

Policlínico Docente Universitario

“San Andrés”

Holguín.



Intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes. CMF 15.

Marzo 2020- Marzo 2021.

Autora: Dra. Elianis Rodríguez Fernández*

Tutora: Dra. Elaine Turruelle Pedraye**

***Residente de primer año de Medicina General Integral.**

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

Profesor Asistente de Medicina General Integral.

Tesis para optar por el Título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

Holguín 2021

Pensamiento.

"...La salud de nuestro pueblo es uno de los más importantes baluartes del proceso revolucionario; su salvaguarda es uno de los objetivos estratégicos a tener en cuenta en la próxima década..."

Fidel Castro Ruz.

Dedicatoria.

A mi familia, por el apoyo que he recibido y me han impulsado a seguir adelante en esta nueva etapa de superación de mi vida que me propuse hace, ya tres años; en especial a mis padres, a mi hermano y a mi novio que ha sido un compañero infalible en este proyecto. A mis profesores y compañeros de estudios, los que contribuyeron a mi crecimiento profesional constante.

Agradecimientos

A la Especialista en Primer grado en Pediatría, Lisandra, que ha guiado y apoyado el desarrollo de esta investigación con su conocimiento, tiempo, paciencia y dedicación.

A todas aquellas personas que de alguna manera han formado parte y han contribuido con el desarrollo del posgrado y sobre todo con el progreso de esta investigación.

INDICE

RESUMEN

Introducción: La gestación en la adolescencia constituye un problema importante para la salud.

Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del policlínico San Andrés.

Método: Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención comunitaria. El universo fueron 48 niños. Se estudiaron variables sociodemográficas y biomédicas. Se obtuvo la información de la encuesta realizada. Se utilizó las pruebas de Chi Cuadrado y Odds Ratio.

Resultados: El 37.5% tienen de 13 a 15 años, representando el 52.1% las féminas. Predominó el nivel educacional primario (47.9%). El 79.2% estudian y el 43.8% se encuentra en Unión Consensual. El conocimiento sobre planificación familiar antes de aplicada la Intervención era inadecuado 91.7%, después fue adecuado (89.6%). $X^2 = 25.09$ y OR de 0.09. El 47.9% tenía conocimientos inadecuados de los métodos anticonceptivos antes, luego el 2.1% mantuvo conocimientos inadecuados. $X^2 = 22.52$ y OR de 8.57. En el 58.3% antes tenían conocimientos inadecuados sobre las ventajas de los anticonceptivos, después fue adecuado en el 95.8% con $X^2 = 10.97$ y OR de 4.20. El conocimiento de las desventajas de los anticonceptivos antes fue 95.8% inadecuados, luego el 97.9% adecuados. $X^2 = 26.33$ y OR de 10.52. De los que tenían una vida sexual activa antes el 33.3% tenían conocimientos inadecuados del uso métodos anticonceptivos, después el 2.1% inadecuados. $X^2 = 8.18$ y OR de 3.33.

Conclusiones: Una vez aplicada la Intervención Educativa, los pacientes alcanzaron un adecuado nivel de conocimiento, por lo que fue factible y efectiva.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia, métodos anticonceptivos, planificación familiar, intervención educativa.

INTRODUCCION

Los adolescentes constituyen un grupo muy susceptible para la práctica de relaciones sexuales de riesgo entre las más relevantes destacan los embarazos no deseados, abortos y el contagio de infecciones de transmisión sexual. ¹

El embarazo en la adolescencia existe desde los tiempos más remotos principalmente en la civilización antigua de la cultura occidental donde existían determinantes de la fecundidad precoz, sociedades como la cultura sexista, corta esperanza de vida que predominaba en hombres y necesidad de crecimiento de la población en diferentes períodos. ²⁻³

La evolución de la planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos se remontan a tiempos muy antiguos, con innumerables relatos y acontecimientos, en base a la preocupación del ser humano relacionada con la procreación, permitiendo el cambio de la conducta sexual humana. Pero no es hasta el siglo XX donde se dieron progresos importantes en camino a buscar el anticonceptivo perfecto. ⁴

Aproximadamente en el año de 1850 A.C. según los criterios de diversas poblaciones como chinos, egipcios y hebreos, refieren el uso de compuestos que hoy día han demostrado ser espermicidas, no obstante no fue hasta el siglo XVI cuando Falopio crea una funda de lino con la finalidad de prevenir el contagio de Sífilis, y este básicamente es el origen del preservativo que fue utilizado como único método hasta 1834. ⁵

En Bucarest en el año 1974, se celebró la Conferencia Mundial de Población donde se declaró que "Todas las personas tienen el derecho primordial de decidir libre y responsablemente el número de hijos", se ratificó en México 1984, en la Conferencia Internacional sobre Población. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo, constituyó la reflexión de la Comunidad Internacional sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano. ⁶

La falta de información acerca de planificación familiar en la adolescencia aporta muchos problemas sociales y de salud pública en el país, como son los embarazos no deseados, complicaciones obstétricas, complicaciones neonatales, trastornos psicológicos y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.⁷

La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, pues el embarazo en este período de la vida, tiene trascendentales consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, entre las más significativas destacan, la anemia, la enfermedad hipertensiva, la desnutrición, las hemorragias obstétricas, la prematuridad neonatal, el bajo peso al nacer, y la falta de preparación de estas madres para afrontar la maternidad y educación de sus hijos.⁸

Existe anualmente a nivel mundial cerca de 13 millones de niños hijos de madres adolescentes, la mitad de estos nacimientos ocurren especialmente en países como Bangladesh, Brasil, República del Congo, Etiopía, Nigeria, e India, lo que se traduce en el 95% de estos partos en países en vías de desarrollo.⁹⁻¹⁰ Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día hay 41095 y cada hora 1712 nacimientos de gestantes inmaduras.¹¹

A nivel mundial el desconocimiento acerca de planificación familiar es bajo en países desarrollados, sin embargo este desconocimiento es alto y emergente en países en vías de desarrollo como los de América latina, África, Asia, y el Caribe, aunque no se establecen con claridad cifras exactas, pero es una problemática evidente que golpea con gran magnitud a esta población susceptible.¹²⁻¹³

En cuanto al conocimiento sobre planificación familiar en Cuba desde el 2018 gracias a las políticas públicas de salud se ha ido ampliando, y se establece que el 92,5% de mujeres en edad fértil y sexualmente activas conocen sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo este estudio no puede ser extrapolado a las mujeres adolescentes por sus características especiales.¹⁴

En los últimos años, se produjo en Cuba una más amplia divulgación del uso de métodos anticonceptivos, sin embargo las cifras muestran un incremento del

embarazo adolescente en los últimos 5 años del 10,5% al 13,5%, siendo muy baja esta divulgación entre mujeres que viven en zonas rurales, con bajo nivel escolar y adolescentes, colocándolas en una franca posición de riesgo frente al embarazo no deseado.¹⁵

En la provincia de Holguín no se tiene datos reales y actualizados, pero lo que si se podrá decir es que en estudios realizados en el municipio cabecera, la desinformación es la principal causa por la que los adolescentes adquieren una paternidad y maternidad temprana, por ejemplo, el 25% de los partos atendidos en el Hospital Vladimir Ilich Lenin son de parejas entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haber tenido información sobre métodos anticonceptivos.¹⁶

De igual forma el embarazo en la adolescencia constituye una de las primeras demandas de asistencia médica en la población perteneciente al Policlínico de San Andrés debido a que en el periodo de 2019 a 2020 se realizaron 23 captaciones de embarazo en adolescentes entre 15 y 18 años de edad.

En el consultorio 15 del policlínico San Andrés, también constituye una problemática de salud, ya que existen 17 adolescentes dispensarizados como Riesgo Preconcepcional debido a que presentan vida sexualmente activa principalmente entre las edades de 15 a 18 años y al menos han presentado algún embarazo no deseado o aborto provocado.

Lo que impone la necesidad de que los adolescentes conozcan más acerca de métodos anticonceptivos y de las posibles complicaciones que le puede causar un embarazo en dicho periodo de vida si no tienen un adecuado conocimiento.¹⁷

La maternidad precoz genera consecuencias graves para la salud y el desarrollo de las jóvenes, el riesgo de discapacidad y muerte materna es mayor para las adolescentes que para las demás mujeres, al mismo tiempo, la maternidad precoz generalmente restringe las oportunidades de las niñas de acceder a educación y capacitación, y de desarrollar medios de subsistencia.¹⁸

El embarazo en adolescentes y la maternidad temprana están asociados con el fracaso escolar, el deterioro de la salud física y mental, el aislamiento social, la pobreza y otros factores relacionados. Además el no uso de adecuadas barreras de protección aumenta el riesgo de infecciones de transmisión sexual, con consecuencias a corto y largo plazo en la salud biopsicosocial de los adolescentes.¹⁹

En muchos países los adolescentes carecen de acceso adecuado a servicios de información de métodos anticonceptivos que son necesarios para proteger su salud sexual y reproductiva.²⁰⁻²¹

Existe una urgencia mundial de implementación de programas que remueva las barreras y permita el acceso a las necesidades anticonceptivas. En general, los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que los adultos.²²

La insuficiente información, el desconocimiento y la escasa educación en materia de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos constituyen otro factor determinante en la ocurrencia del embarazo adolescente, en conjunto con la presión y desinformación sobre sexualidad ejercida por los medios masivos de comunicación y los padres.²³

Por lo antes expuesto nos trazamos como **problema científico**: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en adolescentes del consultorio 15 del policlínico San Andrés de marzo del 2020 a marzo del 2021?

Hipótesis:

Un diseño de propuesta de intervención educativa elevará los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes del consultorio 15 del policlínico San Andrés de marzo del 2020 a marzo del 2021.

MARCO TEORICO

Adolescencia:

La palabra adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». Es una etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso de maduración física, psicológica y social que lleva al individuo a transformarse en un adulto. En esta etapa, ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona sufre de transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, alcanzando la madurez.²

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Se describe como una etapa de la vida libre de problemas de salud, aunque desde el punto de vista de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso exclusivo, porque es aquí donde comienza su vida sexual activa.²

La adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de tres fases, que se describen a continuación:

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Fisiológicamente, es una etapa peri puberal, con numerosos cambios corporales y funcionales como la primera menstruación, y psicológicamente se inicia una independencia de las relaciones paternas y comienza el interés por las amistades fundamentalmente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente se desarrollan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se proponen metas vocacionales irreales. Además, se hacen muy dependientes de sus cambios corporales con inseguridad por su apariencia física.³⁻⁶

Adolescencia media (14 a 16 años)

Esta etapa es cuando se ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo físico. Psicológicamente se alcanza la máxima relación con sus pares, intercambiando valores propios y se inician conflictos con sus padres. Se reporta como la media de inicio de la actividad sexual y exhiben conductas omnipotentes causantes de riesgo,

muy preocupados por su apariencia física y se manifiestan sugestionados con la moda.

3-6

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Finalmente se cierra el ciclo con pocas modificaciones físicas y comienzan a aceptarse como son, se acercan a sus padres y sus valores exteriorizan una perspectiva más adulta, sus relaciones íntimas son más sólidas y el grupo de pares va perdiendo importancia. Además, hay una proyección a sus metas profesionales, dándole un matiz cercano a la adultez. ³⁻⁶

Sexualidad en la adolescencia:

La sexualidad en la adolescencia se expresa de manera diferente a como se manifiesta en otras etapas de la vida. En esta etapa surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan los mismos. La actividad hormonal provoca deseos y fantasías eróticas, que estimulan al adolescente a querer sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros. ⁷⁻¹⁰

Estas nuevas sensaciones los toman por sorpresa, lo que conlleva a sentimientos de angustia, temor, incertidumbre y confusión que lo exponen a una franca situación de riesgo, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que le está pasando, por lo que se hace necesario el conocimiento de los métodos de planificación familiar en miras de reducir los embarazos no deseados de este grupo y las enfermedades de transmisión sexual. ⁷⁻¹⁰

Embarazo en la adolescencia:

El embarazo en la adolescencia es un riesgo para la salud, que guarda relación con múltiples factores, que van desde la falta madurez física y psicológica hasta un inadecuado seguimiento prenatal, a lo que suman una sexualidad temprana, múltiples parejas sexuales o la ausencia de planificación familiar. Es frecuente encontrar en este grupo etario otros factores agravantes como son la malnutrición, hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco y drogas), que complican la evolución y los resultados del embarazo. ¹²⁻¹⁵

La Organización Mundial de la Salud plantea que el embarazo en la adolescencia es una prioridad en la atención en este grupo pues repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en vías de desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años.¹²⁻¹⁵

Los riesgos se incrementan al asociarse en estas madres, patologías como la malnutrición, enfermedad hipertensiva gestacional, anemia, infección urinaria, bajo peso al nacer y parto pretérmino. Esto tiene un impacto de considerable magnitud en la vida de las adolescentes, en su salud, en la del niño, la pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.¹³

Complicaciones obstétricas:

El embarazo plantea riesgos concretos que se añaden a los derivados de la inmadurez en la adolescente embarazada, la morbilidad en la gestación de la adolescente, se puede clasificar por períodos de la gestación. En los primeros meses es frecuente el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, en los meses restantes son visibles los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, malnutrición materna, parto prematuro y la rotura prematura de las membranas.¹⁶⁻²⁰

El número de cesáreas se incrementa en este grupo al presentarse estrechez pélvica y desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo e inducción fallida, los desgarros, los sangrados y las infecciones aparecen con frecuencia, ocasionando afectación de los indicadores materno infantil en esta población.¹⁶⁻²⁰

En el desarrollo de la preeclamsia, existe una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno, o con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy habitual en gestantes adolescentes, además se invocan otros mecanismos que también están presentes en dicho grupo.¹⁸

Complicaciones neonatales

En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional, APGAR bajo, distress respiratorio y traumatismos obstétricos. Por ende, propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se reporta en la literatura revisada que el 80% de los recién nacidos hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes. ¹⁹⁻²²

Entre los factores que influyen sobre el incremento del riesgo de embarazo y enfermedades en este grupo etario, se encuentran:

- Relaciones sexuales tempranas: cuantiosos estudios señalan que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales se corresponde a los adolescentes situados en el grupo de edad media.
- Factores biológicos, familiares y socioculturales como: la disminución de la edad de menarquía, la existencia de familias disfuncionales, la presión del grupo de iguales, la permisividad, sobreexcitación sexual, el consumo de alcohol y otras drogas, limitan en gran medida esta conducta.
- Actividad sexual irregular: con frecuencia y muchas veces no previstas.
- Cambios de pareja con la duración de la pareja que es breve en muchos casos.
- La insuficiente y deficiente utilización de métodos anticonceptivos, atribuible a la desinformación sobre planificación familiar y dificultades de acceso a los servicios.
- El uso de anticonceptivos no está presente en las primeras relaciones sexuales, y cuando son usuarios de los métodos de planificación familiar, el uso es muy irregular y utilizan métodos no eficaces.
- Conflictos en la relación causa-efecto, entre la conducta sexual que suministra placer inmediato y el riesgo futuro de gestación, e infecciones de transmisión sexual. ²²⁻²⁴

Múltiples estudios reportan el consumo de alcohol, drogas, conllevan a los adolescentes ha realizan las primeras relaciones sexuales bajo su influjo, y que hasta un 17% de adolescentes reconoce utilizar menos el preservativo después de haber consumido alcohol. ²³⁻²⁵

Planificación familiar:

La planificación familiar como política de salud permite la decisión libre, consciente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es: reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil, que las parejas disfruten a plenitud la sexualidad, y se logre una paternidad y maternidad responsables.²⁴

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento preconcepcional, durante el embarazo, el parto y el puerperio.²³

Anticoncepción en la adolescencia:

Antes de abordar este punto es necesario tener en cuenta conceptos básicos como el de sexualidad, el mismo que es definido según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.²⁵⁻²⁸

La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se viven o se expresan siempre, está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, religiosos y espirituales.²⁹⁻³² Lo que es importante que conozca los adolescentes a través de este diseño de plan de intervención educativa, pues en el mismo no solo se centrara en la educación acerca de los tipos de métodos anticonceptivos, sino que a la vez intervendrá en el conocimiento de la sexualidad, práctica de valores e interacción de la familia y la comunidad.

En la actualidad la práctica de la sexualidad de los adolescentes se ha transformado debido a cambios en la estructura familiar, que va desde familias disfuncionales, hasta cambios de paradigmas en cuanto a la sexualidad, y aceptación de las diversidades sexuales. El desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria en el país permite una eficaz atención preconcepcional, donde el equipo básico de atención integral de Salud,

juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz de las adolescentes con riesgo de embarazo y serán interventores en esta problemática.³²

Es importante después de dicho esto conocer los conceptos existentes sobre anticoncepción en la adolescencia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos, para brindar una atención preconcepcional no solo desde el consultorio médico de los Centros de Salud, sino también desde las visitas domiciliarias, planificadas con una periodicidad sistemática y con intervención educativa permanente.³³

La prescripción de un método anticonceptivo a los adolescentes no es igual que en los adultos, se describe que en la adolescencia su indicación depende de las características fisiológicas, aceptabilidad, discontinuación de método anticonceptivo, y evaluación de aspectos biopsicosociales involucrados. Es preciso que los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos reversibles para poder elegir el que mejor se adapten a sus necesidades, valores, preferencias y personalidad.³⁴ Para ello, es necesario:

- ❖ Identificar los requerimientos sobre la anticoncepción de esta etapa.
- ❖ Evaluar el estado de salud y madurez psicológica.
- ❖ Conocer los valores, creencias y características personales de los adolescentes y su pareja.
- ❖ Promover información sobre su eficacia, forma de uso, costo y beneficio.
- ❖ Recomendar la doble protección.
- ❖ Informar sobre el correcto uso del método elegido y los posibles efectos adversos.

35

Requisitos anticoncepción en la adolescencia:

Es justo destacar que debe tenerse en cuenta en estas edades determinados requisitos con el fin de evitar iatrogenias en estos pacientes, primero corresponde tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural. De uso reversible salvo que casos excepcionales, como enfermedades o deficiencias psíquicas. Ser adecuado a su actividad sexual y de fácil utilización.³⁶

Según las guías de la OMS y la Sociedad Americana de Pediatría recomiendan la siguiente clasificación de métodos anticonceptivos:

- Recomendables: incluyen preservativos y anticonceptivos orales.
- Aceptables: incluyen diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.
- Poco aceptables: incluyen DIU, anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- De emergencia: anticoncepción postcoital.³⁷
- Los métodos anticonceptivos disponibles, se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios o temporales, reversibles, y definitivos o permanente, irreversible.³⁸

Se prefiere dividirlos en:

- Métodos de barrera:

- Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.
- Mecánicos sin medicar: preservativo, o condón masculino, diafragma, capuchón cervical, escudo vaginal o condón femenino.
- Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

- Dispositivos intrauterinos (DIU):

- Inertes.
- Bioactivos o medicamentosos.

- Hormonales:

- Locales.
- Orales: combinados o progestágeno solo.
- Sistémicos: inyectables, implantes, parches, etc.

- Biológicos o naturales:

- Abstinencia periódica.

- Coito interrupto.
- Lactancia materna exclusiva.
- Quirúrgicos:
 - Femeninos.
 - Masculinos.

Tipos de métodos anticonceptivos:

Métodos anticonceptivos de barrera:

Actúan impidiendo la unión del óvulo y el espermatozoide imposibilitando y bloqueando que estos alcancen el canal cervical, mediante una barrera mecánica pueden ser preservativo masculino o femenino, en su forma química como espermicidas o mixta: diafragma + espermicida, capuchón cervical + espermicida y esponja vaginal, ^{39-42a} continuación se describen los mismos:

Preservativo Masculino:

Es una funda de látex o poliuretano que retiene el semen evitando que alcance el aparato reproductor, recibe también el nombre de condón, que significa forro. Para su utilización el hombre debe colocar el preservativo en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia fuera, y desenrollar hasta la base del pene, sosteniendo con los pulpejos de la otra mano la punta del pene, haciendo que se forme un pequeño reservorio, que no debe contener aire, por el peligro que pudiera representar que se rompiera el preservativo, inmediatamente después de la eyaculación, se retira el preservativo, y se elimina, se utiliza uno diferente en cada relación sexual. ⁴¹

El preservativo masculino como contraceptivo puede lograr una eficacia del 98% en los casos de uso correcto y en la protección contra el VIH y otras ITS evitan entre el 80 y el 95% de los casos. ⁴¹ A criterio del autor los preservativos serían un método anticonceptivo ideal para los adolescentes pues son accesibles, de bajo costo, seguros, de alta eficacia, de fácil uso, rara vez producen efectos adversos, el usuario tiene el control del mismo, tiene la ventaja que puede combinarse con otros métodos

reforzando su seguridad.

Es conveniente aconsejar a los adolescentes sobre este método de planificación familiar así como de la preservación del mismo, en lugares que no contribuyan a su deterioro.

Preservativo Femenino:

Es un revestimiento de poliuretano, fino, pre-lubricado, que se adapta a las paredes vaginales, y adopta inmediatamente su temperatura corporal, posee aros flexibles en ambos extremos. El aro en el extremo cerrado ayuda a la inserción del preservativo y el aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del preservativo fuera de la vagina, mide cerca de 17 centímetros e impide el contacto del espermatozoos con el aparato sexual femenino. ^{42,43}

Para su utilización la mujer oprime el extremo cerrado del mismo y lo mete en la vagina. Es necesario introducir el dedo dentro del preservativo para colocarlo completamente y comprobar que queda bien colocado. Al concluir la relación sexual, dar media vuelta al anillo externo para evitar que el semen se derrame, y sacar. Es importante decir que este método no es reutilizable, su utilización es con un nuevo preservativo en cada relación sexual. ⁴⁴⁻⁴⁶

Es el único método de uso femenino que protege contra el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y otras ITS. Su eficacia obedece a la forma de uso, se puede obtener una eficacia del 95%, en los casos de uso correcto. ⁴⁷

Diafragma:

Es un capuchón de látex o silicona, cuyo objeto es cubrir al cérvix, el cual actúa bloqueando la entrada del espermatozoos al cérvix, se lo utiliza comúnmente con un espermicida, y requiere de la colaboración de un profesional sanitario, para calcular la medida del diafragma para cada mujer. Para su uso eficaz se debe aplicar espermicida por ambos lados del diafragma, presionar los bordes juntos e introducirlo, seguidamente verificar que el cuello del útero queda bien cubierto por el diafragma y conservarlo por un periodo de al menos seis horas, después de haber terminado la relación sexual, retirarlo y lavarlo con extremas medidas higiénicas, pues el mismo es reutilizable. ⁴⁸⁻⁵⁰

Su eficacia en adolescentes es baja un 60% pues su uso requiere motivación, entrenamiento y privacidad, describiéndose en adultas una tasa de fracaso de 2% aumentando a un 4% en adolescentes.⁴⁹

En Cuba la oferta y demanda de este método de planificación familiar es deficiente, pues los usuarios presentan dificultad en el conocimiento de su aparato reproductor, lo que sin duda hace que este método no sea recomendable para este grupo, por el desconocimiento de su sexualidad.⁵⁰

Esponja vaginal:

Se trata de un tampón circular de poliuretano, con espermicida, del que cuelga un hilo, para su utilización debe humedecerse la vagina con agua para activar el espermicida, e introducir en el fondo de la vagina como un tampón, el hilo debe quedar hacia afuera lo que permite su extracción, no debe retirarse la esponja hasta pasadas 6 horas de la última relación sexual. Su eficacia es del 70% al 80%, y en dependencia de la habilidad del usuario.⁵¹

Espermicidas:

Son sustancias químicas con efecto nocivo sobre los espermatozoides que provocan la rotura de su membrana o enlentecen sus movimientos, su principio activo puede ser el nonoxynol entre los más frecuentes, pueden presentarse comercialmente como óvulos, jaleas y espumas. Se introducen profundamente en la vagina, al menos 8-10 minutos antes de la relación sexual, es un método poco eficaz, como anticonceptivo el 70% al 80%, por lo que no se recomienda su uso en forma aislada, sino en combinación con otros métodos de planificación familiar, disminuyen el riesgo de infecciones de transmisión sexual como gonorrea y clamidia, evitan el contagio contra el VIH.⁵¹

Métodos hormonales:

Son métodos anticonceptivos hormonales que funcionan impidiendo la ovulación, modificando las características del moco cervical, disminuyendo la motilidad de las trompas de Falopio, o causando una alteración funcional y estructural del endometrio. Como anticonceptivos son muy eficaces entre el 99,7% en condiciones óptimas, aunque no protege contra las infecciones de transmisión sexual,⁵³ encontrando los siguientes en su clasificación:

Anticoncepción hormonal combinada

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC), están constituidos por dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno, por sus múltiples efectos ventajosos se incluyen dentro de los métodos anticonceptivos de elección para adolescentes, con alta elegibilidad según la OMS, comercialmente los encontramos en forma de píldoras (uso diario), parche (uso semanal) y anillo vaginal e inyectable combinado (uso mensual).⁵⁴⁻⁵⁶

Anticoncepción hormonal combinada oral:

La AHC por vía oral deberá ser administrada un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días, descansando 7 días sin medicación o 28 días seguidos sin descanso y reiniciar, cada 28 días. El comprimido tiene que tomarse a la misma hora, si hay olvidos menores a las 48 horas se continúa regularmente con el ciclo, si superan estas horas, hay que emplear el preservativo adicionalmente durante 7 días.⁵⁶⁻⁵⁸

Por lo tanto los anticonceptivos orales combinados son seguros, eficaces, y usados correctamente no tienen efectos adversos a largo plazo en el desarrollo y la función de los ovarios, además no se describen complicaciones afines con la edad, ni efectos colaterales.⁵⁸

Los médicos familiares, además de todo el personal de salud, les corresponde promover el uso de una doble anticoncepción en adolescentes la cual preconiza a nivel internacional la utilización de AHC por vía oral y además la utilización de preservativos, los dos métodos juntos garantizan una efectividad anticonceptiva del 99,9% y además protegen de ITS, pues a estas edades existe un elevado riesgo de contraerlas.⁵⁸

Anticoncepción hormonal combinada transdérmica:

Consisten en la administración de un parche que se adhiere a piel, colocándose en diferentes partes del cuerpo que pueden ser la espalda, el abdomen, o los brazos, evitando las mamas por el riesgo de inducir tensión mamaria, comenzando desde el primer día de la menstruación y se cambia semanalmente durante 3 semanas, después durante 7 días no se coloca el parche, después de lo cual se empieza un nuevo ciclo.⁵⁸⁻⁶¹

Anticoncepción hormonal combinada vaginal:

Se trata de un anillo vaginal flexible que se inserta en el interior de la vagina, libera hormonas que se absorben a través de las paredes vaginales, el primer día del ciclo menstrual y se retira a los 22 días, luego de 6 días sin anillo vaginal se coloca uno nuevo, es un método anticonceptivo recomendado en la adolescencia a nivel internacional, pero por ser de difícil manipulación en el medio en el cual nos desenvolvemos, su difusión y uso adecuado se encuentra subutilizados y restringidos.⁶¹⁻⁶⁴

Anticoncepción hormonal combinada inyectable:

Estos deben ser inyectados cada 28 días, de preferencia el primer día de la menstruación, tienen una elevada eficacia y aceptabilidad, pero existe la necesidad de acudir todos los meses al Centro de Salud, para la aplicación de este método anticonceptivo, que muchas de las veces desanima a las adolescentes, es de señalar que las inyecciones pueden interrumpirse en cualquier momento, y se regresa inmediatamente a su estado normal de fertilidad.⁶⁴

Anticoncepción hormonal solo con progestina:

Es un método anticonceptivo hormonal que consiste en la administración de una sola hormona, llamada progestina, su eficacia anticonceptiva es del 99,7%, no protege contra las ITS, y son de primera elección en adolescentes que presentan contraindicaciones a los estrógenos, no se recomienda en la adolescencia precoz e intermedia, por los cambios del ciclo menstrual que provoca y que es peor tolerado en este grupo. Hay tres presentaciones: píldoras (administración diaria), inyecciones (se coloca cada 2 o 3 meses) y en forma de implante (administrada cada 3 o 5 años).⁶⁵

Anticoncepción hormonal oral solo con progestina:

Este tipo de anticoncepción se inicia el primer día de la menstruación y se toma diariamente sin interrupciones, tienen la ventaja, frente a los AHC de que pueden indicarse durante la lactancia, no son trombogénicos y no se relacionan con enfermedad hepática, sus inconvenientes más notables son la elevada incidencia de sangrado intermenstrual, además deben tomarse a la misma hora todos los días.

Anticoncepción hormonal inyectable e implante subdérmico solo con progestina:

En la anticoncepción inyectable, la primera dosis se indicara entre el primer y el quinto día de la menstruación, y se renovará cada ocho o doce semanas, según el tiempo de duración del anticonceptivo. El implante subdérmico en cambio se administrara entre el primer y el quinto día del ciclo menstrual, y consiste en tubos flexibles que tienen progestina, su inserción es bajo la piel del brazo, necesitando ambos métodos la intervención de personal calificado, el efecto anticonceptivo del implante es de 3 a 5 años, en dependencia del medicamento prescrito.⁶⁷

En la actualidad hay expectativa respecto a la utilización de los implantes y anticonceptivos inyectables sólo de progestina en menores de 16 años, se estudia que el uso de estos métodos anticonceptivos disminuye la concentración de estrógenos, y pudiera afectar al desarrollo de la masa ósea, afectando su crecimiento y desarrollo en algunos casos, aunque no existe hay evidencias sólidas que corroboren esta teoría.⁶⁷

Anticoncepción de emergencia:

Este tipo de método anticonceptivo es de emergencia, no se aconseja utilizarlo rutinariamente, se administra en forma de píldoras que contienen solo progestina, o una progestina y un estrógeno juntos, son llamadas también píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) y muchas de las veces como anticonceptivos poscoitales. Funcionan esencialmente impidiendo o retrasando la ovulación.⁶⁸⁻⁷¹

No son efectivos si la mujer se encuentra embarazada y ayudan a prevenir el embarazo cuando se administran hasta cinco días después de las relaciones sexuales sin protección, la dosis recomendada es la administración de 1.500 mcg de levonorgestrel, comúnmente.⁷²

La eficacia en las primeras 24 h alcanza el 95%, disminuyendo al 58% a los 3 días. Están indicadas en caso de coito sin protección, accidente en el uso de un método, violación y riesgo de malformaciones fetales en una situación de coito de riesgo.⁷³

Dispositivos intrauterinos:

Los dispositivos intrauterinos (DIU) se encuentran incluidos en los métodos anticonceptivos reversibles más frecuentemente usados, el mismo que debe ser colocado y retirado del útero por un experto. Su duración es de 5 a 10 años. Su eficacia es de 99,2%. Existen dos variedades DIU inertes o sin medicación hormonal o de cobre, y la segunda variedad medicación hormonal.⁷⁴

Según Peláez “Nunca debe insertarse un DIU en una adolescente que tenga o haya tenido una infección genital o una ITS en los últimos tres meses. El DIU puede incrementar el riesgo de EIP y de infertilidad en las mujeres que padecen una ITS que no ha sido tratada.”⁷⁵

Las adolescentes tienen un mayor riesgo de expulsión del DIU sobre todo las que no han paridos, así como tienen mayor frecuencia de incremento del sangrado y duración de las menstruaciones, de los cólicos menstruales, flujo vaginal patológico y riesgo de padecer de infecciones genitales bajas y Enfermedad Inflamatoria Pélvica”.⁷⁵

Métodos quirúrgicos:

Son métodos definitivos, utilizados en ambos sexos, en el varón, a través de la vasectomía que es la ligadura de los conductos deferentes, mientras que en la mujer, es la ligadura de las trompas de Falopio, su eficacia es del 100%, no recomendado para los adolescentes que están iniciando su vida reproductiva, solo serían recomendados en este grupo en casos excepcionales, como discapacidades severas y enfermedades de transmisión genética entre los casos más relevantes.⁷⁶

Métodos naturales:

Entre los más utilizados se describen el método del ritmo o calendario, método basado en la temperatura basal, el coitus interruptus o marcha atrás, y por último el método de la filancia del moco cervical, entre los más destacados, su eficacia es baja, estos métodos no son idóneos para ser recomendados en la adolescencia, pues en este grupo es frecuentes los trastornos menstruales, además no hay responsabilidad en su utilización, y hay gran estimulación sexual por el influjo hormonal en estas edades.⁷⁷

Abstinencia:

Es el método más efectivo para prevenir el embarazo y las ITS, además no produce efectos perjudiciales para la salud del adolescente, es una opción para los individuos que han iniciado su vida sexual activa, como para los que no la hayan iniciado, la abstinencia demanda motivación, autocontrol, y comunicación, por lo que hay que educarlos respecto a este tema y otras opciones anticonceptivas a las que pueden tener opción.⁷⁸

Bioética en la anticoncepción:

El profesional de la salud debe respetar la libre elección del paciente, respondiendo al principio de autonomía, el adolescente tiene derecho a tener una información oportuna y decidir sobre su sexualidad, por lo tanto, si un adolescente tiene una vida sexual activa y, si se le considera competente, se debe respetar la confidencialidad y hacer una adecuada atención sobre planificación familiar. Es importante informarle al adolescente que en caso de embarazo, los responsables legales serán sus padres, mientras sean menores de edad, de modo que si tiene actividad sexual conviene que ellos estén informados.⁷⁹

Cabe recalcar que entre las funciones más importantes del médico de familia están las de promoción y prevención de la salud, cae en este campo la planificación familiar, esta debe lograrse con la participación libre, consciente y voluntaria de los adolescentes, por lo que se necesita que los individuos tengan una adecuada educación sobre planificación familiar, persiguiendo cambios de conducta en este grupo de riesgo.⁸⁰

OBJETIVOS

General

- Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes.

Específicos

- Caracterizar a la población de acuerdo a variables sociodemográficas y biomédicas.
- Evaluar el control de los factores de riesgo antes y después de la intervención.

DISEÑO METODOLÓGICO

I. Contexto y clasificación del estudio:

Se realizó un **estudio cuasiexperimental de intervención comunitaria** con el objetivo de evaluar el impacto de una intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes del consultorio 15 del policlínico San Andrés de marzo del 2020 a marzo del 2021.

II. Población o universo:

El universo o población de estudio estuvo constituido por los 48 pacientes adolescentes pertenecientes al consultorio 15 del policlínico San Andrés del municipio de Holguín. Para la determinación del universo se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión; para la eliminación de los posibles sesgos se decidió trabajar con el total de la población.

Criterios de inclusión:

- Pertenecer a dicha área de salud.
- Tener entre 10 y 18 años

Criterios de exclusión.

- Padres que se negaron o abandonaron el estudio.
- Tener alguna discapacidad intelectual o trastorno psiquiátrico.

III. Definición y operacionalización de las variables.

Para dar salida a los objetivos de la investigación se operacionalizaron las variables de la siguiente forma:

Variable	Clasificación	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Discreta	10-12 13-15 16-18	Números de años cumplidos según tarjeta de menor.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según sexo biológico.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Ninguna Primaria	Según nivel educacional vencido.	Frecuencia absoluta

		Secundaria		(No.) y relativa (%)
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estudiante Ama de Casa Agricultor	Labor remunerada que recibe cada persona por encontrarse incorporado al trabajo.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Concubinato	Según estado civil referido por el paciente.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Conocimientos Planificación familiar	Cualitativa nominal politómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: cuando responde correctamente la pregunta. Inadecuado: cuando responde incorrectamente la pregunta.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Conocimientos Métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: cuando responde correctamente la pregunta. Inadecuado: cuando responde incorrectamente la pregunta.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Conocimientos Ventajas de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: cuando responde correctamente la pregunta. Inadecuado: cuando responde incorrectamente la pregunta.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)
Conocimientos Desventajas de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	Adecuado Inadecuado	Adecuado: cuando responde correctamente la pregunta. Inadecuado: cuando responde	Frecuencia absoluta (No.) y

			incorrectamente la pregunta.	relativa (%)
Prácticas sexuales	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Cuando si refiera utilizar métodos anticonceptivos es una práctica adecuada. Cuando no refiera utilizar métodos anticonceptivos es una práctica no adecuada.	Frecuencia absoluta (No.) y relativa (%)

IV. Parámetros Éticos:

A todo el paciente, previo inicio, como establece la declaración de Helsinki para obtener su consentimiento se le informó en qué consistía la investigación, se le explicó sus objetivos. Todos los pacientes con voluntad de participar en la investigación, luego de conocer estos elementos, brindaron su consentimiento informado de forma oral, y para dejar constancia escrita, firmaron el mismo. (Anexo 1)

V. Métodos y Recolección de la información:

Métodos empleados:

Como en toda investigación de salud desempeñan un papel fundamental los métodos empíricos, teóricos y estadísticos. En la presente investigación los mismos fueron aplicados como a continuación se exponen:

- **Métodos Empíricos:** permitieron la obtención y elaboración de los datos.

En la investigación fueron empleados:

- **La observación:** Este método se aplica en la investigación, ya que al observarse la frecuencia de embarazos en la adolescencia y el poco conocimiento acerca de la planificación familiar y sus inadecuados estilos de vida nos motivó a la realización de esta investigación.
- **La entrevista y el examen físico:** Se utilizaron de manera abierta, externa y directa para la verificación del diagnóstico certero, en sus formas de presentación y otros datos de interés.

- **Consulta con expertos:** se consultaron especialistas en Pediatría para la consulta del tema Adolescencia, así como en Psicología para la validación de los instrumentos de recogida de la información y el diseño del estudio.
- **Métodos Teóricos:**
 - **El método de lo abstracto a lo concreto:** a través de la revisión bibliográfica se pudo actualizar la situación imperante con respecto a la influencia que ejercen los estilos y modos de vida sobre la aparición y el control embarazo y las enfermedades de trasmisión sexual tanto en el mundo como en nuestro país, lo que permitió diseñar la metodología de esta investigación y el procesamiento de sus datos. Además, nos permitió la construcción y desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para abordar el problema científico, para lo cual se emplearon referencias bibliográficas en las que nos apoyamos para realizar la discusión de nuestro trabajo y el análisis de los resultados, en correspondencia con los intereses de la investigación.

Recolección de la Información.

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta (Anexo 2) como fuente primaria que fue validada por consultas con expertos. Esta fue elaborada por la autora y se volvió a utilizar para evaluar los cambios posteriores a la aplicación de la estrategia de intervención.

VI. Tabulación y análisis de los datos:

Para facilitar el procesamiento de la información utilizamos Escalas Ordinales con un propósito evaluativo con un enfoque fundamental: Escala de Juicios Valorativos.

El procesamiento estadístico de los mismos se realizó con la:

- a) Utilización de indicadores estadísticos de tipo descriptivo (Frecuencia absoluta y frecuencia relativa), como medida de resumen de cada variable.
- b) Utilización de estadística inferencial:

En algunas variables se determinó X^2 la cual se interpretó de la siguiente forma: cuando X^2 menor o igual que 3,84 con nivel de significación $p > 0,05$ se asumió ausencia de significación estadística, en el caso de X^2 entre 3,84 a 6,63 ($p < 0,05$)

se consideró asociación significativa; mientras que si X^2 resultó de 6,64 a 7,84 ($p < 0,01$) la relación fue muy significativa, por último, para $X^2 > 7,86$ ($p < 0,001$) se entendió como asociación altamente significativa.

Detectadas las dificultades se diseñó y aplicó una estrategia intervencionista encaminada a modificar estilos de vida de estos pacientes, con base en técnicas psicológicas grupales para un mejor trabajo. Posteriormente se evaluó la calidad de la estrategia, comparando los resultados antes y después de la aplicación de esta en los pacientes. Para ello se utilizó el mismo diseño metodológico descrito con anterioridad. Utilizando un diseño experimental intragrupo.

Los resultados así obtenidos se presentaron en tablas estadísticas analizándose convenientemente para cumplir los objetivos propuestos y comparando los resultados de nuestra investigación con trabajos similares realizados en Cuba o en el resto del mundo.

El análisis de los datos se hizo mediante el uso del paquete estadístico del programa EpiDat (Programa de Análisis de Datos Epidemiológicos Tabulados) en su versión 3.0, según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Para este proceso se emplearon los recursos informáticos disponibles los cuales incluyeron:

Hardware: PC: (desktop). Intel (R) Celeron Pentium IV CPU 3.06 GHz

Software: Hojas de Cálculo: Microsoft Excel 2010.

Procesador de Textos: Microsoft Office Word 2010.

PROGRAMA EDUCATIVO

“Hacia una sexualidad satisfactoria en el paciente adolescente.”

Sin lugar a dudas el reto para nuestros médicos lo constituye el proporcionar una educación adecuada al paciente y sus familiares, así como desarrollar un régimen que reduzca de forma efectiva los factores de riesgo, que minimice los cambios en las enfermedades concomitantes y que mantenga o mejore la calidad de vida. Para animar al paciente es necesario, en primer lugar, integrar su estilo de vida y los procesos

patológicos actuales con un conocimiento completo de los efectos del tratamiento farmacológico y no farmacológico sobre la calidad de vida.

La Medicina Moderna cada vez más preventiva y educativa, es necesario emplear diversas técnicas educativas haciendo uso de la creatividad y de una efectiva comunicación bidireccional. El Programa Educativo está diseñado basado en un diagnóstico educativo previo, seguido de la organización, planificación y control de una serie de técnicas participativas dirigidas al conocimiento sobre el manejo integral del adolescente.

Como todo trabajo de intervención contó de 4 etapas definidas:

Cronograma de Trabajo: Estrategia de Intervención

<i>Etapas</i>	<i>Objetivo:</i>
<i>1. Etapa diagnóstica</i>	Se identifican los componentes del estilo de vida de los pacientes durante el mes de marzo del 2020.
<i>2. Etapa de diseño</i>	Se diseñó una estrategia de intervención encaminada a modificar los estilos de vida de estos pacientes.
<i>3. Etapa de intervención</i>	Se aplicó dicha estrategia durante el período comprendido abril del 2020 / mayo del 2020.
<i>4. Etapa de evaluación</i>	Se realizó la evaluación de la intervención en los meses de noviembre del 2020 a febrero del 2021.

-
- **Límite Geográfico:** Consultorio 15 del policlínico San Andrés. Municipio de Holguín.
 - **Tiempo:** marzo del 2020 a marzo del 2021.
 - **Población:** Pacientes adolescentes pertenecientes al consultorio 15 del policlínico San Andrés.
 - **Etapa diagnóstica**

En la etapa diagnóstica se aplicó la encuesta inicial para identificar los estilos de vida del universo en estudio; diseñada según revisión bibliográfica y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. El resultado de la misma se convirtió en el registro primario de la investigación. Esta etapa transcurrió durante el mes de marzo del 2020.

- **Etapa de Intervención**

Principios:

Después de haber culminado la etapa diagnóstica hicimos un análisis de los resultados de este período y decidimos aplicar la estrategia intervencionista (Anexo 3). Esta etapa transcurrió durante los meses de abril del 2020 a mayo del 2020.

Objetivos del Programa:

- Modificar los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes.
- Socializar los resultados obtenidos en la investigación realizada a los padres de familia y a los adolescentes.
- Describir los aspectos fundamentales acerca de la planificación familiar
- Describir las características de la sexualidad en la adolescencia.
- Describir los tipos de métodos anticonceptivos que existen.
- Explicar la utilización correcta del método anticonceptivo de barrera, preservativo masculino y femenino.
- Conocer los derechos sexuales y reproductivos.
- Enseñar a formular su proyecto de vida.

Apoyo científico: Basado en la interacción de las Ciencias de la salud y sociales en un trabajo interdisciplinario y común enfoque integral, profundizando en los principios de las Ciencias clínicas, pedagógicas, comunicacionales y de la conducta para construir una pedagogía especial de educación terapéutica.

Todos los proveedores de salud (médicos, enfermeras, estudiantes) también pueden incorporarse a esta actividad, padres o madres adolescentes,

embarazadas, trabajando con un enfoque sistémico, donde el APORTE de cada uno se complementa con el del resto del equipo de trabajo.

Acciones Educativas:

Proponemos actividades educativas directas, con el grupo de adolescentes con los cuales tratamos de actuar sobre los aspectos: cognitivo, afectivo y comportamental.

La estrategia educativa que proponemos está concebida para ser ejecutada en 5 sesiones de trabajo grupal (grupo de 48 pacientes), de aproximadamente una hora de duración cada una y con una frecuencia semanal.

Para realizar las sesiones y lograr la apropiación de los conocimientos por los pacientes utilizamos técnicas participativas (presentación, motivación, participación y de cierre) se utilizaron entre otras: (Anexo 4)

Técnicas:

- Los refranes, Frases célebres, ¿Qué hago bien? ¿Qué hago mal?, ¿Qué hacer para no enfermar?

Etapas de evaluación

Al concluir el programa se aplicó nuevamente la encuesta para determinar los conocimientos adquiridos y de este modo hacer una comparación con los resultados iniciales y evaluar la efectividad de las técnicas empleadas.

Los datos se procesaron de forma computarizada, los resultados se expresaron en textos y tablas. Esta etapa transcurrió durante los meses de noviembre /2020 a febrero/2021.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

TABLA 1: Distribución de adolescentes según edad y sexo.

Fuente: Encuesta

En la **tabla 1** se observa que la mayoría de los adolescentes pertenecen al grupo etario de 13- 15 años (37.5 %), representando el 52.1 % el sexo femenino y el 47.9 % el

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
10-12 años	8	16.7	5	10.4	13	27.1
13-15 años	10	20.8	8	16.7	18	37.5
16-18 años	7	14.6	10	20.8	17	35.4
Total	25	52.1	23	47.9	48	100.0

masculino.

Es de gran importancia tomar en cuenta la distribución estos grupos de edades porque cada etapa tiene cambios físicos y psicológicos específicos, principalmente en la adolescencia media, donde se describe el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales, y a nivel psicológico se muestra un interés más marcado por el sexo opuesto, por lo que las intervenciones educativas sobre planificación familiar deberán ser acoplados según estas etapas. ²²

Es importante señalar que, según datos del Anuario Estadístico de Salud, es urgente identificar estos grupos vulnerables sobre todo los que transitan por la adolescencia media, para disminuir los indicadores de morbi - mortalidad materna y neonatal en los adolescentes.²⁵

Para el investigador es de suma importancia la identificación de estos grupos etarios y su distribución según el sexo para así de una forma eficaz y eficiente, influir en los cambios de conducta sexual y reproductiva, de manera integral que a su vez favorezcan y modifiquen los indicadores de salud de la población.

TABLA 2: Distribución de adolescentes según Nivel educacional y sexo.

Nivel Educativo	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Ninguno	3	6.2	1	2.1	4	8.3
Primario	15	31.3	8	16.7	23	47.9
Secundario	7	14.6	14	29.2	21	43.8
Total	25	52.1	23	47.9	48	100.0

Fuente: Encuesta

En la **tabla 2** se observa predominio del nivel educacional Primario representando el 47.9 %. Observándose además que el 8.3 % no tiene ningún nivel educacional y esto se debe a que se encuentran en edades donde aún no han terminado la enseñanza primaria.

Esta información a su vez es semejante con las investigaciones realizadas por Olivera²³, donde se establece que el 79.5 % han atravesado la secundaria, datos que son similares a esta investigación y concuerdan además con el estudio de Sagó.²⁵

Se evidenció que los adolescentes se encuentran en su mayoría escolarizados acorde con la edad en la que se encuentran transitando, sin embargo, no podemos dejar de evidenciar que existió un pequeño porcentaje considerable de adolescentes solo con instrucción primaria, lo que contribuye a un mayor porcentaje de desconocimiento sobre la sexualidad, y los expone a una franca condición de vulnerabilidad.

Además a opinión de la autora estos datos se corresponden con las políticas públicas gubernamentales que han sido implementadas en el país para lograr equidad y que todos alcancen un alto nivel de escolaridad proporcionando una amplia cobertura de servicios educacionales y brindar las mismas oportunidades a toda la población, concentrando los recursos en el desarrollo pleno de la personalidad, la formación de

una cultura general integral que geste hombres y mujeres inteligentes, instruidos y plenos.

Fomentar el empoderamiento de los adolescentes para así subyugar a la pobreza, favoreciendo el desarrollo económico es uno de los objetivos gubernamentales, por lo que se prioriza que los adolescentes se dediquen a formarse académicamente, para así eliminar las brechas económicas y sociales que exponen al adolescente cuando se dedica a trabajar en esta etapa de la vida, donde le corresponde formarse tanto intelectual como humanísticamente.²⁶

TABLA 3: Distribución de adolescentes según ocupación y sexo.

Ocupación	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
Estudiante	20	41.7	18	37.5	38	79.2
Ama de Casa	3	6.2	0	0	3	6.2
Agricultor	2	4.2	5	10.4	7	14.6
Total	25	52.1	23	47.9	48	100.0

Fuente: Encuesta

En la **tabla 3** se observa predominio de los adolescentes que estudian (79.2%) predominando el sexo femenino (41.7%) sobre el masculino (37.5%). Llama la atención que el 20.8 % de los adolescentes estudiados son amas de casa o agricultores que consideramos en gran medida se deba a la ruralidad del área estudiada.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se estima que en América Latina y el Caribe, los niños y adolescentes que trabajan tienen un promedio de dos años menos de educación que los que no trabajan, datos que se correlacionan con los expresados anteriormente. Dos años menos de escolarización se traducen, a lo largo de una vida laboral, en un 20% menos de renta mensual como media. El 90%

de los niños que trabajan como empleados domésticos en su mayoría son niñas entre 12 y 17 años de edad, siendo más vulnerables y explotados pues se les priva de escolarización, relaciones sociales, son vulnerables a maltratos físicos y abusos sexuales, no se reconoce el carácter productivo del trabajo que realizan y no adquieren conocimientos que podrían mejorar sus vidas, por lo que con esta práctica en el cantón se incentiva la pobreza, la desigualdad y se favorece a la morbi – mortalidad en este grupo de adolescentes.²⁶

Según los reportes realizados en la investigación de Doblado¹⁴, en el Ecuador la ocupación de estudiante fue del 17,8%, datos que se contraponen a los encontrados en esta investigación, sin embargo, en este estudio se hace énfasis que el mayor porcentaje de trabajo no remunerado lo realizan las mujeres en un 56%, lo que también se encontró en alguna medida en esta investigación.

Consideramos preocupante el hecho de que el 20,8% de los adolescentes de este estudio sean agricultores y amas de casa cuando lo óptimo es que tengan un vínculo con el estudio para garantizar su proyecto de vida que es algo que repercutirá en una deficiente preparación para su vida haciéndolos más vulnerables, en el aspecto económico, social, y con el riesgo cada vez mayor en el aspecto de la salud, de contraer ITS y embarazo no deseado.

TABLA 4: Distribución de adolescentes según estado civil y sexo.

Estado Civil	Sexo		Total		%	
	Femenino	%	Masculino	%		
Soltero	10	20.8	7	14.6	17	35.4
Casado	6	12.5	4	8.3	10	20.8
Unión						
Consensual	9	18.8	12	25.0	21	43.8
Total	25	52.1	23	47.9	48	100.0

Fuente: Encuesta

En la **tabla 4** se observa que el mayor por ciento de los adolescentes se encuentra casados o en Unión Consensual representando el 64.6%.

En la adolescencia se visualizan transformaciones que aportan a este grupo etario un crecimiento único, pero también se puede dar conductas de peligro como el mantener estados civiles de riesgo en este ciclo de la vida, como son unión libre o casado, exponiéndolos a relaciones sexuales poco saludables, agravándose esta problemática por el escaso acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en las diferentes casas de salud.²⁶

Los datos de este estudio difieren con los expresados a nivel mundial donde se establece que más del 80% de los adolescentes se encuentran en estado civil soltero, es de señalar que en lo que respecta a la unión consensual esta puede comportarse como un factor de riesgo, pues determina una práctica sexual habitual y muchas de las veces sin ningún tipo de planificación familiar por parte del adolescente por la etapa de la vida que se encuentra transitando.

Además, en resultados obtenidos por Infante Pedreira³⁵, sobre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, se concluye que el estado civil predominante fue el soltero en un 73,6%, seguido de unión consensual con un 40,3%.

TABLA 5: Distribución de adolescentes según edad y conocimientos sobre Planificación Familiar.

Edad	Conocimientos Planificación Familiar.							
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
10-12 años	2	4.2	12	25.0	12	25.0	1	2.1

13-15								
años	1	2.1	17	35.3	16	33.3	2	4.2
16-18								
años	1	2.1	15	31.2	15	31.3	2	4.2
Total	4	8.4	44	91.6	43	89.6	5	10.7

Fuente: Encuesta

$p < 0,001$ $X^2 = 25.09$ $OR = 0.09$

En la **tabla 5** se observa que el nivel de conocimientos sobre planificación familiar antes de aplicada la Intervención Educativa en todos los grupos etarios era inadecuado representando el 91.7%, mientras que después de aplicada esta Intervención predominó el conocimiento adecuado (89.6%) comportándose de forma similar en todos los grupos etarios. Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 25.09$ y un valor de OR de 0.09.

El desconocimiento acerca de la planificación familiar, está actuando como una barrera para la atención médica integral del adolescente, que inicia sus relaciones sexuales por curiosidad, sin información adecuada de cómo prevenir las ITS y el embarazo no deseado, al no haber planificado el embarazo, ellos quedan desamparados, y esto trae como consecuencia un deficiente control prenatal y las distintas complicaciones obstétricas y neonatales resultantes de este proceso, luego cuando su hijo nace, ambos adolescentes, siguen sin información oportuna sobre planificación familiar y terminan rechazando todo método anticonceptivo que se les oferta, por desconocimiento de su salud sexual y reproductiva.²⁷

Analizando la tabla 5, se aprecia que los conocimientos sobre planificación familiar en los adolescentes son muy escasos. Esto está dado porque no tienen suficiente confianza con sus padres como para abordar este tema, pues sus costumbres, tabúes y religión no se lo permiten. Los resultados obtenidos en este estudio se encuentran en línea con otras investigaciones como en la de Gauster⁶⁷, donde se reporta que el 87.5 % de la población de adolescentes del distrito de Querecotillo, sector II, desconoce acerca de su sexualidad.

Se reporta por el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo que el mayor porcentaje de adolescentes desconocen sobre planificación familiar en un 80%. Coincidiendo también este estudio con el realizado en Australia por Brinkman⁶⁸, en el cual el 72,5% tiene un conocimiento sobre planificación familiar malo o muy malo, lo mismo que condiciona un inicio de relaciones sexuales precoces, además de aparición de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual.

En lo que se refiere a algún estudio en el Cuba con estas particularidades se encontró que el 82,1% de adolescentes con desconocimiento sobre planificación familiar se asienta en la adolescencia media.

En un estudio realizado por Blanco²⁹ en Colombia, acerca del nivel de los conocimientos y comportamientos de riesgo en adolescentes, se encontró que un 61,9% se encontraba en el grupo de edad correspondiente a la adolescencia media, con conocimientos no adecuados sobre planificación familiar e ITS.

TABLA 6: Distribución de adolescentes según conocimientos acerca de Métodos Anticonceptivos.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Métodos				
Anticonceptivos				
Adecuado	25	52.1	47	97.9
Inadecuado	23	47.9	1	2.1
Total	48	100.0	48	100.0

Fuente: Encuesta $p < 0,001$ $X^2 = 22.52$ $OR = 8.67$

En la **tabla 6** se observan los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos donde antes de la Intervención el 47.9% tenía conocimientos inadecuados (23 adolescentes). Luego de aplicada la intervención solo el 2.1% mantuvo conocimientos inadecuados (1 adolescente). Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 22.52$ y un valor de OR de 8.57.

En este estudio además se encontró, que un gran porcentaje de mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo y esto se transforma en un problema de salud y se relaciona con la alta natalidad que tenemos en la localidad, la disminución de los espacios intergenésicos, y las respectivas complicaciones.

En una investigación hecha por Rangel²⁷ sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en adolescentes concluye que el 38% de los adolescentes recibieron información en el colegio, y un 31 % por sus padres y el 6% a través de servicios de salud.

En estudio realizado por Rivero²⁶ en adolescentes muestra que el 84% de ellos tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos. El 32% tienen conocimiento bueno, el 16% conocimiento malo y el 52% regular.

En un estudio realizado en Bolivia se encontró que el 89% de las mujeres tenían conocimiento de algún método, sin embargo, concluye que el conocer el método posiblemente no garantiza que tengan la información adecuada.¹⁶

A pesar de que los adolescentes conocen algunos métodos, es importante que tengan el conocimiento de todas las opciones disponibles a nivel de los centros de salud y no se limiten a una o dos opciones.

TABLA 7: Distribución de adolescentes según conocimientos de las ventajas de los Métodos Anticonceptivos.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Ventajas Métodos Anticonceptivos				
Adecuado	20	41.7	46	95.8
Inadecuado	28	58.3	2	4.2
Total	48	100.0	48	100.0

Fuente: Encuesta $p < 0,001$ $X^2 = 10.97$ $OR = 4.20$

En la **tabla 7** se observan los conocimientos acerca de las ventajas de los métodos anticonceptivos donde el 58.3% de los adolescentes antes de la Intervención el conocimiento era inadecuado. Después de aplicada la misma el conocimiento fue adecuado en el 95.8%. Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 10.97$ y un valor de OR de 4.20

Similares resultados fueron encontrados por Moreno ¹⁹ donde se encontró que el 82% de los adolescentes no poseen conocimientos adecuados sobre las ventajas de la anticoncepción.

En este estudio se evidencia la baja percepción que tenían las pacientes sobre el uso y ventaja de los métodos anticonceptivos y del cambio frecuente de pareja, estos aspectos constituyen un factor vulnerable para el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual, el embarazo, así como los desórdenes en su sexualidad. La educación sexual es un elemento de la educación en general, que busca cumplir con un objetivo de carácter formativo, creando en el individuo, sea niño, joven o adulto, una serie de actitudes, valores y comportamientos ante su propio cuerpo, hacia la realidad de su sexo, así como de su rol actual y futuro. De ahí que educar sexualmente implica completar el desarrollo integral del individuo, se evita que se forme una imagen distorsionada, negativa o falsa sobre el sexo y su sexualidad, y contribuye a evitar futuros problemas relacionados con este aspecto.

TABLA 8: Distribución de adolescentes según conocimientos acerca de las desventajas de los Métodos Anticonceptivos.

Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Desventajas Métodos Anticonceptivos				
Adecuado	2	4.2	47	97.9
Inadecuado	46	95.8	1	2.1

Total	48	100.0	48	100.0
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------

Fuente: Encuesta p < 0,001 $X^2 = 26.33$ OR=10.52

En la **tabla 8** se observan los conocimientos acerca de las desventajas de los métodos anticonceptivos encontrándose antes de la intervención que el 95.8% de los adolescentes tenían un nivel de conocimiento inadecuado. Luego de aplicada la misma se logró que el 97.9% de los mismos tuviera conocimientos adecuados. Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 26.33$ y un valor de OR de 10.52.

Cifra similar fueron encontradas en los estudios realizados por Olivera²³, Sagó²⁵, y Rivero ²⁶, que hablan de conocimientos insatisfactorios sobre las desventajas de los métodos anticonceptivos.

En estudio realizado por Ravelo³⁸ encontraron que el 63% de las mujeres señalaron que el uso de métodos anticonceptivos produce cáncer; frente al 11% de las mujeres de este estudio que también lo asoció con cáncer; el 69% de las mujeres dijeron que el uso de métodos anticonceptivos acumula sangre en el organismo y provoca la locura. El 63% determinó que el uso prolongado de métodos anticonceptivos afecta el desarrollo del embarazo, y puede causar esterilidad.

La anticoncepción es la forma de evitar el embarazo mediante el uso de métodos o productos que interfieren en los mecanismos que lo hacen posible. Conviene recordar que, si se mantienen relaciones sexuales con regularidad y no se usa ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es alta. Es importante conocer bien todos los métodos anticonceptivos existentes para poder elegir el que más se adecue a cada caso. La elección de uno u otro dependerá de múltiples factores, como la frecuencia de las relaciones, edad y preferencias personales. Los estudios consultados coinciden en que deberían utilizarse los métodos anticonceptivos desde el primer momento en que se mantengan relaciones sexuales con penetración.¹⁵⁻¹⁷

El asesoramiento oportuno y la información apropiada contribuyen a la selección informada de la pareja, la satisfacción con el método escogido y aumenta la probabilidad de continuación de su uso.

TABLA 9: Distribución de adolescente según práctica de relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos.

Prácticas Sexuales	Uso de Métodos Anticonceptivos.							
	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Si	1	2.1	16	33.3	16	33.3	1	2.1
No	3	6.3	28	58.3	30	62.5	1	2.1
Total	4	8.4	44	91.6	46	95.8	2	4.2

Fuente: Encuesta $p < 0,001$ $X^2 = 8.18$ $OR = 3.33$

En la **tabla 9** se observa las prácticas de relaciones sexuales donde de los 17 adolescentes que habían comenzado una vida sexual activa antes de la Intervención el 33.3% tenían conocimientos inadecuados acerca del uso de métodos anticonceptivos, lográndose modificar luego de aplicada la Intervención donde solo el 2.1% mantuvo conocimientos inadecuados.

En aquellos adolescentes que no habían iniciado una vida sexual activa el 58.3% tenían conocimientos inadecuados antes de aplicada la Intervención, luego de la misma se logró modificar, obteniéndose que el 62.5% presentaba conocimientos adecuados. Aplicado el Chi Cuadrado se encontró asociación altamente significativa $X^2 = 8.18$ y un valor de OR de 3.33

En las últimas generaciones se ha observado el inicio cada vez más precoz de la maduración sexual y el inicio de la vida sexual activa, además de percibirse una gran participación de los adolescentes en el sector social, económico y cultural, lo que es un reto primordial para los países y en particular para los sistemas de salud, en aras de ayudar a que esta etapa transite de forma satisfactoria, con una calidad de vida saludable.

Analizando la tabla 9 se evidencia que los adolescentes con vida sexual no activa fueron los que menos conocimientos presentaron. Que puede estar determinado por la religión y los tabúes que presentan.

Para América Latina y El Caribe, aproximadamente el 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. La edad del primer coito es de aproximadamente 14 -16 años (adolescencia media) en muchos países de América Latina, mientras en algunos países del Caribe, inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10 -12 años.⁵

Hernández³⁹ refiere que el 35,9% de los adolescentes poseen una vida sexual activa, y además que por regiones se observa valores más altos, estos valores se asemejan a los encontrados en esta investigación en forma global, sin embargo, cuando se compara con los valores obtenidos por regiones estos no concuerdan con esta investigación.

Los sujetos de este estudio con vida sexual activa e inactiva, en ambos grupos presentaron conocimientos insatisfactorios notables acerca de planificación familiar, lo que difiere con el estudio realizado por Campell⁴⁰, en donde se encontró que los adolescentes con vida sexual activa eran los que más conocimientos poseían sobre

planificación familiar, lo mismo que es alarmante, pues los expone considerablemente a el riesgo de sufrir una ITS y embarazos no deseados.

CONCLUSIONES

La intervención educativa incidió positivamente en la modificación de estilos de vida. Una vez aplicada la intervención educativa un grupo importante de pacientes alcanzaron un adecuado nivel de conocimiento, por lo que fue factible y efectiva la aplicación del programa educativo.

Hubo un predominio de pacientes femeninas, siendo el grupo de edades de 13 a 15 años el más afectado. En cuanto la escolaridad fue la enseñanza primaria el que mayor número de adolescentes la culminó, siendo los estudiantes la ocupación más frecuente. De acuerdo al estado civil lo más frecuentemente encontrado fueron aquellos que se encontraban en unión consensual.

Antes de la aplicación de la intervención educativa existía un predominio de adolescentes sin conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos y con prácticas sexuales desprotegidas siendo modificados todas unas veces concluidas la misma.

RECOMENDACIONES

Intensificar la aplicación de políticas sanitarias dirigidas a perfeccionar la educación sexual y el acercamiento a los adolescentes, a fin de reducir las tasas de embarazos precoces, garantizar un mejor pronóstico de vida para la madre, el hijo y la familia, así como lograr una repercusión positiva en el desarrollo de la nueva sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. RevCub Salud Pública. 2018 [citado 8 Mar 2020];39(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662013000100015&script=sci_arttext
2. Sierra Pérez D, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Barceló Montiel Z, Fernández Corona BG, et al. Programa del médico y la enfermera de la familia. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2020.
3. Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo BC, Padrón González O, Hernández Hierrezuelo ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. RevCienMéd. 2018 [citado Feb

- 2020];16(1):[aprox. 4p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm16-1/120112.html>
4. Alarcón Argota R, Coello Larrea J, Cabrera García J, Monier Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. RevCubanaEnferm. 2019 [citado Jun 2019];25(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci_arttext
 5. Climent GI. Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. CuadFacHumanidCiencSocUnivNac Jujuy. 2019 [citado Dic 2020];37(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S166881042009000200010&script=sci_arttext&tlng=pt
 6. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. RevCubanaEnferm. 2018 [citado Ene 2020];28(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08640319201200010004
 7. Coto Batista T, García Raga M, Linares Rodríguez A. Efectividad de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual y embarazo en adolescentes. Bayamo 2018 - 2019. RevMultimed. 2019 [citado Mar 2020];17(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/2.html>
 8. Llanes Rodríguez AA, Quevedo Arnaiz NV, Ferrer Herrera I, De la Paz Carmona A, Sardiñas Montes de Oca O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. Rev Camagüey. 2019 [citado Feb 2020];13(1):[aprox.5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

9. Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, Pereda Chávez H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. RevCienMéd. 2018 [citado Jul 20120];16(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000400009
10. Águila Setián S, Brito García A, cabeza Cruz E, Delgado Calzado JJ, SantiestebanAlda S. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.
11. Zacca Peña CE. Anuario Estadístico de Salud 2019. Edición Especial. La Habana: MINSAP; 2019.
12. Ravelo A. Adolescencia ¿Etapa crítica? La Habana: RevCub Salud Vida 2018 [citado 13 Feb 2020];61(95):[aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/jovenes/temas.php?idv=6195>
13. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev de Posgrado de la Cátedra V la Medicina N° 107. 2017;38(2):11-23.
14. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique. A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. RevCubObstetGinecol. 2019 [citado Sep 2020];36(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2010000300011&script=sci_arttext
15. Viñas Sifontes LN, Chávez Roque M, VirrellaTrujillo ME, Santana Serrana C, Escalona Cabrera K. Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. Rev Archivo MédCamag. 2018[citado Dic 2020];12(6):[aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552008000600004&script=sci_arttext
16. Edith D, Muñoz J, Más S. Anticoncepción y aborto. Cuando se frustran los planes. Rev Mujeres. 2017;4:9-11.
17. Leiva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, MojenaOrúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. RevCub MEDISAN. 2019 [citado Mar

- 2020];15(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011000300008&script=sci_arttext
18. Oringanje CH, Meremikwu AM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. Biblioteca Cochrane Plus. 2019 [citado Oct 2020];4(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005215>
19. Moreno Basalto I. Estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en estudiantes preuniversitarios [tesis]. Gaspar. Baraguá, Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara; 2018.
20. Peláez J. Ginecología Infanto juvenil en: Rigol Ricardo O: Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
21. Herrera Álvarez RM, Espinazo Ramos O. Cuidados en la Adolescencia .En: Ramos González Serna A, Cano González AM, Leiva Saldaña A, Hidalgo Berutich A, García Fernández C. Cuidados enfermeros en Atención Primaria y Especializada. V. II. Madrid: Ediciones ENFO; 2017.p.173-4.
22. Rimbao Torres G, Cruz Hernández J, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A, Morales Chamizo M, Velasco Boza A. Comportamiento del embarazo en la adolescencia. RevCubanaMed Gen Integr 2017; 23(3):21 - 30.
23. Olivera Carmenates C, Bestard Aranda AM, Fell Guerra L, Brizuela Pérez S, Bujardón Mendoza A. Estrategia educativa sobre sexualidad sana en adolescentes. Revista Humanidades Médicas de Camagüey. [Internet] 2018 [citado 15 enero 2020]; 14(3): [aprox.3 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202010000200006&lng=es&nrm=iso.
24. Mendoza TA, Arias GM, Pedroza PM, Micolta CP, Ramírez RA, Cáceres GC et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 77(4): 271 –9.

25. Sagó Quintero Y. Embarazo en la adolescencia, una problemática actual. Policlínico Rodolfo Ramírez Esquivel. Sep 2019-Ener 2020. [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Enfermería PhamNgocThach; 2020.
26. Rivero García L. Intervención educativa dirigida a las adolescentes con riesgo de embarazo. Policlínico Guáimaro, 2018. [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Enfermería PhamNgocThach; 2019.
27. Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, Pereda Chávez H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Revista Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet] 2018 [citado 15 ener 2020]; 16(4): [aprox.3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194201200040009&lng=es&nrm=iso.
28. Jaime Simpson M. Intervención educativa sobre las consecuencias del embarazo en las adolescentes del área de salud de nuevitas durante el año 2019. [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Enfermería PhamNgocThach. 2019
29. Blanco Gómez A, Llatorre Latorre F, Osma Zambrano S, Monturiol Durán XJ, Medina Pabón MA, Quintero Díaz IM, Alfonso Hernández EP. Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados en el hospital universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia) 2016. Estudio de corte transversal. Revista colombiana de obstetricia y ginecología 2017; 61 (2):35-41 .
30. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Internet] 2019 [citado 23 Mayo 2020]; 36(3): [aprox.3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000400009&lng=es&nrm=iso.
31. Socarras Ibáñez N, Pérez Medina M, Leonar Castillo A. Enfermería ginecobstétrica. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.

32. Cabezas Cruz E, Oliva Rodríguez JA, Ortega Blanco N. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Ciencias Médicas; 2015.
33. Hurtado García JE, OsoriaLabañino CR, MaciasBestard C, Sánchez Ramírez E. Adolescencia y embarazo desde una perspectiva teórica. Revista Información Científica. [Internet] 2014 [citado 15 ener2016]; 84(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202010000200006&lng=es&nrm=iso.
34. Sarmiento Báez M. Anticoncepción en adolescentes. Intervención educativa en el consultorio 31 del área Finlay. [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Enfermería PhamNgocThach; 2018.
35. Infante Pedreira OE. Adolescencia. En: Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2018. p.141 -9.
36. Sánchez Santos L, Amaro Cano M, Cruz Álvarez N, Barriuso Andino A. Introducción a la Medicina General Integral. Sexualidad Humana. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
37. Herrera V, Rodríguez L, Quintero M, Febles L. Anticonceptivos en la consulta de planificación familiar. RevCubMed Gen Integ 2017; 13(4): 23-37.
38. Ravelo A. Puertas al corazón. La Habana: Editorial de la Mujer; 2018.
39. Hernández Hernández V. Intervención educativa dirigida a las adolescentes con riesgo de embarazo. Policlínico Guáimaro. [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas. Facultad de Enfermería PhamNgocThach; 2018.
40. Campell A. Manual para el análisis de la fecundidad Ginebra: OMS; 2020. Publicación científica No. 494.
41. Álvarez C. Embarazo en la adolescencia. La sexualidad hacia una consecuencia reflectiva. La Habana: Editora Política; 2004.p. 29 – 40.
42. González GH. El embarazo adolescente. Un fenómeno de gran magnitud en Cuba. RevEsp. Sex Soc. 2019; 6 (15): 22-6.

43. Peláez M I, Salomón AN, Machado H, Rodríguez O, Venegas R. Salud Sexual y Reproductiva. En: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. La Habana: MINSAP; 2018. p. 182 – 253.
44. Ruiz Linares J, Romero GE, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno - infantil en madres adolescentes en Colombia. RevPanam Salud Pública. 2018; 4 (2): 80-86.
45. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones de embarazos. RevCubanaObstetGinecol [Internet]. 2018 [citado 27 Ene 2018]; 30 (1): 1-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
46. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. RevPostgCatVlaMed [Internet]. 2017 [citado 20 Feb 2020]; 107:11-23. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
47. Castro EM. Programa. Crecer en la adolescencia. 2014; 117:60-7.
48. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso anticonceptivo en la adolescencia. RevCubanaObstetGinecol. 2016; 22(1): 5 – 11.
49. McArarney ER. The vulnerable dyad: Adolescent mothers and their infants. In: Sasserath VJ, ed. Minimizing high-risk parenting. A review of what is known and consideration of appropriate preventive intervention. Johnson & Johnson Baby Products; 2018. p. 39–44.
50. Bonal Ruiz R, Savón Parada R. Algunos aspectos del círculo de embarazadas en un consultorio. RevCubanaMed Gen Integr. 2017; 8 (2):160 – 8
51. Vázquez Márquez A, de la Cruz Chávez FC, Almiral Chávez AM, Sánchez Pérez M. Repercusión materna del embarazo precoz. RevCubanaObstetGinecol. 2015; 21 (1): 40 – 61.
52. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de Desarrollo y Salud Integral en adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 2017 – 2018. Washington DC: OPS; 2018.

53. Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Patterns of Contraceptive Use within Teenagers' First Sexual Relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2018; 35(6): 246-55.
54. Váldez Banda F, Valle Virgen D. Prevalencia y factores de riesgos para complicaciones obstétricas en adolescentes. *GinecolObstetGinecol*. 2016; 64 (5): 209 -13.
55. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres e hijas. *RevChilObstetGinecol* [Internet]. 2017 [citado 21 Junio 2020]; 72 (6):374-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07177526200700060004&lng=es&nrm=iso
56. Riera Melián Y, Hernández Cunill M, Lescaille Riverí B, Alfonso Aguilera K, Pupo Soto Y. Modificación de conocimientos sobre educación sexual en estudiantes de primer año de la Facultad de Enfermería. *Medisan*[Internet]. 2017 [citado 12 Ago 2020]; 11 (4): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_4_07/san07407.htm.
57. Colomer J, Grupo PrevInfand/PAPPS infancia y adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *RevPediatr Aten Primaria*. 2018;15:261---9.
58. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2018;38:333---42.
59. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos: natalidad y fecundidad. Tasa de fecundidad según edad de la madre. Madrid: INE; 2016.
60. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid: MSSSI; 2019.
61. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta de anticoncepción en España 2018. [consultado 11 Ene 2020]. Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/OBS EncuestaAnticoncepcion2016.pdf>

62. Di Cesare M. Fecundidad adolescente en los países desarrollados: niveles, tendencias y políticas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018.
63. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. Biblioteca Cochrane Plus 2019. Número 4. Oxford.
64. Colomer J, Grupo PrevInfand. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recomendaciones PrevInfand/PAPPS [Revista en internet]. 2018 [consultado 11 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm>
65. Kirby D. Antecedents of adolescent initiation of sex, contraceptive use, and pregnancy. *Am J Health Behav.* 2018;26:473---85.
66. Cabezón C, Virgil P, Rojas I, Leiva E, Riquelme R, Aranda W, et al. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomised controlled intervention in Chilean public high school. *J Adolesc Health.* 2018;36:64---9.
67. Gauster A, Waddington A, Jamieson MA. Strategically timed preventive education and media strategies reduce seasonal trends in adolescent contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;28:245---8.
68. Brinkman SA, Johnson SE, Codde JP, Hart MB, Straton JA, Mittinty MN, et al. Efficacy of infant simulator programs to prevent teenage pregnancy: A school-based cluster randomised controlled trial in western Australia. *Lancet.* 2018;388: 2264---71.
69. Stephenson J, Strange V, Allen E, Copas A, Johnson A, Bonell C, et al. The long-term effects of a peer-Led Sex Education programme (RIPPLE): A cluster randomised trial in schools in England. *PLoS Med.* 2018;5:1579---90.

70. Pascual-González J, Puentes SM, Pérez GT, Rísquez A. Efectividad de una intervención educativa de salud sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz y métodos anticonceptivos en adolescentes. *Acta Cient Estad.* 2019;8:61---6.
71. Graham A, Moore L, Sharp D, Diamond I. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: Cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *Br Med J.* 2017;324:1179---84.
72. Fleites Santana N, Álvarez Gonzalez Y, Gonzalez Duque IA, Díaz Díaz J. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. *Medisur.* 2018;13:248---53.
73. Nair MK, Paul MK, Leena ML, Thankachi Y, George B, Russell PS, et al. Effectiveness of a reproductive sexual health education package among school going adolescents. *Indian J Pediatr.* 2018;79 Suppl 1:64---8.
74. Callejas S, Fernández B, Méndez P, León MT, Fábrega C, Villacarín A, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *RevEspSalud Publica.* 2015;79:581---9.
75. Fernández I, Torrecilla M, Morales A, Báez E. Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Rev CubanaEnferm.* 2017;27:281---8.
76. Oman RF, Vesely SK, Green J, Fluhr J, Williams J. Short-term impact of a teen pregnancy-prevention intervention implemented in group homes. *J Adolesc Health.* 2018;59:584---91.
77. Green J, Oman RF, Lu M, Clements-Nolle KD. Long-term improvements in knowledge and psychosocial factors of a teen pregnancy prevention intervention implemented in group homes. *J AdolescHealth.* 2017;60:698---705.
78. Hernández-Martínez A, García-Serrano I, Simón-Hernández M, Coy-Aunón R, García-Fernández AM, Liante-Penarrubia E, et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición

de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *EnfermClin.* 2019;19:121---8.

79. González CE, Ortiz MG, Pérez MLL, Gaytán D, Miranda M. Intervención educativa con apoyo de un modelo interactivo: Estrategia para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Parainfo Digital.* 2018;7.

80. Hernández Millán ZL, Bravo Polanco E, López Hernández P, Águila Rodríguez N, Cepero Águila L. Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y reproductiva. *Rev Cubana Enferm.* 2018;31:3---18.

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En el policlínico San Andrés se está desarrollando una investigación titulada Intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes.

En tal sentido:

Yo: _____

Estando en el uso pleno de mis facultades mentales, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio declaro mediante la presente que:

- He sido informado de manera objetiva, clara, y sencilla por parte de los investigadores de todos los aspectos relacionados con el estudio.
- Me comprometo a asistir a los encuentros grupales.
- Responder con honestidad las preguntas de cada entrevista y encuestas.
- Cumplir con las orientaciones del médico y equipo de trabajo.
- En cualquier momento que lo desee puedo dejar de participar en la estrategia.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Firma del adolescente _____

Firma del Investigador:

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Anexo 2

Tema: Encuesta sobre planificación familiar en adolescentes del Consultorio 15. Policlínico San Andrés. Marzo 2020- Marzo 2021.

Objetivo: Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre planificación familiar en adolescentes.

Cuestionario: Marque con una X la respuesta que usted crea correcta, o escriba su respuesta según sea el caso, toda información será confidencial, gracias.

A. Datos de identificación:

1. Su edad es:

2. Su sexo es:

5. Su último año de estudios aprobados es:.....

6. Su estado civil es:.....

B. Conocimientos:

1) ¿Qué es la planificación familiar? Marque la respuesta correcta.

a) Es utilizar métodos anticonceptivos y evitar embarazos deseados.

b) Es un método para aumentar embarazos.

c) Permite a la pareja tener el número de hijos que deseen y determinar el intervalo entre un embarazo y otro.

2) ¿Qué es un método anticonceptivo? Marque la respuesta correcta.

a) Es un método que se emplea para lograr el embarazo.

b) Es un método que se emplea para prevenir el embarazo no deseado.

c) Es un método nocivo para nuestro organismo.

d) Es un método que permite aumentar la fertilidad.

3). Mencione 4 métodos anticonceptivos que usted conoce.

4) ¿Cuáles son las ventajas del uso de métodos anticonceptivos?

- a) Mejora la salud sexual y reproductiva de la mujer y el hombre.
- b) Permite planificar el número de hijos.
- c) Produce aumento de peso.
- d) Mejora el placer sexual en las relaciones íntimas.

5) ¿Cuáles son las desventajas del uso de métodos anticonceptivos?

- a) Los anticonceptivos pueden producir trastornos menstruales.
- b) Producen algunas veces como efectos adversos náuseas y vómitos.
- c) No permiten disfrutar el acto sexual.
- d) Los anticonceptivos pueden producir cáncer.

6) ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Sí

No

7) ¿Al tener relaciones sexuales usted utiliza métodos anticonceptivos?

Sí

No

Cuestionario evaluativo de los conocimientos y prácticas sobre planificación familiar.

Pregunta 1: Concepto planificación familiar.

Esta pregunta consta de tres incisos, considerando como respuesta correcta el inciso c. Si marcó el inciso c se interpreta como conocimiento adecuado, Si marca a ó b inadecuado.

Pregunta 2: Concepto método anticonceptivo.

Esta pregunta consta de cuatro incisos, considerando como respuestas correcta el inciso b. Si marcó el inciso b se interpreta como conocimiento adecuado , si marca a, c ó d inadecuado .

Pregunta 3: Tipos de métodos anticonceptivos.

Si menciona de 3-4 métodos anticonceptivos correctos se interpreta como adecuado.

Si menos de 3 se interpreta como inadecuado

Pregunta 4: Ventajas de métodos anticonceptivos

En estas preguntas se expusieron las ventajas de los métodos anticonceptivos para que los educandos las identificaran. Estuvo representada por cuatro incisos, considerando como respuestas correctas los incisos a y b. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente dos incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían.

Pregunta 5: Desventajas métodos anticonceptivos

Esta pregunta consta de cuatro incisos, considerando como respuestas correctas el inciso a y b. Se aprobó la pregunta al contestar adecuadamente los incisos correctos. Fue incorrecta al no cumplir con los requisitos señalados y/o marcar los que no correspondían.

Pregunta 6 y Pregunta 7: No se interpretó como respuesta adecuada o inadecuada ninguna de las opciones, se realizan estas preguntas para verificar antes y después la eficacia de la intervención.

Anexo 3

El Programa Educativo está diseñado basado en un diagnóstico educativo previo seguido de la organización, planificación y control de una serie de técnicas participativas.

Sesiones D: 1h	<i>El contenido de las sesiones se comportará de la manera siguiente:</i>
Sesión 1: Técnicas: “Los refranes”.	<ul style="list-style-type: none">➤ Aplicación del diagnóstico.➤ Conociéndonos (Presentación del grupo)➤ Explicación de los contenidos y objetivos de la estrategia educativa.➤ Orientación de la próxima actividad
Sesión 2: Conferencia Técnicas: “Frasas célebres.”	<ul style="list-style-type: none">• Concepto de Planificación Familiar.• Factores de riesgo. Objetivos: Ofrecer conocimientos sobre planificación familiar.
Sesión 3: ¿Qué métodos anticonceptivos existen? Video debate Técnicas: “¿Qué hago para no enfermarme?”	Métodos Anticonceptivos. Objetivos: Adiestrar a los adolescentes a que conozcan cuales son los métodos anticonceptivos que existen. Se realizará una exposición de los más comunes. Se mostrará un video con imágenes y luego se debatirá.
Sesión 4: Conferencia Técnicas: “¿Qué hago bien? ¿Qué hago mal?”	1. Ventajas y Desventajas de los métodos anticonceptivos. Objetivos: Preparar a los adolescentes a la hora de escoger un método sobre otro.

	<p>Se realizará una actividad demostrativa sobre las principales ventajas y desventajas.</p> <p>Juego: ¿Quién lo hace mejor?</p>
<p>Sesión 5: Conclusiones.</p>	<p>a. Aplicación del diagnóstico final. (el examen se realizó 6 meses después de realizada la intervención).</p>

Anexo 4

	Objetivos	Materiales	Tiempo
Los refranes.	Propiciar el conocimiento de los sujetos que se han incorporado. Estimular a la reflexión sobre refranes populares, a la comunicación entre los sujetos.	Tarjetas con refranes incompletos.	45 min
Frases célebres.	Propiciar el conocimiento de los sujetos que se han incorporado.	Tarjetas con refranes incompletos.	30 min
¿Qué hago bien? ¿Qué hago mal?	Estimular a los sujetos a reflexionar acerca de diferentes actitudes hacia la vida que favorecen o no el bienestar personal o colectivo.	Pizarra, tiza y pancarta.	20 min
¿Qué hago para no enfermarse?	Estimular a los sujetos a reflexionar acerca de diferentes actitudes hacia la vida y la implicación que tienen estas para su salud.	-	20 min