UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE AVILA.
DR. JOSÉ ASSEF YARA.

POLICLINICO UNIVERSITARIO DE GASPAR
MARIO PÁEZ INCHAUSTI

Utilidad de una intervención educativa sobre anticoncepción y embarazo en adolescentes.

Autor(a): Dra. Milena Game Cabrera.
Aspirante a Especialista de MGI.

Tutor(a): Rolando Game Pina

Asesor(a): Dra. Alicia B. García Ranero.

Trabajo de Investigación para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral
Ciego de Ávila 2011

PENSAMIENTO.

"En la vida de toda mujer hay momentos que son inolvidables, como el primer amor, el primer beso, la primera relación sexual, el día de su boda, el embarazo. Muchos están relacionados con la etapa más convulsa de nuestras vidas: la adolescencia"

Laura Elena Alvaré Alvaré.

DEDICATORIA.

A mis padres y esposo.

AGRADECIMIENTOS.

A la Revolución por darme la posibilidad de formarme como médico y permitirme, que cada día me supere más. A todos los que de una forma u otra me brindaron su ayuda desinteresada.

RESUMEN.

Se realizó un estudio pre-experimental para aplicar un ensayo de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos de la no protección en el Consultorio Médico de la Familia #2 de Pesquería en el municipio Baraguá en el periodo comprendido entre noviembre del 2009 y abril del 2010. El universo de trabajo estuvo constituido por los 124 adolescentes que conformaron toda la población de 12 a 19 años del propio consultorio, los que cumplieron con los requisitos preestablecidos para la investigación. Diagnosticadas las necesidades de aprendizaje se confeccionó y aplicó un ensayo de intervención educativa. Se encontró un predominio del sexo femenino. Más de la mitad de los adolescentes habían iniciado sus relaciones sexuales. El condón y los anticonceptivos orales resultaron ser los más usados. El mayor porciento delega la responsabilidad de la anticoncepción en las féminas. Casi la totalidad de los adolescentes tiene conducta de riesgo de embarazo y de ITS, siendo esta mayor. Después del ensayo de intervención educativa se elevó el nivel de información de la muestra lográndose que la mayoría fuera evaluado de bien y excelente, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas.

Palabras clave: ADOLESCENCIA / ANTICONCEPCION / INTERVENCION EDUCATIVA.

INDICE.

I. Introducción 1-4

II. Objetivos 5

III. Marco Teórico 6-18

IV. Método 19-23

V. Análisis y discusión de los resultados 24-29

VI. Conclusiones 30

VII. Recomendaciones 31

VIII. Bibliografía 32-35

IX. Anexos 36-58

INTRODUCCION

La adolescencia es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas (1-3).

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece años debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico-sociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar (2, 4,5).

La planificación familiar permite a las parejas decidir cuántos hijos van a tener y escoger además el momento en que desean que esto ocurra. Pero en los adolescentes el tema es complejo, porque para ellos el capítulo de la planificación familiar no existe, sencillamente no les interesa, porque no tienen entre las prioridades de su edad planificar su futura familia: “Eso es problema de los adultos”. La conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado, el aborto provocado y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia en esta etapa de la vida (6-9).

En la actualidad, los adolescentes comienzan su actividad sexual más precozmente y una de sus consecuencias son los embarazos no planificados. Esta tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales coitales no es un secreto para los que trabajan con adolescentes pero ocurre que cuando los jóvenes acuden al servicio médico, por lo general hay un embarazo no deseado o una ITS, y esto es una de las múltiples

consecuencias que la deficiente instrucción sexual provoca. De ahí que algunos autores planteen que el mejor anticonceptivo es una buena escolaridad (7-13).

Como los adolescentes no tienen real conciencia de los resultados adversos que puede tener el no uso de anticonceptivos, no los conocen adecuadamente, no tienen fácil acceso a ellos o los conocen y los tienen a su alcance, pero sencillamente no los utilizan entonces se ven precisados a asumir las consecuencias (9,13, 14).

Cuando se inicia un embarazo solo hay dos caminos: el aborto o el parto. Y el camino de la gravidez muchas veces constituye el primero de los problemas porque en la mayor parte de los casos ese embarazo, ni estaba planificado, ni era deseado porque generalmente se produce en los seis primeros meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales coitales (9,13,15).

Las adolescentes embarazadas son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas que conlleva la gestación, sino porque a nivel físico su cuerpo está desarrollándose. Esto trae consigo que su preñez se considere riesgosa ante enfermedades como la pre-eclampsia, eclampsia, diabetes gestacional o restricción del crecimiento intrauterino del feto por las patologías antes expuestas, o por el bajo peso de estas pacientes, lo que predispone también a complicaciones asociadas con la mortalidad infantil. Los embarazos de mujeres adolescentes aumentan el peligroso aborto provocado, el número de niños abandonados o maltratados, así como las adolescentes frustradas y sin aspiraciones. Lo anterior incide en las tasas de baja escolaridad por el nuevo rol de madres, aún no preparadas e inmaduras. Debido a miedo, vergüenza o porque se sienten desesperadas, muchas jóvenes están dispuestas a poner fin a su embarazo buscando los servicios de aborto. En muchos países estos servicios son ilícitos, con frecuencia prestados por una persona no capacitada y en condiciones inadecuadas lo que aumenta los riesgos del aborto (7, 8,13).

Detenerse en esta problemática y analizarla es muy importante para tomar consciencia que el método ideal y más eficaz de anticoncepción entre adolescentes es la abstinencia coital; algo bueno, posible y sano. Para alcanzar un adecuado nivel de

aceptación de éste concepto, es básica y fundamental la correcta educación sexual, iniciada desde la infancia en el seno de la familia (7, 8, 11,16).

Los adolescentes necesitan información y aptitudes para poder responsabilizarse de su sexualidad. Deben comprender los riesgos y las consecuencias de la actividad sexual. Los adultos jóvenes necesitan tener conocimiento básico del aparato reproductor masculino y femenino y en cuanto a la forma en que su cuerpo, mente y sentimientos están cambiando y deben tomar sus propias decisiones acerca de la actividad sexual, incluida la abstinencia. Si los adolescentes deciden comenzar a tener relaciones sexuales, necesitan saber cómo utilizar los métodos anticonceptivos. Adquirir conocimientos en cuanto a la sexualidad es el primer paso hacia la toma de decisiones y comportamientos sexuales con responsabilidad. Establecer contacto con los adolescentes requiere técnicas diferentes de las que se emplean con los adultos. La mayoría de los jóvenes no buscan servicios por su propia cuenta, por consiguiente los programas deben hacer que las adolescentes tengan conciencia de las cuestiones de salud de la reproducción para animarles a buscar servicios (16).

Por lo tanto, cuando las relaciones sexuales hacen parte de la vida del joven es muy importante que se les motive a ejercer su sexualidad con responsabilidad para con su pareja, la sociedad y consigo mismo, evitando consecuencias que puedan comprometer su vida futura. Para ello, deben recomendarse los métodos de planificación familiar (7, 8, 16,17).

El médico y la enfermera de la familia en su trabajo están en una situación privilegiada para indicar a los adolescentes la normalidad de las sensaciones y actividades sexuales en esta etapa de la vida y en años posteriores y de esta forma contribuir a la formación cada vez más completa de los hombres y mujeres del mañana (7, 18,19).El área de Pesquería en el municipio Baraguá no queda exenta de esta problemática, el 20 % de nuestra población se ubica en las edades enmarcadas en la adolescencia donde ya han adquirido la capacidad reproductiva, que suele ser mal manejada por muchos de ellos. En el año 2009 el 31% de las embarazadas correspondían al grupo de las adolescentes y aportaron la mayoría de los nacimientos con bajo peso y con complicaciones. Esto nos alerta que de forma general no se les ha preparado para ser capaces de hacer un

adecuado ejercicio de sus nuevas potencialidades sexuales, sin correr riesgos innecesarios. Motivados por todo lo anterior y teniendo en cuenta que para poder reducir el número de embarazos, los abortos y la propagación de las ITS en esta etapa de la vida es necesario establecer estrategias eficaces como las de educar a este grupo tan vulnerable sobre temáticas como la anticoncepción y el embarazo por lo que se decidió realizar esta investigación para elevar el nivel de conocimientos de esta población donde cada vez es más frecuente la problemática del embarazo en la adolescencia.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

Determinar la utilidad de una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos de la no protección.

Objetivos específicos:

1. Distribuir la población estudiada según:

    - Sexo.
    - Inicio de las relaciones sexuales.
    - Uso de métodos anticonceptivos.
    - Frecuencia del uso de anticonceptivos.
    - Anticonceptivos más usados.
    - Responsabilidad de la anticoncepción

2. Diagnosticar necesidades reales de aprendizaje de los adolescentes sobre anticoncepción y los riesgos de la no protección.

3. Elaborar y aplicar una intervención educativa con base en las necesidades de aprendizaje detectadas sobre anticoncepción y los riesgos de la no protección.

4. Determinar el nivel de conocimiento de la población estudiada sobre anticoncepción y los riesgos de la no protección antes y después de la intervención educativa.

MARCO TEÓRICO.

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo; una forma de comunicación y placer, es una forma de expresar los afectos, una manera de describirse a sí mismo y a otros; integra la personalidad; tiene que ver con nuestras emociones, sentimientos, palabras, caricias, tacto , olfato, miradas, tiene que ver con todo el funcionamiento del ser humano, es una actividad reproductora que hace también al comportamiento cultural y psíquico. La sexualidad de la mujer y del hombre no está pre-programada, está siempre presente, nace, evoluciona y se desarrolla a lo largo de la vida (17).

La adolescencia es un período vital que se extiende entre la niñez y la adultez, durante el cual se producen profundos cambios que presentan gran variabilidad y amplias oscilaciones, y donde no es fácil delimitar en qué consiste la "normalidad" y el estado de "salud". Los cambios que se determinen durante este período no son solo físicos o biológicos, sino también psíquicos y sociales, interdependientes entre sí. Por eso se dice que la adolescencia es un complejo proceso bio-psico-social, donde la tarea principal del adolescente es la consolidación de su propia identidad; esto es, el descubrir quién soy yo y quién soy yo en relación a la familia y la sociedad (20).

En esta etapa la amistad llega a ser de vital importancia ya que el adolescente busca el aliento de afines, con quienes pueda compartir las experiencias vividas en el proceso de búsqueda de identidad. Los amigos se dan entre si el apoyo emocional que los adolescentes necesitan, que ya no pueden aceptar a sus padres (7, 8,14).

Los grupos de amigos y el enamoramiento son un intento para definir la identidad, ya que el adolescente, al intimar con otra persona y compartir pensamientos y sentimientos, da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en otra persona y tiene mayor capacidad para clarificar su yo (17).

La manera adolescente de sentir y expresar la propia sexualidad dependerá de la personalidad, de las experiencias infantiles, de las actitudes familiares y de la sociedad en la que vive. Algunos reprimen totalmente sus emociones; otros manifiestan sus

sentimientos sólo a través de las fantasías; otros buscan el contacto con el otro sexo (15,17).

A esta edad sus actividades sexuales son predominantemente auto eróticas y de intercambio de juegos sexuales, aunque algunos ya comienzan a realizar el acto sexual coital. Una preocupación habitual del adolescente es cuándo iniciar su vida sexual activa. La reconocida reducción de la edad menarquía y su alejamiento cada vez mayor de la completa madurez psicosocial ha traído como consecuencia que los adolescentes puedan emprender el camino de la sexualidad demasiado jóvenes (17).

En América Latina, entre los jóvenes activos sexualmente de 15 a 19 años de edad, los muchachos comienzan a tener relaciones cuando tienen entre 14 y 16 años, mientras que las adolescentes notifican haber tenido su primera relación sexual cuando tienen entre 16 y 18 años (15,16).

Estudios realizados en Colombia refieren que dos de cada cinco adolescentes entre los 15 y 19 años (43%) han tenido relaciones sexuales y el 14% de ellos tuvo su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad .En Argentina se plantea que la mayoría de las mujeres (62%) se inicia sexualmente en la adolescencia. El 11% antes de los 15 años y el 51% restante entre los 16 y los 19 años. En los Estados Unidos (EU) el 56 % de las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales y alguna historia de embarazo ocupando el primer lugar en embarazos en la adolescencia, dentro de los países desarrollados, a pesar de que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas (8, 10,11, 15).

Según estadísticas cubanas el 60 % de las adolescentes inician sus relaciones coitales antes de los 17 años. Los demógrafos reportan que el 50 % de los adolescentes de entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, planteando que hay un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años (7, 8,12 ,14).

En esta etapa de la vida la mayoría de los jóvenes centran su atención en el presente y tienden a no planificar por adelantado o a no prever las consecuencias que tienen sus decisiones a largo plazo. La mayoría de los adolescentes no creen que corren riesgos y

se consideran vulnerables a las consecuencias potencialmente peligrosas de la actividad sexual como el embarazo y las ITS (8, 9, 16).

Según datos del hospital Rivadavia de Argentina, uno de cada cinco embarazos adolescentes ocurre en el primer mes de iniciadas las relaciones, mientras que uno de cada dos, en los primeros seis meses (11).

La encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-2005) permitió conocer que en Colombia el embarazo en adolescentes sigue en aumento al pasar del 19 al 21 por ciento entre el 2000 y el 2005. Lo anterior significa que una de cada cinco mujeres entre los 15 y 19 años de edad está o ha estado alguna vez embarazada. La encuesta evidencia que son ellas quienes tienen más dificultades para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna y adecuada sobre su salud sexual y reproductiva. Según la ENDS 2005, las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar con respecto al resto de las mujeres (15).

En Cuba según estadísticas del MINSAP el 25 % de las adolescentes se embarazan y el 60 % de los embarazos ocurren dentro de los seis meses iníciales de las primeras relaciones sexuales (8).

En la actualidad se observa un gran número de mujeres que a muy temprana edad quedan embarazadas, jóvenes que deben tomar la gran responsabilidad de ser padres, y dejar de estudiar y disfrutar la adolescencia; y deben comenzar a comportarse como adultos para mantener una familia. Hay efectos no deseados de la sexualidad, que muchos adolescentes deben afrontar, y no sólo los adolescentes, sino las familias y la sociedad en que viven. Pero todo esto se puede prevenir a través de una educación sexual sin fronteras, por ejemplo, una madre no va a prevenir que su hija se embarace prohibiéndole tener relaciones sexuales, sino enseñándole la utilización de los métodos anticonceptivos y las responsabilidades que deberá tener, si llega a quedar embarazada (20).

Estudios realizados plantean que sólo el 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años utiliza métodos de planificación familiar, siendo el condón, la píldora y la inyección los más utilizados. Un informe del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam) indica

que el 80% de los adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo. Según reportes de un grupo de pediatras en el Congreso de Valencia en el 2006 avisan que el 50% de los adolescentes reconocen no haber usado ningún tipo de método anticonceptivo en su primera relación sexual y el 10% asegura seguir sin utilizar ninguno en sus relaciones. Estudios realizados en el municipio de Baraguá en el área de Pesquería avalan estos resultados al encontrar que casi ningún adolescente usa anticonceptivos durante su primera relación sexual y muy pocos lo integran a sus prácticas sexuales posteriormente (9-11,14 ,15).

Con frecuencia, las relaciones sexuales se inician desconociendo aspectos importantes de sí mismos, ignorando cómo funciona el propio cuerpo, y cómo y cuándo se produce la fecundación, cómo es el ciclo de ovulación – menstruación, y, sobre todo, desinformados con respecto a los métodos anticonceptivos (20).

Tener información no es garantía de que cada chico se cuide realmente en cada relación sexual para prevenir un posible embarazo o una ITS. Estar informados es algo necesario para comenzar a tener relaciones sexuales pero no alcanza. Es muy importante pensar en uno mismo y en el otro, sentirse protagonistas del encuentro sexual que cada uno va a tener. Dejar de lado las ideas de que "a mí no me va a pasar, soy muy chica para quedar embarazada" o " no nos cuidemos porque la primera vez no puedes quedar embarazada", “por una vez que no nos cuidemos, no pasa nada". Nada de todo esto es verdadero. Toda relación sexual, sea en el momento que sea, y aunque sea la única que se tenga, requiere del cuidado anticonceptivo para prevenir el embarazo. Algunas mujeres y algunos hombres adoptan actitudes de falta de cuidado hacia el otro y hacia uno mismo, muchos piensan que la prevención del embarazo, y el embarazo mismo, es solo "cuestión de mujeres". No se responsabilizan por las consecuencias porque solo "se vive el momento". Muchas chicas y chicos sienten que las cosas les pasan, que tuvieron relaciones sin tener la oportunidad de hablar con su pareja ni de decidir entre los dos como cuidarse porque es muy difícil hablar de eso antes de tener una relación (21).

Una encuesta cualitativa (encargada por el Celsam), realizada entre chicos de entre 12 y 19 años demostró la falta de responsabilidad en el uso de la anticoncepción y que aun

conociendo los métodos anticonceptivos, muchos no los utilizan por prejuicios. "Los varones piensan que las mujeres se ocupan de protegerse por una cuestión de género. Existe la fantasía de que son bien instruidas por sus madres en el momento de la primera menstruación. Ellas, en cambio, consideran que el hombre sabe más porque es siempre el más experimentado", apuntan los especialistas (11).

Algunas adolescentes piensan que no teniendo relaciones durante "los días peligrosos", es suficiente. Sin embargo, muy pocas adolescentes saben verdaderamente cuáles son sus días fértiles y, generalmente, sus ciclos son irregulares (17).

Hace falta según estudiosos del tema que varones y mujeres comprendan que a ellos también "les puede pasar", que busquen información consultando a un especialista, que las chicas realicen controles ginecológicos periódicos donde pueden además encontrar respuestas a muchas dudas y preguntas. También es importante la relación con los padres, con personas mayores a las cuales puedan consultar, o el diálogo con los hermanos mayores, aunque a veces a los jóvenes se les dificulte y a los padres también, es muy importante tratar de hablar en su debido momento. Hace falta tener una actitud de respeto, de cuidado, hacia uno mismo y hacia el otro, poder hablar con sinceridad en la pareja de lo que sienten, comunicarse los temores, las vivencias, las necesidades y valorar en toda su importancia el encuentro sexual con otro (17).

Las adolescentes embarazadas generalmente enfrentan solas una difícil situación: “Decidir cómo continuarán sus vidas”. A veces eligen el camino del aborto, (otra de las complicaciones de una sexualidad irresponsable) por presiones familiares, de la pareja o por decisión propia (8).

De acuerdo a los estimados de la OMS, diariamente se realizan aproximadamente 100 000 000 de coitos en el mundo que traen como resultados 100 000 embarazos: 1 de cada 200 no planificados y 1 de cada 400 no deseados. Al final se producen 500 muertes diarias por abortos y 1600 por eventos relacionados con el embarazo o el parto, lo que suma más de medio millón de muertes al año por estas causas (8).

Según datos estadísticos en el periodo de 1999 al 2001 en Cuba se reportaron 24 defunciones maternas por abortos (8,22).

Para ayudar a reducir el número de muertes y en enfermedades producidas por el aborto los especialistas en salud recomiendan varias estrategias, entre las cuales la más importante es poner a la disposición de los adolescentes más información y servicios de planificación familiar (8).

En otros casos, se fuerza el matrimonio y la pareja adolescente debe enfrentar una serie de responsabilidades adultas, para las cuales no están preparados, deben abandonar sus estudios, encontrar trabajo, formar una familia como padres cuando aún necesitan seguir siendo hijos. La adolescencia de ambos se detiene repentinamente y se exige la madurez necesaria para llevar adelante una vida adulta (20, 23,24).

El embarazo también se da a veces fuera del ámbito matrimonial, esto provoca una crisis emocional y social que se produce cuando las tensiones biológicas y psicológicas del embarazo se intensifican por las tensiones sociales que implica la situación establecida al margen del matrimonio. La experiencia tiene posibilidades que pueden contribuir a la maduración o causar daño, sobre todo en relación con la noción que la madre soltera tiene de sí misma como madre y como mujer. Las madres solteras enfrentan diversos momentos de crisis, estos pueden mostrar distintas reacciones: rechazo, hostilidad, desconfianza, sentimiento de culpa insuficiente, depresión, ausencia de afecto observable e incluso, en ocasiones, una euforia desproporcionada, también sentimientos de incapacidad y fracaso. En cualquiera de estos casos, puede necesitarse ayuda psicológica (20).

Una de las principales tareas de la madre soltera, luego de haber determinado sus planes para el niño consiste en despojarse, psicológica y socialmente de su identidad de madre soltera e incorporar sus recientes experiencias a la vida diaria. Volver a reanudar las relaciones con los miembros de la familia, con el padre del niño y con los amigos, tomar decisiones acerca del trabajo, la escuela y la vivienda (20).

La escuela ocupa un lugar importante en la vida del adolescente, es una de las necesidades básicas de la adolescente embarazada, así como también la familia. El continuar con su actividad escolar le da una sensación de estabilidad en un ámbito de su vida, cuando todas las demás están relacionadas con constantes cambios. También le permite tener compañía y experiencias comunes con otros pares. La institución

escolar se encuentra en una situación estratégica para ayudar a la adolescente embarazada. Es el lugar donde ella pasa más tiempo y donde tiene relaciones significativas. En muchas ocasiones la institución escolar es el único lugar que tiene la adolescente (20).

Según la bibliografía consultada la mortalidad entre los hijos de madres de 15 años es el doble que la de hijos de madres de 20 a 24 años. La prematuridad y el bajo peso de nacimiento son también más frecuentes entre los hijos de madres adolescentes. Existen datos indicativos de que la mortalidad durante el primer año de vida es más alta entre los hijos de madres muy jóvenes, a causa de accidentes o infecciones (20,25-27).

Algunos estudios sugieren incluso que el desarrollo intelectual de los hijos de madres muy jóvenes es menor que el de los hijos de madres adultas. A pesar de que desde el punto de vista biológico no parecen existir barreras que impidan un normal embarazo a término en madres adolescentes, sí existen datos objetivos sobre un mayor riesgo de mortalidad, prematuridad o bajo peso de nacimiento. La mayoría de estas consecuencias negativas son debidas a deficiencias en el entorno social de la adolescente o a la inmadurez psicológica de una madre demasiado joven. La edad ginecológica (entendiendo como tal la diferencia entre la edad cronológica y la edad de la menarquía) es considerada por algunos especialistas como índice de riesgo; una edad ginecológica menor de dos años se asocia a hijos con bajos pesos de nacimiento. Ello tiene su fundamento: el crecimiento de una adolescente no cesa del todo al tener la primera regla; aunque no con igual rapidez, el cuerpo sigue creciendo. La adolescente embarazada, pese a estar ella misma aún en fase de crecimiento, ha de ingerir calorías para facilitar el crecimiento del hijo en gestación y para mantener su propio crecimiento. En caso de nutrición poco equilibrada o poco sana (cosa común en los adolescentes), el efecto neto será un recién nacido de bajo peso (20).

Otro riesgo de una sexualidad irresponsable lo constituyen las ITS. Según la bibliografía consultada los adolescentes corren más riesgo de ITS/VIH que los adultos. Muchos autores plantean que aproximadamente siete de cada diez ITS ocurren en las personas de 15 a 24 años de edad. Los adolescentes solteros y que tienen relaciones sexuales

corren un riesgo elevado de ITS no solo por razones psicológicas y de comportamiento sino también por razones biológicas y sociales (7,21).

Entre los factores psicológicos que ponen a los adolescentes en mayor peligro de contraer ITS están: la sensación general de invulnerabilidad, el deseo de tener nuevas experiencias y la disponibilidad a correr riesgos, incluso cambiar con frecuencia de compañeros sexuales o tener un compañero que tiene varios compañeros sexuales. Además, muchos adolescentes no están informados acerca de las ITS, lo cual contribuye a comportamientos arriesgados. A muchos de ellos les resulta difícil usar los condones en forma correcta y sistemática, o les faltan aptitudes de comunicación y negociación, lo cual dificulta el uso de los condones (7,21).

También desde el punto de vista biológico corren más riesgo las jovencitas que las mujeres de más edad, porque según investigadores del tema las adolescentes en su mayoría presentan una condición conocida como ectopia cervical la cual disminuye al avanzar la edad. La ectopia cervical se desarrolla cuando las células que revisten el interior del canal cervical se extienden a la superficie exterior del cuello uterino .Estas células son más vulnerables a algunas infecciones como Clamidiasis y Gonorrea. Además el riesgo de contraer Trichomoniasis, Clamidiasis, Herpes y la Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) quizás sea mayor en la primera exposición a una ITS. Puesto que la primera exposición ocurre en la adolescencia los adolescentes de ambos sexos son especialmente vulnerables. Cuando un adolescente contrae una ITS hay más probabilidad de contraer otra (7, 21, 28).

Además factores sociales y programáticos también pueden hacer aumentar los riesgos relacionados con las ITS. Entre los factores programáticos están: el acceso limitado a la planificación familiar o los servicios de ITS; la ubicación o el horario poco conveniente del consultorio, el costo de los condones, la falta de confidencialidad, la falta de personal capacitado o la presencia de personal con actitudes negativas hacia la vida sexual activa de los adolescentes y el uso de los anticonceptivos, y las restricciones legales. Entre los factores sociales están la relativa falta de poder de los adolescentes en sus relaciones con adultos y otras personas. Algunos adolescentes tienen relaciones sexuales sin su consentimiento con compañeros de más edad y más poderosos con

quienes pueden sentirse incapaces de negociar prácticas sexuales más seguras (7, 21,28).

Puesto que desde el punto de vista biológico, los jóvenes de ambos sexos son más vulnerables a las ITS que los adultos se debería hacer hincapié en la abstinencia a las relaciones sexuales o en el uso del condón cuando se tiene una vida sexual activa. La abstinencia es el medio más eficaz de protección contra el embarazo y las ITS. Para los adolescentes que tienen relaciones sexuales, los condones son el único método que protegen contra las ITS virales y bacterianas (7,21, 29-31).

Es muy importante detenerse, analizar todo lo anterior y tomar conciencia que el método ideal y más eficaz de anticoncepción entre adolescentes es la abstinencia coital; algo bueno, posible y sano. Para alcanzar un adecuado nivel de aceptación de éste concepto, es básica y fundamental la correcta educación sexual, iniciada desde la infancia en el seno de la familia (7, 8, 14,15-17,20).

Por lo tanto, cuando las relaciones sexuales hacen parte de la vida del joven es muy importante que se les motive a ejercer su sexualidad con responsabilidad para con su pareja, la sociedad y consigo mismo, evitando consecuencias que puedan comprometer su vida futura. Para ello, deben recomendarse los métodos de planificación familiar (7, 8, 14,15-17,20).

Cuando un adolescente o una pareja de estos concurre a la consulta en busca de algún anticonceptivo es muy importante saber escuchar y tener en cuenta sus características, así como los riesgos, los beneficios, los efectos secundarios y las complicaciones que implica el uso de cada método anticonceptivo disponible y su aceptación por parte del solicitante. Debe conveniarse el anticonceptivo que utilizará, la frecuencia del chequeo, que varía de acuerdo con el método seleccionado, y orientar la consulta rápida ante cualquier alteración para decidir la conducta a seguir (20,32).

Los métodos anticonceptivos constituyen un proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos farmacológicos; instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. Existen muchas clasificaciones de estos métodos, pero

hoy en día se hace difícil ubicarlos porque en la práctica se combinan muchos de ellos en busca de una mayor efectividad (20).

Clasificación de los Métodos Anticonceptivos

1. Según el tiempo de duración de su efecto pueden ser (32):

    - Transitorios o reversibles.
    - Definitivos o irreversibles.

2. Según sus características: se pueden clasificar (15):

    - Preferentes: los preservativos, la anticoncepción hormonal oral y los implantes subcutáneos.
    - Aceptables: el diafragma, espermicida e inyectables.
    - Menos aceptables: el dispositivo intrauterino (DIU); la abstinencia periódica; el coitus interruptus y la contracepción quirúrgica.
    - Anticonceptivos de emergencia.

3. Según Álvarez Sintes en temas de Medicina General Integral (32):

    1. Métodos de barrera:

        a) Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.

        b) Mecánicos sin medicar: preservativo, diafragma, capuchón, escudo vaginal o condón femenino.

        c) Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

    2. DIU:

        a) Inertes.

        b) Bioactivos o medicamentosos.

3. Hormonales:

    a) Locales

    b) Orales: combinados o progestágeno solo.

    c) Sistemáticos: inyectables o implantes.

4. Biológicos:

    a) Abstinencia periódica.

    b) Coito interrupto.

    c) Lactancia materna exclusiva.

5. Quirúrgicos:

    a) Femeninos.

    b) Masculinos.

Según algunos autores la eficacia de un método anticonceptivo, a veces se expresa en forma de porcentaje pero es más preciso hacerlo por número de embarazos anuales por cada 100 mujeres que usan el método. La tasa media de embarazos para parejas sexualmente activas es de 90% al año, cualquier método anticonceptivo que reduzca la tasa de embarazos mujer-año al 10% se considera muy efectivo (20).

La efectividad de cada método es variada y puede modificarse de una pareja a otra, se dice que el anticonceptivo ideal debe reunir los requisitos siguientes (32):

- Eficaz en el 100 % de las parejas que lo utilicen.
- Inocuo, es decir, que no produzca efectos secundarios en los usuarios.
- Reversible; una vez interrumpido su uso, se recupera la fertilidad en un período inferior a 2 años.
- Aplicable; que su manejo sea fácil y aceptado por la pareja.
- Económico, que no sea costoso.

En los adolescentes el método ideal se corresponde con la abstinencia sexual y en aquellos donde ya se ha iniciado una vida sexual activa la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la combinación de pastillas anticonceptivas y preservativo, aunque existe oposición por parte de un grupo de investigadores que brindan alto porcentaje de prevención de embarazos y enfermedades de trasmisión sexual (11).

Según estudios realizados los adolescentes carecen de conocimientos bien fundamentados sobre la sexualidad, lo que acarrea diferentes trastornos relacionados con ella en esta etapa de la vida. En cuanto a la planificación familiar se plantea que muchos pueden recitar de memoria los métodos anticonceptivos pero carecen de adiestramiento necesario para su correcto uso en caso de tener coito (7, 8, 11,15 33).

Por el carácter impulsivo de la vida sexual a esta edad, la aceptación de la anticoncepción por el adolescente es difícil y compleja, pero no olvidemos que la aceptación y cumplimiento en el empleo de la anticoncepción está directamente relacionado con el énfasis del consejo y el grado de motivación que puede brindar el médico (7,33).

El plan del Médico de la Familia constituye un soporte básico de la Educación Sexual y salud reproductiva. En su programa de trabajo se afirma que el Médico es el máximo responsable de la salud de los individuos, expresión con la que no coinciden algunos autores y a la cual nos sumamos nosotros, puesto que se considera que la salud se concebirá como un valor en la medida que se asuma como responsabilidad individual. También se adjudica al profesional de la salud, un rol como educador de la comunidad, como orientador de jóvenes y adolescentes, y como interlocutor confiable para abordar esta delicada temática de salud en la población. Es por ello que en el programa de trabajo del Médico de la Familia se plantea la promoción de salud como un objetivo específico y dentro de ella instruir a la población en el conocimiento de la sexualidad humana y la planificación familiar, así como los riesgos de la promiscuidad sexual y embarazo en adolescentes (8,34).

La práctica del autocuidado, el cual se define como “el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar, y atenuar el impacto negativo de las enfermedades”, debe ser

estimulado por el equipo de salud el cual debe proveer a los adolescentes de un arsenal de medidas teóricas y prácticas que le permitan desarrollarlo eficazmente (34). Estudiosos del tema plantean que la sexualidad debe ser aceptada por los individuos no solo como una dimensión importante de la personalidad, sino como una realidad que hay que aprender a vivir y disfrutar evitando que se exprese como fuente de conflictos y frustraciones. Se dice que si la influencia educativa comienza oportunamente, estaremos dando pasos firmes para la reducción del" problema adolescente" (8,34).

Es fundamental crear un criterio de conducta sexual responsable en los adolescentes, plantean los especialistas pero esta labor es de muy difícil ejecución y se vería muy aliviada si los padres y nuestra sociedad asumieran en mayor grado la responsabilidad de la formación sexual de los adolescentes en general (7, 11, 12,15-17, 20,33).

Finalmente se consideró que las acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable y que pretendan disminuir los riesgos de una sexualidad irresponsable y sin protección requieren responsabilidades y esfuerzos compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el Sistema de Salud y el Sistema Educacional. Los Programas de Promoción de Salud deben promover cambios en los niveles individual, grupal y social. Nuestra obligación es lograr una sexualidad responsable mediante la implantación de medidas educativas coordinadas y combinadas con la accesibilidad a una amplia gama de métodos anticonceptivos para toda la población.

MÉTODO.

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de los adolescentes del C.M.F. #2 del área de Pesquería del municipio Baraguá sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos de la no protección, en el periodo comprendido entre noviembre de 2009 y abril de 2010.

El universo de trabajo estuvo constituido por los 124 pacientes en edades comprendidas entre 12 y 19 años que constituyeron toda la población adolescente del C.M.F # 2 de Pesquería en el periodo de tiempo antes mencionado, los que cumplieron con los requisitos preestablecidos para la investigación.

Criterios de Inclusión:

- Estar dispensarizado como adolescente en la población del consultorio.
- Tener autorizada la participación en el estudio por los padres o tutores.
- Deseos propios de participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- No encontrarse en su domicilio en el momento del estudio.
- Adolescentes con discapacidad mental.

Criterios de Salida:

- Ausentarse por dos veces o más a las sesiones de la intervención educativa.

La participación en el estudio fue de forma voluntaria y con previa autorización de los padres o tutores (Anexo 1 y 2).Los datos para la investigación se tomaron de una encuesta aplicada a cada adolescente de forma anónima y confidencial (Anexo 3) la cual fue aplicada antes y después del ensayo de intervención educativa de forma modificada.

Operacionalización de las Variables.

Para dar salida al objetivo #1 se evaluaron las siguientes variables:

1. Adolescentes: Se consideraron todos los individuos sin distinción de sexo que se encuentren entre 12 y 19 años de edad, teniendo en cuenta los criterios establecidos por la OMS (7,8).

2. Sexo: Se consideró el sexo biológico de los adolescentes. Evaluándose los siguientes criterios:

    - Femenino
    - Masculino

3. Relaciones Sexuales: Se consideraron las experiencias sexuales con contacto genital (coito).Evaluándose los siguientes criterios:

    - Han tenido
    - No han tenido

4. Uso de métodos anticonceptivos: Se tuvo en cuenta lo referido por los adolescentes, evaluándose los siguientes criterios:

    - Usan anticonceptivos: consideramos aquellos adolescentes que refirieron usar anticonceptivos en todas las relaciones sexuales o a veces.
    - No usan anticonceptivos: Se consideró todo aquel adolescente que refirió nunca usar anticonceptivos.

5. Frecuencia de uso del anticonceptivo: Se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

    - Siempre: Consideramos aquellos adolescentes que refirieron haber usado anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales.

- A veces: Consideramos aquellos adolescentes que refirieron usar anticonceptivos pero no en todas las relaciones sexuales.
- Nunca: Consideramos aquellos adolescentes que refirieron tener relaciones sexuales pero que no han usado anticonceptivos en ninguna de ellas.

6. Anticonceptivos más usados: Se tomaron en cuenta todos los anticonceptivos usados por los adolescentes desde el inicio de sus relaciones sexuales.

7. Responsabilidad de la anticoncepción: Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

    - La mujer
    - El hombre
    - Ambos.

8. Conducta de riesgo de embarazo: Se determinó en dependencia del uso de anticonceptivos en las féminas.

Consideramos de riesgo aquellas adolescentes que refirieron:

- No usar anticonceptivos en ninguna de sus relaciones sexuales (nunca).
- Usar anticonceptivos pero no en todas las relaciones sexuales, es .decir de forma irregular (a veces).

9. Conducta de riesgo de ITS: Se determinó en dependencia del uso de anticonceptivos protectores de ITS (Preservativos masculinos o condón).

Consideramos de riesgo aquel adolescente que refirió:

- Tener relaciones sexuales y no usar anticonceptivos en todas ellas.
- Usar anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales pero que en la actualidad el método usado no era el condón.

Para dar salida al objetivo # 2 “Diagnosticar necesidades reales de aprendizaje de los adolescentes sobre anticoncepción y los riesgos de la no protección”, se evaluaron los

resultados de la encuesta aplicada antes del ensayo de intervención educativa “Qué sabes sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerse” la cual incluye las preguntas de la 10 a la 30.Para su evaluación se confeccionó una escala de evaluación (Anexo 4) en base a 100 puntos.

Una vez diagnosticadas las necesidades de aprendizaje se dio salida al objetivo # 3 mediante la elaboración y aplicación de la intervención educativa (Anexo 5).Para la ejecución de la misma se conformaron seis grupos de 21 integrantes cada uno. La distribución por grupos se realizó al azar (una vez conociendo el listado de adolescentes estos se fueron numerando del 1 al 4 hasta completar el pase de lista).

La intervención educativa contó con un total de 8 encuentros, con una duración aproximada de una hora cada uno y dos frecuencias semanales. En un primer momento (noviembre – enero) trabajamos con los grupos 1,2 y 3 en los horarios convenidos y en un segundo instante con los grupos 4, 5 y 6 (febrero – abril).

Al objetivo # 4 de nuestra investigación “Determinar el nivel de conocimiento de la población estudiada sobre anticoncepción y los riesgos de la no protección antes y después del ensayo de intervención educativa”, se le dio salida analizando la variable “Nivel de Información sobre anticoncepción” la cual se evaluó antes y después de la estrategia educativa.

Nivel de información sobre anticoncepción: Se evaluó a través de los resultados obtenidos en el acápite de la encuesta “Qué sabes sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerse” el cual incluye las preguntas de la 10 a la 30.Para su evaluación se confeccionó una escala de evaluación (Anexo 4) en base a 100 puntos evaluándose los siguientes criterios:

- Excelentemente informado: Entre 90 y 100 puntos.
- Bien informado: Entre 80 y 89 puntos.
- Medianamente informado: Entre 70 y 79 puntos.
- Mal informado: Menos de 70 puntos.

Todos los resultados se llevaron a tablas y gráficos, utilizándose como unidad de resumen de la información el porciento (%).Se realizaron pruebas de significación estadística (Mc Nemar) utilizando el paquete del programa estadístico Epidat con un porcentaje de resultados satisfactorios del 98.2 % como un error absoluto de 1.8% y una confiabilidad del 98.2%.

Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos y se redactó un informe final según los requisitos establecidos para el cual se empleó una PC Pentium 4, Sistema Operativo Windows XP, los textos se procesaron en Microsoft Word y las tablas en Microsoft Excel.

Aspectos éticos:

Para que esta investigación estuviese sustentada en los principios de la ética, la participación en el estudio dependió del consentimiento previo de padres y adolescentes (Anexos 1 y 2) tomándose en cuenta todos los aspectos éticos establecidos al respecto: Respeto a la persona, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

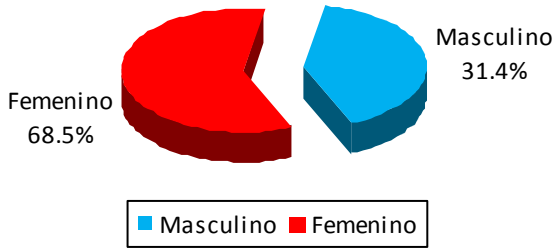
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Utilidad de una intervención educativa sobre anticoncepcion y embarazo en adolescentes.

Tabla No. 1: Distribución de la población estudiada según sexo.

Sexo	No	%
Masculino	39	31.4
Femenino	85	68.5
Total	**124**	**100.00**

Gráfico No. 1: Distribución de la población estudiada según sexo



Fuente: Tabla No 1.

En la tabla y en el gráfico se apreció que más de la mitad de la muestra pertenece al sexo femenino con un 68.5 % y el resto un 31.4 % de los adolescentes estudiados eran varones. Estos resultados pueden estar dados a que en el Consultorio Médico de la Familia # 2 la población predominante es la femenina con un 68.5 %.

Tabla No. 2: Distribución de la población estudiada según el inicio de las relaciones sexuales.

Relaciones Sexuales	No	%
Han tenido	101	81.4
No han tenido	23	18.5
Total	**124**	**100.00**

En la tabla se observó que el 81.4% de los adolescentes estudiados han tenido relaciones sexuales. Sólo el 18.5% no han iniciado una vida sexual activa.

Es ineludible que por motivos biológicos y socioculturales los adolescentes en la actualidad comienzan su actividad sexual más precozmente. El desarrollo social actúa a favor del inicio de las relaciones de pareja cada vez más tempranamente, por la pérdida de tabúes y prejuicios que han ido en decadencia.

En los Estados Unidos alrededor del 60% de los estudiantes de la enseñanza media han tenido relaciones sexuales. Bhum plantea un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años. En Argentina la mayoría de las mujeres (62%) se inicia sexualmente en la adolescencia. El 11% antes de los 15 años y el 51% restante entre los 16 y los 19 años (7,11).

Se coincidió con García Roche y colaboradores en su estudio realizado en el Policlínico Mario Manduley del municipio Centro Habana encontró que de 26 adolescentes estudiados el 61 % habían iniciado sus relaciones sexuales. Estudios realizados en las Tunas en el Hospital General Docente Ernesto Guevara de la Serna también coinciden al reportar una alta frecuencia de adolescentes con vida sexual activa (10,19).

Tabla No. 3: Distribución de la población estudiada según uso de métodos anticonceptivos.

Uso de métodos anticonceptivos	No	%
Usan anticonceptivos	41	33.0
No usan anticonceptivos	93	75
Total	**124**	**100.00**

Se pudo observar como el 33.0% de los adolescentes refirieron usar algún método anticonceptivo en sus prácticas sexuales,en cambio el 75% refirió lo contrario.

Estudios realizados por la organización civil IPAS de México, especializada en derechos sexuales y reproductivos, destaca en un estudio que menos de 40 de cada 100 adolescentes usa algún método anticonceptivo (17).

Según el Dr. Antonio Redondo Romero, pediatra del Centro de Salud Cabo Huertas de Alicante, en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el 2004 señala que el 50% de los adolescentes reconoce no haber usado ningún tipo de método anticonceptivo en su primera relación sexual, y el 10% asegura seguir sin utilizar ninguno en sus relaciones (20).

Tabla No. 4: Distribución de la población estudiada según frecuencia del uso de anticonceptivos.

Frecuencia del uso de anticonceptivos	No	%
Siempre	8	6.45
A veces	85	68.54
Nunca	31	25
Total	**124**	**100.00**

Se observa que además de ser escasa la protección, los métodos protectores se utilizan en la mayoría de las veces de forma inestable, solamente 8 encuestados refirieron usar siempre algún anticonceptivo en sus prácticas sexuales para un 6.45%, lo usan a veces el 68.54% y nunca los ha usado un 25%.

Se coincidió con los resultados encontrados por García Roche y colaboradores al informar que solamente un 21.31% de los adolescentes usaban siempre anticonceptivos (19).

Brito Méndez, en su estudio en Rio Cauto habla a favor de que en la mayoría de las relaciones sexuales de los adolescentes no se usa anticonceptivos ni se exige el uso de ellos (8). En una investigación realizada en el Policlínico 26 de julio del Municipio Plaza se encontró que el 100% de los adolescentes no usaron anticonceptivos en su primera relación sexual y que solo un 23.08 los comenzó a usar con posterioridad, de aquí que se catalogara a este grupo poblacional como muy vulnerable en la salud reproductiva (9). Según una encuesta cualitativa (encargada por el Celsam), realizada entre chicos de entre 12 y 19 años demostró que aún conociendo los métodos anticonceptivos, muchos no los utilizan por prejuicios (11).

Tabla No. 5: Distribución de la población estudiada según anticonceptivos más usados.

Anticonceptivos más usados	**No (n= 28)**	**%**
Condón o preservativo masculino	35	28.2
Anticonceptivos orales o píldoras anticonceptivas	31	25
Vacunas	5	4.0
Dispositivos Intrauterinos (DIU)	18	14.5
Coito interrupto	4	3.2

Se puede apreciar que el anticonceptivo más usado en la población objeto de estudio fue el condón o preservativo, con un 28.2% seguido en orden decreciente y de frecuencia por los anticonceptivos orales o píldoras 25%, los dispositivos intrauterinos 14.5%, las vacunas utilizadas por 5 adolescentes para un 4%.

Estudios realizados en Colombia refieren que los métodos modernos más utilizados por las adolescentes son: el condón 6,2%, la píldora 3,5 % y la inyección 3,4%.En Argentina algunas de las prácticas inseguras más utilizadas es el coito interrupto (11,18).

Se coincidió con estudiosos del tema que plantearon en el Congreso de Valencia del 2004 que en los adolescentes sexualmente activos, el anticonceptivo más utilizado es

el preservativo, en un 86%, el segundo anticonceptivo que se emplea de forma más general es la píldora anticonceptiva, con cerca de un 15%, y en tercer lugar, el totalmente inseguro coito interrupto en un 2%.(20)

Tabla No. 6: Distribución de la población estudiada según responsabilidad de la anticoncepción.

Responsabilidad de la anticoncepción	No	%
El hombre	23	3.95
La mujer	83	69.74
Ambos	18	26.31
Total	**124**	**100.00**

Se aprecia en la tabla como en el 69.74% de los casos se delega implícitamente la responsabilidad del cuidado en el sexo femenino. Solamente un 26.31% considera la anticoncepción como una responsabilidad de ambos miembros de la pareja y 23 adolescentes refieren que el hombre es el único responsable de este proceso.

Estudios realizados en Argentina coinciden al plantear que la mayoría de los adolescentes refieren que las mujeres son las responsables del uso de anticonceptivos, pues ellas se ocupan de protegerse por una cuestión de género. Existe la fantasía de que son bien instruidas por sus madres en el momento de la primera menstruación (11).

También se coincidió con Cabrera MLB en su estudio en adolescentes de ESBU Felipe Poey Aloy donde el 80% de los muestreados consideran a la mujer como la máxima responsable de la anticoncepción y solo un 20 % considera que la responsabilidad es de ambos miembros de la pareja (7).

Tabla No. 8: Nivel de información de la población estudiada antes y después de la estrategia educativa.

Nivel de Información	Antes		Después	
	No	%	No	%
Excelentemente informado	-	-	12	9.6
Bien informado	5	4.03	41	33.06
Medianamente informado.	15	12.09	60	48.3
Mal informado	104	83.8	11	8.8
Total	124	99.92	124	99.76

X=1.1732 p<0.05

Antes de la intervención educativa el mayor por ciento de la muestra estaba mal informada sobre anticoncepción 83.8% seguida de un 12.09% que fue evaluado como medianamente informado. Sólo 5 adolescentes para un 4.03% se encontraba bien informado sobre la temática. Después de la estrategia de superación el 33.06% de la muestra se evaluó de bien informada, un 9.6% alcanzó la calificación de excelente y el 48.3% de medianamente informado. Se lograron diferencias estadísticamente significativas.

La aceptación de la anticoncepción por los adolescentes es difícil y compleja, por el carácter impulsivo de la vida sexual a esta edad, pero no olvidemos que la aceptación y cumplimiento en el empleo de la anticoncepción está directamente relacionado con el énfasis del consejo y el grado de motivación que puede brindar el médico. Las medidas anticonceptivas deben estar al alcance de los adolescentes, pero el brindarlas implica también, orientación sexual. Es fundamental crear un criterio de conducta sexual responsable en los adolescentes. Esta labor es de muy difícil ejecución y se vería muy aliviado si los padres y nuestra sociedad asumieran en mayor grado la responsabilidad de la formación sexual de los adolescentes en general.

CONCLUSIONES.

En el estudio se encontró un predominio del sexo femenino. Más de la mitad de los adolescentes habían iniciado sus relaciones sexuales y la minoría refirió usar métodos anticonceptivos, sin embargo el uso de los mismos se realiza de forma inestable, sólo algunos hacen uso de ellos en todas sus relaciones. El condón y los anticonceptivos orales resultaron ser los más usados. El mayor por ciento de los adolescentes delega la responsabilidad de la anticoncepción en las féminas. Después del ensayo de intervención educativa se elevó el nivel de información de la población estudiada lográndose que la mayoría fuera evaluada de bien y excelente obteniéndose diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES.

1. Incrementar y perfeccionar las acciones de información, educación y comunicación a nivel de la atención primaria de salud en las que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva; además de la importancia de la comunicación familiar.

2. Elevar la calidad del trabajo educativo que se realiza con los y las adolescentes en escuelas y comunidades; así como realizar evaluaciones periódicas para determinar la eficacia de las mismas.

3. Mejorar el trabajo con los Clubs de Adolescentes.

4. Extender el trabajo realizado a los demás Consultorios Médicos de la Familia del Área de Salud.

BIBLIOGRAFIA.

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Adolescent's mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [serie en Internet]. 2005 [citado 19 de abril de 2008]; 62(3): [aprox. 14 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300010&nrm=iso&lng=en&tlng=en
2. Rodríguez Rigual M. Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr [serie en Internet] 2003 [citado 19 de abril de 2008]; 58: [aprox. 2 p]. Disponible en:

http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia

3. Texas Children's Hospital. Crecimiento y desarrollo de los adolescentes [página en Internet] 2002 [Citado 19 de abril de 2008]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia
4. Academia Estadounidense de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. El Desarrollo Normal de la Adolescencia: La escuela intermedia y los primeros años de la secundaria. Información para la familia. [página en Internet] 1998 Citado 19 de abril de 2008]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia
5. Departamento de Estado, Programas de Información Internacional. La salud en los adolescentes: problemas mundiales, retos locales. [página en Internet] 2005 [citado 23 de abril de 2010]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia
6. Adolescencia. [página en Internet]] 2008 [citado 18 de febrero 2009]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Erik_Erikson.
7. Cabrera Maya LB. Intervención educativa sobre Infecciones de Educación Sexual en estudiantes de enseñanza media. Ciro Redondo 2007. [Tesis]. Ciro Redondo: Policlínico Docente; 2008.
8. López Machado GB. Aborto en la adolescencia. Ciro Redondo 2004. [Tesis] Ciro Redondo: Policlínico Docente; 2005.
9. Martín AL, Reyes DZ. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Publica [serie en

Internet] 2003 [citado 12 de mayo de 2010]; 29 (2): [aprox. 6 p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu14203.htm

10. Soto MO, Franco BA. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Intergr [serie en Internet] 2003 [citado 3 de abril de 2010]; 19 (6): [aprox. 9 p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi02603.htm
11. Cipriani P. Sexo en la adolescencia [página en Internet] 2010 [citado 2 de mayo de 2010]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://padrenuestro.net/blogs_cristianos/?p=97846
12. Juventud Rebelde. Diario de la juventud cubana. Exponen en Cuba los usos de la Anticoncepción de Emergencia. [página en Internet] 2010 [citado 24 de Enero del 2010]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.juventudrebelde.cu/archivo/?tag=Mujeres&action=Buscar&page=3
13. Baraldi Paulin AC, Daud Prado Z, Almeida AM. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usurarias das maternidades públicas e privadas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serie en Internet] 2007 [citado 19 de abril de 2008]; 15(No. spe): [aprox. 7 p]. Disponible en: http://sistemas3.usp.br/tycho/producaoacademica/eerp/erm/P0.html
14. Marante VE. Sexualidad en adolescentes de la enseñanza media. Ciro Redondo 2004-2005. [Tesis]. Ciro Redondo: Policlínico Docente; 2005.
15. Marrugo ML. Anticoncepción en adolescentes ¿cuestión de métodos? [página en Internet] 2007 [citado 22 de enero del 2008]. [aprox. 10 pantallas]. Disponible en http://www.universia.net.co
16. Estivill C. Anticoncepción en la adolescencia. [página en Internet] 2008 [citado 5 de febrero 2009]. [aprox. 18 pantallas]. Disponible en www.adolescentesporlavida.edu.uy
17. Miranda D. Métodos anticonceptivos. [página en Internet] 2007 [citado 15 de febrero 2008]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en www.reproline.jhu.edu/spanish/1fp/1methods.htm
18. Monterraza SA. Causas e implicaciones medico sociales en la adolescencia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 49 (4): 22-8.

19. García RJG. Comportamiento sexual y uso de preservativos en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Cubana Med Gen Integr. 2006; 22 (1).
20. Martínez M. Adolescencia y anticoncepción [página en Internet] 2008 [citado 12 de agosto de 2009]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en http://www.monografias.com/mediakit
21. Gallet C. Uso del condón entre adolescentes mexicanos. El colegio de México. México, DF: Centro Nacional para la promoción y control del VIH/SIDA (CENSIDA); 2005.
22. Cuba. Ministerio de salud Pública. Anuario estadístico de salud. Mortalidad relacionada con el embarazo parto y puerperio; 1999-2001. La Habana: MINSAP; 2001.
23. Pintu SJL. Gravidez na adolescencia: desejada x nao desejada. Femina. 2006; 26 (10): 825 – 30.
24. Cristine da SC. Vicisitudes da gravidez na adolescencia entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro. Rio Janeiro. 2007; (s.n): 27.
25. Organización Panamericana de la Salud Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opiniones. Washington: OPS; 1998.
26. Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. Embarazo en la adolescencia. México: Nueva Síntesis; 2007.
27. Scgnart PF.Teenage pregnancy. Ours responsability. New York: Ed. Scientific; 2007.
28. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Infecciones de Transmisión Sexual: pautas para su tratamiento. Ciudad de la Habana: Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba; 2004.
29. Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, eds. Control of Sexually Transmitted Diseases. AIDSCAP/Family Health International; 2006.
30. Flanagan D, Williams C, Mahler H. Peer Education in Projects Supported by AIDSCAP: A study of 21 projects in Africa, Asia and Latin America. AIDSCAP; 2006.
31. Grosskurth H, Mosha F, Todd J. Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomized Controlled Trial. Lancet. 2005; 346:530-36.

32. Garrido Riquenes C, Gutiérrez Coronado T. Planificación Familiar y Anticoncepción. En: Álvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral. V.II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 256-72.

33. Acedo Torregrosa F. La mitad de los adolescentes no usan ningún tipo de método anticonceptivo en su primera relación sexual [página en Internet] 2006 [citado 7de junio del 2006]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/metodos.html.

34. Barón HD, Cabrera RM, García VA, Sierra LD. Educación para la Salud y sus propósitos en la sexualidad de los adolescentes. Boletín Med Gen Integr. 2001; 5 (4).

ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento Informado del Adolescente

Estimado adolescente

Por este medio te comunicamos que has sido escogido para la realización de una investigación donde recibirás conocimientos sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerte en la sexualidad. Sólo necesitamos tu colaboración y asistencia a todos los encuentros del curso, el cual será dinámico y atractivo. Esperamos su colaboración.

Si deseas participar en el estudio expón aquí tu consentimiento:

Yo _____ he tenido contacto con la Dra. Milena Game Cabrera y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias. Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del curso, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que me atienden y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

Nombre y Apellidos: _____

CI: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Anexo 2. Consentimiento Informado del Padre o Tutor.

Estimado Padre o Tutor

Por este medio le comunicamos que su hijo(a) ha sido escogido para la realización de una investigación donde recibirá conocimientos sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerse en la sexualidad. Sólo necesitamos que usted autorice la colaboración y asistencia de su hijo(a) a todos los encuentros del curso, el cual será dinámico y atractivo. Esperamos su colaboración.

Si desea autorizar la participación en el estudio de su hijo(a) exponga aquí su consentimiento:

Yo _____ he tenido contacto con la Dra. Milena Game Cabrera y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias. Comprendo que la participación de mi hijo o hija es voluntaria, que puede retirarse cuando lo desee del curso, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que nos atienden y para expresar libremente mi conformidad de autorizar su participación en el estudio firmo el siguiente modelo.

Nombre y Apellidos: _____

CI: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Anexo 3. Encuesta.

1. Edad: ____
2. Sexo: _____ Femenino_____ Masculino.
3. ¿Has tenido relaciones sexuales?

_____ Has tenido _____ No has tenido

4. ¿Usas métodos anticonceptivos en tus relaciones sexuales?

_____ Si _____ No

5. ¿Con qué frecuencia usas los métodos anticonceptivos?

_____Siempre (En todas las relaciones sexuales)

_____ A veces (no en la totalidad de las relaciones)

_____ Nunca.

6. ¿Cuál o cuáles métodos anticonceptivos has usado en tus relaciones sexuales? _____

_____

7. Crees que la anticoncepción es responsabilidad de:

_____ La mujer.

_____ El hombre.

_____ Ambos.

8. ¿Qué método anticonceptivo usas en la actualidad? _____

Que sabes sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerse:

9. ¿Qué es un método anticonceptivo?

    a) _____ Un medicamento

    b) _____ Medios que nos protegen del embarazo

    c) _____ Medios que nos protegen del embarazo y algunos de las que se transmiten por contacto sexual.

    d) _____ No sé.

10. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

_____
_____
_____
_____no sé _____

11. ¿Cuál es el método más eficaz para el adolescente?

_____

12. ¿Crees que se puede quedar embarazada en la primera relación sexual?

_____ Si_____ No_____ No sé

13. Durante la primera relación sexual no es necesario el uso de anticonceptivos.

_____ Verdadero _____ Falso _____ No sé

14. Todos los anticonceptivos te protegen del embarazo y de las enfermedades que se transmiten por vía sexual.

_____ Verdadero _____ Falso _____ No sé

15. ¿Qué son las Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual?

    a) ____ Enfermedades o Infecciones que se transmiten por contacto sexual protegido o no protegido.

b) ____ Enfermedades o Infecciones que se transmiten por contacto sexual no protegido.

c) ____ Enfermedades o Infecciones que se transmiten por caricias y mimos.

16. ¿Qué Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual conoces?

_____

_____

_____

_____

No sé_____

17. ¿Qué anticonceptivos te protegen de las Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual?

a) ____ Píldoras o tabletas anticonceptivas.

b) ____ DIU (la T de cobre, el multiload, el anillo entre otros).

c) ____ El condón.

d) ____ El coito interrumpido.

e) ____ Esponjas vaginales.

f) ____ El diafragma.

g) ____ Las vacunas.

18. El condón te protege del embarazo y de las Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual.

____ Verdadero ____ Falso____ No se

19. ¿Ante la sospecha de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual que es lo correcto hacer?

a) ____ Pedir consejo a un amigo

b) ____ Administrarte algún medicamento

c) ____ Ocultar la enfermedad

d) ____ Acudir al médico.

20. ¿Qué síntomas puedes presentar tú o tu pareja que sospechen de una enfermedad por contacto sexual?

_____
_____ No sé_____

21. Lavarse los genitales después de una relación sexual ayuda en ambos sexos a prevenir las enfermedades por contacto sexual y disminuyen el riesgo de embarazo en la mujer.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

22. En el adolescente el embarazo y las enfermedades por contacto sexual tienen mayor riesgo.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

23. La responsabilidad del uso de anticonceptivos es de la mujer por tener mayor riesgo de un embarazo y de contagiarse con Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

24. La adolescencia es la edad óptima para la procreación.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

25. El aborto constituye un eficaz método anticonceptivo.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

26. El uso adecuado de los métodos anticonceptivos evita los riesgos de un embarazo no deseado.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

27. El uso del condón disminuye la sensibilidad sexual.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

28. El condón es el mejor amigo de un(a) adolescente con relaciones sexuales.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

29. El cambio constante de pareja constituye un riesgo y no un símbolo de masculinidad para los hombres.

____ Verdadero ____ Falso____ No sé

Sólo llenar por el investigador:

30. Necesidades de aprendizaje detectadas:

_____

_____

_____

31. Nivel de información

- Excelentemente informado: _____
- Bien informado: _____
- Medianamente informado: _____
- Mal informado: _____

Anexo 4: Escala de evaluación del acápite “Que sabes sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerse”:

A cada pregunta de la 10 a la 30 se le dará una puntuación de 5 puntos para obtener un máximo de 100 puntos, evaluándose los siguientes criterios finales.

- Excelentemente informado: Entre 90 y 100 puntos.
- Bien informado: Entre 80 y 89 puntos.
- Medianamente informado: Entre 70 y 79 puntos.
- Mal informado: Menos de 70 puntos.

Evaluación por pregunta:

Pregunta	Posibles respuestas	Escala de Evaluación
Pregunta # 10	C	Respuesta correcta: 5 puntos.
Pregunta # 11	Cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorio , preservativo o condón, diafragma, esponjas vaginales, el anillo, multiload , T de cobre, DIU, píldoras o tabletas anticonceptivas, vacunas o inyección, Abstinencia o no tener relaciones sexuales, coito interrupto, lactancia materna, quirúrgico femeninos y/o masculinos o vasectomía, anticoncepción de emergencia,(32)	• 7 o más respuestas correctas: 5puntos • Entre 4 y 6 respuestas correctas: 4 puntos. • Entre 2 y 3 respuestas correctas: 3 puntos. • Entre 1 y 2 respuestas correctas: 2 puntos. • Ninguna respuesta correcta o no se: 0 puntos.
Pregunta # 12	Abstinencia sexual, no tener contacto sexual, no realizar el acto sexual.	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 13	Si	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 14	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 15	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 16	B	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 17	• Blenorragia o Gonorrea • Sífilis • VIH o sida • Herpes Genital • Clamidiasis • Infección por el Virus del Papiloma humano, condiloma o verruga genital. • Trichomoniasis.	• De 5 a 7 respuestas correctas: 5 puntos. • De 3 a 4 respuestas correctas: 4 puntos. • Dos respuestas correctas: 3 puntos. • De 1 a 2 respuestas correctas: 2 puntos. • Ninguna o no se: o puntos.
Pregunta # 18	C	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 19	Verdadero	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 20	D	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 21	Secreciones por los genitales, úlcera genital, dolor abdominal bajo, aumento de volumen del escroto, inflamación de los órganos genitales, dolor al contacto sexual, enrojecimiento o irritación de los genitales, mal olor o fetidez, picazón, ardor al orinar, verruga.	• 7 o más respuestas correctas: 5 puntos • De 4 a 6 respuestas correctas 4 puntos, • De 2 a 3 respuestas correctas:3 puntos, • De uno a dos respuestas correctas: 2 puntos, • Ninguna respuesta correcta o no se: 0 puntos.
Pregunta # 22	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 23	Verdadero	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 24	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 25	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 26	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 27	Verdadero	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 28	Falso	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 29	Verdadero	Respuesta correcta 5 puntos.
Pregunta # 30	Verdadero	Respuesta correcta 5 puntos.

Anexo 5: Intervención educativa “Sexualidad, adolescencia y anticoncepción”.

Justificación

Estudiosos del tema plantean que la sexualidad debe ser aceptada por los individuos no sólo como una dimensión importante de la personalidad, sino como una realidad que hay que aprender a vivir y disfrutar evitando que se exprese como fuente de conflictos y frustraciones. Se dice que si la influencia educativa comienza oportunamente, estaremos dando pasos firmes para la reducción del “problema adolescente”.

Si logramos a través de acciones de promoción de salud poner en manos de nuestros adolescentes un arsenal de conocimientos que favorezcan la conducta sexual responsable haciendo énfasis en su auto cuidado lograremos retardar el inicio de las relaciones sexuales en esta etapa de la vida y estimular el uso consciente y responsable de medios anticonceptivos para evitar efectos indeseables de una sexualidad irresponsable.

El equipo de salud debe estimular la práctica del auto cuidado y proveer a los adolescentes de un gran número de medidas teóricas y prácticas que le permitan desarrollar el mismo eficazmente.

Ante nosotros un reto: ***¿Cómo llegar a ellos?***

¿Será capaz el adolescente de captar los beneficios que ofrecemos en nuestros mensajes mediante el diálogo?

Algo muy importante, en el cumplimiento de nuestros objetivos es buscar la motivación en ellos, mostrando los beneficios, hacerles ver que es posible vivir en salud, convertidos en actores de nuestro programa educativo o estrategia de superación y no solo espectadores, aprender a comunicarnos con ellos, con factores que, bien empleados, nos impulsaran al éxito.

- **Titulo del ensayo de intervención educativa.** “Sexualidad, adolescencia y anticoncepción”.
- **Objetivos:**

Objetivos Generales:

1. Aplicar un ensayo de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos de los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia # 2 del área de Pesquería del Municipio Baraguá sobre los métodos anticonceptivos y los riesgos de la no protección.
2. Proveer a los adolescentes de la educación en el ámbito de la salud sexual y la anticoncepción lo cual garantice su bienestar y contribuya con la salud de los demás.

Objetivos específicos:

1. Propiciar un intercambio activo, fluido y de confianza entre el personal a cargo del estudio y los adolescentes capaz de transmitir de ambas partes los conocimientos y experiencias propias de las partes.
2. Elevar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción y los riesgos de no protegerse.
3. Estimular la práctica de la abstinencia sexual y del uso del condón en el caso de iniciadas las relaciones sexuales.
4. Demostrar la importancia de conocer aspectos esenciales de un embarazo en la adolescencia y las Infecciones de Transmisión Sexuales.
5. Determinar la efectividad de las actividades realizadas a través de la comprobación de los objetivos propuestos en cada una de ellas.

- ***Grupo al que va dirigido:*** Personas dispensarizadas como adolescentes en el Consultorio Médico de la Familia # 2 del área de Pesquería del municipio Baraguá en el período de noviembre del 2009 a abril del 2010.
- ***Personal que va a desarrollar el programa:*** Equipo de investigación.
- ***Limites en que se desarrolla:*** Consultorio Médico de la Familia # 2 del área de Pesquería del municipio Baraguá

- ***Distribución de encuentros según temáticas:***

Encuentros o sesiones	Temáticas de los encuentros
1. Conociéndonos mejor.	Introducción al Programa o Estrategia de Superación.
2. ¿Qué salud tiene nuestra sexualidad?	Anticoncepción.
3. Prevencion igual a Responsabilidad, igual a Vida.	Anticoncepción (continuación).
4. ¿Cómo decir que NO?	Anticoncepción (Abstinencia sexual; continuación).
5. Mi amigo: el condón.	Anticoncepción.
6. Accidentes sexuales.	Embarazo e ITS en la adolescencia.
7. Bienestar sexual: Parte importante de mi felicidad.	Integrador y evaluación de la estrategia.
8. Mi misión en la vida.	Conclusiones del programa.

Primera Sesión: "Conociéndonos mejor".

Presentación del programa y conocimiento del grupo.

Objetivos:

- Dar a conocer el contenido del Ensayo de Intervención Educativa sobre Sexualidad, adolescencia y anticoncepción".
- Lograr que los integrantes del grupo:
  1. Se conozcan e integren de manera óptima.
  2. Conozcan el propósito de la Estrategia.
- Recoger las expectativas del grupo:

Procedimientos.

- Apertura del programa: Se le dará la bienvenida al grupo y se conforman las normas.
- Se ubicaran a los miembros del grupo en forma de círculo o semicírculo.

- Se aplicará la técnica de presentación: “Hasta que el fósforo se apague”, con la cual cada uno de los participantes encenderá un fosforo y podrá mientras este se encuentre encendido presentarse dejando a su voluntad los criterios que decida él mismo manifestar.
- Prendida la chispa de la motivación se provocará un diálogo con los adolescentes explicando brevemente los objetivos de la estrategia. Se explicará que al finalizar los adolescentes se convertirán en “multiplicadores de salud” lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros y a la comunidad.
- Propuesta de las expectativas del grupo: Como su nombre lo indica; se expresará lo que esperamos o no de la estrategia. Se nombra un registrador y en una pancarta o pizarra se recogen las expectativas con una sola palabra o frase corta, NO para que permanezcan inertes sino para que “VIVAN”; que “TRABAJEN” con nosotros en todas las sesiones.
- Evaluación: Se repartirá una hoja de papel donde cada participante de forma anónima reflejará su criterio sobre nuestra primera sesión de trabajo en una sola palabra.

Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Personal: 1 coordinador y 1 facilitador (ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente).

Materiales: Fósforos. Papelógrafo o pizarra. Plumones o tizas.

Segunda Sesión: ¿Qué salud tiene nuestra sexualidad?

Objetivos:

- Conocer los problemas o situaciones que el grupo entiende como sus problemas de salud sexual y reproductiva.
- Detallar síntomas o efectos en cuanto a problemas relacionados con la actividad sexual.
- Determinar las causas que provocan esos síntomas valorando las posibles soluciones.

Procedimiento:

- Sentados en semicírculo se proyectará y tratará sobre curiosidades relacionadas el no uso de los anticonceptivos.
- Aplicar la técnica de la “Palma Real”, la cual consiste en representar sobre un gráfico de la palma en sus hojas los efectos o síntomas del problema y en sus raíces las causas que lo ocasionan. Se estimulará el debate en busca de soluciones. La problemática a desarrollar será “no uso de anticonceptivos¨.
- Evaluación: Aplicar la técnica de “Palabras Calientes”, la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriba en tres papelitos igual número de palabras, y que son las que le hayan resultado más significativas durante la sesión. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines las que se anotarán en una pizarra o pancarta con la ayuda de los propios adolescentes. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.

Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Personal: 1 coordinador y 1 facilitador (ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente).

Materiales: Fotos, diapositivas o power point. Papelógrafo o pizarra. Plumones o tizas. Hojas de papel. Lápices.

Tercera Sesión: Prevención igual a Responsabilidad, igual a Vida.

Objetivos:

- Brindar a los miembros del grupo las herramientas para una mejor información sobre los anticonceptivos para lograr una prevención eficaz, la que puedan aplicar y transmitir en su futuro como promotores de salud.
- Intercambiar sobre los métodos anticonceptivos más eficaces y usados.

Procedimientos:

- Realizaremos preguntas que lleven a motivar al grupo y lograr su participación. ¿Algunos de ustedes sabe cuál es el método anticonceptivo ideal a su edad?, ¿Todos los métodos anticonceptivos protegen de un embarazo y de una ITS?

- El profesional escuchará todos los criterios emitidos como lluvias de ideas que salgan a raíz de estas preguntas plasmándolos en un pizarrón o cartulina para al final construir entre todos un concepto más completo y de mejor comprehension.
- Apoyados en los medios de enseñanza (computadora) se expondrá una presentación en power point sobre métodos anticonceptivos, uso, indicaciones y contraindicaciones.
- Evaluación: Aplicaremos la técnica del “Tesoro Escondido”. Se le indicará a los adolescentes buscar tarjetas escondidas en el escenario al encontrarlas tendrán que responder la pregunta que en ella se hace, de su respuesta dependerá la obtención del obsequio.

Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Personal: 1 coordinador y 1 facilitador (ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente).

Materiales: Papelógrafo o pizarra. Plumones o tizas. Computadora. Obsequios del tesoro escondido, pueden ser afiches plegables, marcadores, entre otros, (pero todos relacionados con el tema).

Cuarta Sesión: ¿Cómo decir que No?

Objetivo.

- Brindar pautas para reflexionar, aprender y comprender la problemática de la abstinencia sexual en los adolescentes.

Procedimiento.

- Una vez organizado el local y colocado el grupo en forma de semicírculo conformaremos dos subgrupos uno de mujeres (A) y otro de varones (B) utilizaríamos la técnica del "Marcianito".
- Un marcianito cuando baja a la Tierra a conocerla y sabe que pasa en ella conoce una joven (dramatiza el coordinador) y decide "crecer".
- Se comenzará a describir situaciones a las que cada uno de los integrantes del grupo A, de forma personal en un papel, irá dando respuestas con la utilización de dos monosílabos Si o No.
- Una vez terminada las escenas se someterá al debate. El grupo B expondrá su comportamiento ante cada respuesta del grupo A. El coordinador resumirá el contenido haciendo énfasis en que "Decir que No" no significa violencia, represión, error, rechazo , desprecio, sino que por el contrario significa obtener placer, sustituir un placer por otro, implica constancia, sistematicidad, congruencia, y deben ser una vez establecidos fijos y estables aunque cambien la forma de manifestación.
- Luego pasaremos a indicar una tarea para el próximo encuentro con el tema "El condón y sus bondades", Donde tendrán que realizar búsquedas de información del tema en cuestión.
- Evaluación: Se aplicara la técnica del PNI (positivo, negativo e interesante).

Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Personal: 1 coordinador y facilitadores (ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente).

Materiales: Papelógrafo. Plumones.

Quinta Sesión: Mi amigo el condón.

Objetivo.

- Explicar el método de utilización del condón, así como la importancia para el futuro de sus relaciones sexuales.

Procedimientos

- Ordenadamente se expondrá lo investigado por los miembros del grupo acerca de las bondades que nos brinda el condón de látex llegando a unificar criterios al final de las exposiciones.
- Sentados en un círculo o semicírculo comenzaremos a desarrollar este tema que mantiene una importancia extraordinaria para las futuras relaciones sexuales de nuestros participantes, su autocuidado y el cuidado hacia los demás, para establecer el diálogo proponemos estas preguntas y respuestas.

¿Qué es el preservativo y cómo funciona?

El preservativo masculino es una funda que se usa sobre el pene durante la relación sexual. Previene el embarazo actuando como barrera y evitando que el semen masculino se vierta en la vagina y que los espermatozoides puedan penetrar en el óvulo y fecundarlo. Los preservativos preservan a mujeres y hombres de contraer enfermedades de transmisión sexual. Hay decenas de formas, texturas y estilos de preservativos para elegir, algunos más efectivos que otros. Los preservativos pueden ser de látex, poliuretano o piel de cordero (natural). Pueden ser o no lubricados. Algunos contiene espermicidas, otros no.

¿Importa qué tipo de preservativo uso?

Sí, el mejor es el de látex, que es el que se vende en nuestras farmacias. Brinda La mejor protección tanto para el embarazo, como para las enfermedades de transmisión sexual. Si eres alérgico al látex, los de poliuretano son de buen método. Ellos brindan la misma protección frente al embarazo y alguna protección frente a las ITS, pero se rompen o se deslizan más frecuentemente que los de látex. Los preservativos naturales o de piel de cordero, son efectivos frente a la prevención del embarazo, pero no son efectivos para la prevención de las ITS. Es una decisión personal usar los preservativos lubricados o no, pero la mayoría de las personas los prefiere lubricados.

¿Qué efectivo es el preservativo en el control del embarazo?

Si la mujer usa el preservativo en cada relación sexual y sigue las instrucciones siempre, su efectividad es del 97%. Es decir que lo debe usar siempre, durante toda la relación sexual y no solo, en el momento de la eyaculación. Esto significa que si 100 mujeres usan preservativo masculino correctamente todo el tiempo, 3 mujeres quedan embarazadas en 1 año.

Si los preservativos son usados con mediana corrección o solo esporádicamente, la efectividad disminuye a un 86%. Esto significa que 14 mujeres sobre 100, quedarán embarazadas en un año. Usando otro método, como pastillas anticonceptivas asociadas al preservativo, baja aún más el riesgo de embarazo.

La mayoría de las fallas de este método, es por su uso inadecuado. El empleo de los preservativos vencidos, es una causa de mayor índice de ruptura.

¿Qué efectivo es el preservativo en la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual?

La respuesta a esta pregunta depende de qué tipo de preservativo uses. El preservativo de látex brinda una excelente protección frente a la ITS. Los preservativos de poliuretanos, brindan alguna protección frente a las ITS, aunque no es claro cuán eficaces son. Es importante recordar que los preservativos de cordero o naturales no protegen de las ITS.

¿Dónde debo guardar los preservativos no usados?

Debemos guardarlos en lugares secos, con poca luz y a temperatura ambiente. Extremo frío o calor debilitan el material. La luz solar o la humedad pueden causar mayor número de rupturas o desgarros. Los preservativos no se deben llevar en una billetera o guardar en la gaveta del auto por más de dos semanas, porque el material se debilitará y será más propenso a que se desgarre o rompa.

¿Cuánto tiempo los preservativos se mantienen en correcto estado?

Siempre debes corroborar la fecha de vencimiento de la caja. Algunos están marcados con la fecha de manufactura. Se puede usar un preservativo hasta cuatro años de la fecha de manufactura. Otros preservativos están marcados con la fecha de expiración. No se debe usar mas allá de la fecha de vencimiento indicada en la etiqueta. Si no estás seguro de la fecha de

vencimiento del preservativo, tírelo y use uno nuevo. Nunca uses un preservativo que este frágil, quebradizo, dañado o de color inusual.

¿Cómo usar el preservativo?

Use un preservativo nuevo cada vez que tengas sexo vaginal, anal u oral. Tenga cuidado cuando abra un paquete de preservativos no romper o desgarrar el látex con los dientes, uñas o anillos. No desenrolle el preservativo antes de colocarlo sobre el pene, porque puede debilitar el látex y deteriorarlo al mismo tiempo y volver peligroso su uso. Puede colocarle el preservativo al hombre o colocárselo él solo.

Suavemente se debe presionar el aire del extremo superior del preservativo, antes de colocarlo sobre el pene. Asegurarse haber dejado un centímetro de espacio en el fondo del preservativo, para recoger el semen, así este no se escurrirá por el costado lateral.

Se puede usar lubricantes acuosos como glicerinas o jaleas durante la relación, para evitar que el preservativo se rompa. Si coloca una gota de jalea lubricante dentro del fondo del preservativo, puede incrementar la sensación a la par de aumentar la seguridad.

Nunca use lubricantes como lociones vaselina o aceites para bebe, porque debilita el preservativo y lo hace más propenso a romperse. Las medicaciones para tratar infecciones micóticas en la mujer, suelen favorecer su ruptura.

Sostenga el extremo del preservativo entre los dedos, pulgar e índice y colóquelo sobre la cabeza del pene. Si el pene no es circunciso, tire hacia atrás la piel del prepucio, antes de colocar el preservativo sobre él. Extraiga el exceso de aire para evitar que el preservativo estalle. Coloque el preservativo cuando el pene este eréctil. Desenróllelo sobre todo el largo del pene eréctil.

Luego que el hombre ha eyaculado, debe retirarlo cundo el pene esta aun eréctil, pues el preservativo puede fácilmente escurrirse cuando este está flácido. El deberá sostener el preservativo sobre la base del pene mientras se retira de la vagina para evitar que se derrame el semen. Suavemente enrolle el preservativo hasta la extremidad del pene para retirarlo

(Usaremos una maqueta y la técnica de demostración a medida que respondemos la pregunta)

¿Qué se debe hacer con un preservativo usado?

Se debe envolver y tirarlo en un cesto de desechos. No lo tire por el inodoro, pues puede obstruir la cañería. Los preservativos no pueden ser usados dos veces, por lo tanto usa uno con cada relación sexual y luego descartarlo.

¿Qué pasa si el preservativo se rompe o desgarran?

Primero ¡No te desesperes! El pene debe ser retirado inmediatamente. (Si se va a continuar con el acto sexual, usar un preservativo nuevo).La mujer no debe efectuar duchas vaginales, pues estas pueden causar infecciones. Si está preocupada por un embarazo o por una ITS, debe consultar a su médico o enfermera de la familia.

¿Con que frecuencia se rompen los preservativos?

Los preservativos raramente se rompen si son bien guardados y usados correctamente. Cuando los preservativo se rompen usualmente es porque no se dejó el espacio para el semen en el fondo del mismo, o estaban vencidos, o fueron expuestos al sol o al calor, o fueron desgarrados por los dientes, por las uñas o por los anillos. Si el preservativo se guarda y usa correctamente, es muy difícil que se rompa.

¿Qué pasa si el preservativo se sale y no puede ser extraído de la vagina?

¡No te asustes¡ Trata de alcanzarlo con el dedo y extraerlo de la vagina, en caso contrario debes acudir al médico.

- Evaluación:

Se conformarán dos grupos usando la técnica de “Pares o Cuartetos” y una vez conformados se realizará una competencia donde los miembros del equipo deben realizar demostraciones con una maqueta de la forma de utilización del condón. La puntuación de uno a cinco puntos las brindaran el grupo contrario cada vez que se realice una demostración por el otro grupo. Ganará el equipo que más puntos acumule.

Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Personal: 1 coordinador y 1 facilitador (ellos se encargarán de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente).

Materiales: Maqueta, condones y tarjetas.

Sexta Sesión: Accidentes sexuales.

Objetivos:

- Lograr que los integrantes del grupo reconozcan las consecuencias que pueden ocasionar el embarazo y las ITS.
- Valorar la importancia del uso de anticonceptivos para evitar accidentes sexuales.

Procedimiento:

- Aplicar un "Juego de Roles" : Se formarán dos equipos de cinco integrantes cada uno, distribuyéndose los siguientes roles:
    - Maestro
    - Adolescente embarazada o con una ITS.
    - Amiga
    - Novio
    - Médico de familia
- Por escrito se entregarán las diferentes situaciones para que sean desarrolladas por los adolescentes.
- Evaluación:

Los adolescentes debatirán cada problemática y se seleccionará la mejor representación.

- Se resumirá con diapositivas o presentación Power Point con las complicaciones en todas las esferas de un embarazo en esta etapa de la vida y de contraer una ITS.

Tiempo aproximado de aplicación: 1 hora.

Personal: 1 coordinador y 1 facilitador (ellos se encargaran de dirigir la dinámica y motivar a los adolescentes a expresar sus ideas libremente).

Materiales: Una Computadora, plumones, hoja de papel, lápices.

Séptima Sesión: Bienestar sexual: Parte importante de mí felicidad.

Objetivos:

- Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.

- Evaluar a través del cuestionario la efectividad del programa.

Procedimientos:

- Se realizará por parte del profesional una exposición integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes.
- Evaluación:

Se aplicará nuevamente el acápite de la encuesta, realizada al inicio de la investigación, "Que sabes sobre métodos anticonceptivos y los riesgos de no protegerse", que nos sirvió de diagnóstico para determinar el nivel de información de la muestra estudiada sobre la temática de anticoncepción. Con los nuevos resultados obtenidos podemos comparar y dar a conocer los resultados del Ensayo de Intervención Educativa.

Octava Sesión: Mi Misión en la vida.

Objetivo:

- Dar a conocer las consideraciones finales de la efectividad del Ensayo de Intervención Educativa.

Procedimiento:

- En este último encuentro proyectamos fragmentos de la telenovela La Cara Oculta de la Luna el cual servirá de guía para la realización de un video debate, concentrándose en la importancia del nuevo estilo de vida saludable y la responsabilidad que en la sexualidad deben poseer las personas consigo mismo y con los demás en el futuro.
- Se darán a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elementos esencial el cuestionario aplicado en el encuentro anterior.
- Se realizará un Positivo, Negativo e Interesante (PNI) del Ensayo de Intervención Educativa
- A los participantes se les dará como estímulo un certificado que los acredite como Promotores de Salud.
- Se concluirá con alguna actividad recreativa propuesta en los encuentros anteriores