Sexología y sociedad 2007. (3).

17. Ortiz Lee C. Consulta médica. Periódico Granma 20t)/ Sept. 24.2011

18. Álvarez Lajonchere C. Embarazo en la adolescencia. 2. Ed. La Habana: Científico-Técnico; 2008. p. 4-5.

19. Peláez Mendoza. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes: Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. 2. Ed. La Habana: Editorial Científico –Técnica; 2008. p. 54-83.

20. Peláez Mendoza. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia en ginecología infanto-juvenil: Su importancia. La Habana SOCUDEF; 2008. p. 30.

21. Torres P, Walquer DM, Gutiérrez JP, Bertozzi S. Estrategia novedosa de prevención de embarazo e ITS-VIH-SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Rev Salud Pub Méx[Serie en Internet].2006 [Citado 22 Jun 2007]; 48(4):[Aprox. 9. p.]. Disponible en: http://scielo.php?Script=sci_arttext34662003000400009ping=eshrm=isoISSN0864-3466

22. Rodríguez Cabrera A, Álvarez Vásquez L. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Púb [Serie en Internet]. 2006 [Citado 22 Jun 2007]32(1): [Aprox. 3. p.]. Disponible en: http://bus.sld.cu/revista/mil/vol_32/4/03/mil04403.htm

23. Ugarte Díaz RM. La familia como factores de riesgo, protección y resistencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes [Serie en Internet]. 2005[citado 5 Feb 2008]:[Aprox.1.p.]. Disponible en: http://www.venumperu.com/friesgo_cap5_p130_169.pdf.

24. VIH y SIDA. Estimación mundial. Datos globales [Serie en Internet]. 2001[citado 5 Feb 2008].[aprox. 8 .p.]. Disponible en: <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihoms01.htm>

25. Embarazo en la adolescencia [Serie en Internet]. 2005[citado 5 Feb 2008]. [aprox. 9. p.].Disponible en: http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm

26. Maceiras García L, Matesanz Barrios A, Ruiz Andorra E. Los centros jóvenes de adolescentes y sexualidad [Serie en Internet]. 2006[citado 5 Feb 2008].[aprox. 7.p.]. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/ageps/cjas.htm>.

ANEXOS

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 con una X)

Datos generales

1- Edad-----años

2- Sexo: (1) -----Femenino (2) ----- Masculino

3- ¿A qué edad tuviste la primera relación sexual (coito)? -----

4- Durante la primera relación sexual utilizaron tú o tu pareja algún método o medio anticonceptivo.

(1) ____ Si (2)____No

(Las siguientes dos preguntas son sólo para mujeres)

5- ¿Has quedado embarazada en el último año?

(1) ____ Si (2)____No

(Si la respuesta fue “Si responde la siguiente pregunta”)

6- ¿Llevó a término el embarazo?

(1) ____ Si (2)____No

7- El método anticonceptivo más eficaz y adecuado para los adolescentes que tienen relaciones sexuales eventuales es:

(1) ____DIU (anillo, T de cobre, etc.) (4) ____ El método del ritmo

(2)____ El retiro o coito interrumpido (5) ____ Las tabletas

Anticonceptivas

(3)____ El condón o preservativo

8- Entre las principales consecuencias de los abortos provocados, se incluyen (marcar sólo tres)

(1) ____ Infecciones

(4) ____ Enfermedad de transmisión sexual

(2)____ Anemia aguda

(5) ____ Hemorragias

(3) ____Perforación uterina

(6) ____ Muerte

9- Escala: te presentamos algunas afirmaciones y queremos conocer en qué medida estás completamente de acuerdo, en desacuerdo o no deseas responder (marcar una sola, circulando la respuesta)

El uso de medios anticonceptivos es responsabilidad de la mujer.

De acuerdo	En desacuerdo	No respuesta
1	2	3

El condón es un método eficaz pero disminuye el placer.

De acuerdo	En desacuerdo	No respuesta
1	2	3

El aborto sirve para interrumpir el embarazo pero no es un método anticonceptivo.

De acuerdo	En desacuerdo	No respuesta
1	2	3

El embarazo es una responsabilidad de la mujer.

De acuerdo	En desacuerdo	No respuesta
1	2	3

Tanto el hombre como la mujer tienen las mismas necesidades sexuales.

De acuerdo	En desacuerdo	No respuesta
1	2	3

ANEXO 2

Programa educativo para promover conductas sexuales responsables en adolescentes.

Tema 1: Relaciones con los padres e interpersonales.

Sumario:

1 - Conflictos del adolescente.

2- Comunicación con padres, amigos y profesores.

3- Las relaciones sexuales.

Objetivo:

1- Valorar los conflictos de la etapa, así como las nuevas experiencias a las que se pueden enfrentar.

Tipo de actividad: Debate y juego de cooperación "Los nudos"

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Psicólogo y Ginecobstetra.

Participantes: Adolescentes.

Tema 2: Debate y reflexión sobre el filme "Verano prematuro"

Objetivo:

1 - Propiciar entre los adolescentes el debate y la reflexión sobre la problemática del embarazo en esta etapa de la vida.

Aspectos para el debate:

1- Consecuencias que puede traer para un adolescente un embarazo.

2- Análisis de la situación por el grupo.

3- ¿Cómo lo ven los varones?

4 - ¿Cómo lo ven las hembras?

Tipo de actividad: Video-debate.

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Quincenal

Responsable: Psicólogo y Ginecobstetra.

Participantes Adolescentes.

Tema 3: Debate y reflexión sobre el filme de cortometraje animado "¿De dónde Venimos?"

Objetivo:

1- Propiciar entre los adolescentes el debate y la reflexión sobre la concepción de un embarazo.

Aspectos para el debate:

- 1 - Las relaciones de pareja.
- 2- Necesidad o no en la adolescencia de tener relaciones sexuales.
- 3- Necesidades de anticonceptivos.
- 4- ¿Cómo los padres han abordado esta situación?

Tipo de actividad: Video-debate.

Recursos: Equipo de video

Frecuencia: Quincenal "Responsable: Psicólogo y Ginecobstetra.

Participantes: Adolescentes.

Tema 4: Análisis de patrones de conductas en el hogar y de errores.

Sumario:

- 1- Análisis de errores y estatus de la familia en el hogar.

Objetivo:

1- Propiciar el análisis y el debate entre los padres a partir de situaciones que se dan en el libro "Mi familia es así",

Tipo de actividad: Dinámica con debate de situación.

Recursos: Lápices y hojas.

Frecuencia: Mensual.

Responsable: Psicólogo y Ginecobstetra.

Participantes: Padres de los adolescentes.

Tema 5: Debate y reflexión sobre el filme de cortometraje animado "Cuando la naturaleza avisa".

Objetivo:

1- Propiciar entre los adolescentes el debate y la reflexión sobre la concepción de un embarazo.

Aspectos para el debate:

1- Las relaciones de pareja.

2- Necesidad o no en la adolescencia de tener relaciones sexuales.

3- Necesidades de anticonceptivos.

4 - ¿Cómo los padres han abordado esta situación:

Tipo de actividad: Video-debate.

Recursos: Equipo de video.

Frecuencia: Quincenal.

Responsable: Psicólogo y médico especialista en Ginecobstetricia.

Participantes: Adolescentes.

Tema 6: Anticoncepción y toma de decisiones.

Sumario:

1- Métodos anticonceptivos.

2- Tipos de métodos anticonceptivos.

3- Ventajas y desventajas.

4- Concientización del proceso de la toma de decisiones.

Objetivos:

1- Reflexionar críticamente acerca de los métodos anticonceptivos y desarrollar una conducta positiva ante su uso para evitar embarazos no deseados.

2- Transmitir que el aborto no es un método anticonceptivo y los riesgos en

que se ve involucrada la adolescente cuando se somete al aborto.

3- Tomar conciencia del proceso de la toma de decisiones.

Tipo de actividad: conferencia, juego de animación "El correo sentimental"

Técnica "¿Qué tan importante son mis opciones?"

Recursos: Lápices y hojas Frecuencia: Quincenal

Responsable: Psicólogo y Ginecobstetra.

Participantes: Adolescentes.

ANEXO 3

Acta de consentimiento informado:

Yo _____ , hago constar que por este medio doy mi consentimiento para mi inclusión en este estudio después de haber recibido una explicación detallada suministrada por la Dra.

_____ sobre las características de este estudio.

_____ de _____ 201_

Firma del paciente _____

