



Policlínico "José Luis Chaviano Chávez"

Área de Salud I

Municipio de Cienfuegos.

**Conocimiento sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en los
adolescentes del CMF11. Área 1. Cienfuegos.**

Autor: Dr. José Alejandro Sánchez Fernández*

Tutor: Dra. Yailin Yuvero Monzón**

Asesor: Dra. Yaima Arrechea Betancourt ***

(*) Residente 3^{er} año Medicina General Integral.

(**) Especialistas en Primer Grado de Medicina General Integral.
Msc. en asesoramiento genético.

(***) Especialistas en Primer Grado de Medicina General Integral.
Msc. en asesoramiento médica superior.

Cienfuegos

2022

Agradecimientos

Deseo agradecer a:

*Mi familia, amigos, colegas que me apoyaron y me dieron fuerza
para cumplir con esta meta y así crecer no sólo como profesional
sino como ser humano.*

*Todos los jóvenes que participaron en este estudio para hacer
posible mi sueño.*

Muchas gracias.

Dr. José Alejandro Sánchez Fernández

Dedicatoria

Dedico la investigación de manera especial a:

Mi familia, por su apoyo incondicional en mi formación.

*A la Revolución Cubana por permitir crecerme ante las
dificultades*

*Los profesores que dedicaron tiempo en mi crecimiento
profesional y humano.*

A Todos muchas gracias.

Resumen

La Salud reproductiva de los adolescentes está condicionada por una serie de factores, o circunstancias únicas o asociadas, que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo; el médico de familia desempeña un papel privilegiado, es capaz de identificar estos factores o circunstancias y tratarlos para garantizar una salud reproductiva adecuada. Objetivo: Determinar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes. Métodos: estudio descriptivo, observacional prospectivo de corte transversal. Universo: 55 adolescentes del CMF 11, del Área 1, Cienfuegos. Variables edad, sexo, escolaridad, cambio frecuente de pareja, infección por transmisión sexual, conocimiento sobre los tipos de métodos anticonceptivos existentes, conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, quien les oriento el método anticonceptivo, frecuencia y uso de los métodos anticonceptivos. Fuente de información: cuestionario aplicado. Resultados: hubo uniformidad entre la edad de los participantes, el 83,6 no han tenido alguna ITS, algunas experimentaron embarazos y abortos previos, predomina el empleo del método de ritmo como anticoncepción, a casi la mitad el médico de familia les oriento el uso de métodos anticonceptivos, la mayoría refiere que les es difícil obtener algunos de los métodos anticonceptivos, además la mayoría de los adolescentes tienen conocimientos erróneos sobre los métodos anticonceptivos. Conclusiones: con el diagnóstico se logró conocer que más de 2/3 de los adolescentes inician sus relaciones sexuales desprotegidas utilizando como anticoncepción el método de ritmo, a causa del desconocimiento del uso y la importancia de los diferentes métodos anticonceptivos, ocasionando así que puedan adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual o quedar embarazados.

Palabras claves: métodos anticonceptivos, adolescentes

Índice

Introducción.....	1
Justificación de la investigación.....	4
Marco teórico.....	5
Objetivos.....	21
Diseño metodológico.....	22
Resultados.....	31
Análisis y discusión.....	38
Principales resultados.....	46
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	48
Referencias bibliográficas.....	49

Introducción

A lo largo de la historia, la mayoría de las respuestas han citado fuerzas oscuras que sólo afectan a los más jóvenes. Hace 2.300 años Aristóteles llegó a la conclusión de que «la naturaleza caldea a los jóvenes como el vino a los beodos». En “El cuento de invierno” de William Shakespeare un pastor dice: «Ojalá no hubiese edad entre los diez y los veintitrés, o que los jóvenes pasasen ese tiempo durmiendo, porque no hacen más que preñar mozas, ofender a los mayores, robar y pelear». ⁽¹⁾

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al reconocer el riesgo se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar. Gracias a la atención Primaria de Salud, con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de la Familia y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias biopsicosociales ocupan un lugar de alta prioridad. ⁽¹⁻³⁾

La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. ⁽²⁾

Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, un 95% de ellas en países en desarrollo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados. Cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año. El 62,8% de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año. ⁽⁵⁾

En Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) en 2004, se estimó que 41,2% de embarazos ocurren en adolescentes de 15-19 años. Sin embargo, en los últimos años han logrado reducir las tasas de embarazos en un 33%, asociado a la reducción de tasas de AS y aumento del empleo más regular y prolongado de métodos anticonceptivos. ⁽⁶⁾

En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15-19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. En la última década la tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años es de 74% y en mayores de 15 años de 9%. En Bolivia, cerca de 18% de adolescentes de 15-19 años ya son madres o están embarazadas. En Chile 2009, el 16,14% de los nacimientos correspondió a madres adolescentes; al desagregar por grupo etario, 15,7% corresponden a adolescentes de 15-19 años y 0,4% restante a adolescentes de 10-14 años. ⁽⁹⁾

En Colombia se registra una de las mayores tasas de embarazo en adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 entre 13 y 19 años ha estado embarazada. Una condición específica que afecta únicamente al sexo femenino, a saber, la maternidad, constituye la segunda causa más frecuente de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo (después del VIH/sida), tendencia que apenas ha variado desde el año 2000. ⁽¹⁰⁾

PERO, ¿QUÉ SUCEDE EN CUBA?

En Cuba, aunque con una situación más favorable, no escapa a esta realidad. El país se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica, con bajos niveles de mortalidad y fecundidad. El descenso de la fecundidad ha sido sostenido a lo largo de los años. En un estudio realizado en el año 2012, el 13 % de los nacimientos ocurrieron en madres adolescentes, por lo que se halla entre las naciones con un elevado índice de nacimientos en este grupo de edad. ⁽¹¹⁾

Cuba no queda exenta de esta problemática, a pesar de las estrategias del Sistema Nacional de Salud, de la alta cobertura de la atención médica, del desarrollo de diferentes programas dirigidos a los adolescentes y del nivel de instrucción medio de

la población, aún se mantienen altas cifras de embarazos en la adolescencia, aunque su comportamiento es desigual en los diferentes territorios del país. ⁽³⁾

Esta tendencia alerta en la necesidad de insistir todavía más en las políticas, programas sociales y campañas sobre el tema, y propiciar la comunicación en el hogar, la escuela, el consultorio, la comunidad y los medios de difusión masiva.

El Anuario Demográfico de Cuba reporta que en el 2016, 377 nacidos vivos fueron de madres menores de 15 años, en tanto que 16 725, de madres de entre 15 y 19 años. Por la parte paterna, 7 nacidos vivos fueron de progenitores menores de 15 años y 2 559, de padres entre 15 y 19 años. Por su parte, el Anuario Estadístico de Salud, indica que en 2016 la tasa de fecundidad en menores de 20 años fue de 50,0 por cada mil mujeres de ese grupo de edad. ⁽⁶⁾

El embarazo en adolescentes había registrado una tendencia a la disminución entre 1994 y 2005, de 60 a 44.9 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Sin embargo, en los años próximos comenzó un proceso de incremento. Para el 2017 su valor fue de 52, lo que representa alrededor del 16% del total de la fecundidad. En el último decenio en el país, este comportamiento muestra una resistencia a variar, aun cuando se han realizado numerosas acciones. En especial, la fecundidad en menores de 15 años, se mantiene casi constante con alrededor de 400 nacimientos anuales. Este es por demás un grupo altamente vulnerable sobre el que debemos continuar prestando especial atención. Las cinco provincias orientales, unidas a Camagüey, registran los valores más elevados de nacimientos por cada mil muchachas entre 15 y 19 años y muy por encima de la media nacional en 2017: Granma (66.6), Las Tunas (66.3), Holguín (65.5) Santiago de Cuba (62.3), Guantánamo (64.6), Santiago de Cuba (59.9) y Camagüey (63.2). ⁽⁶⁾

En la provincia Cienfuegos, al igual que ocurre en el resto del país, se han incrementado los embarazos en la adolescencia del total de dos mil 232 embarazadas en el territorio en el año 2017, 336 se encuentran entre las edades de 12 y 14 años, lo que representa más del 15 por ciento y es superior con respecto a igual período del año anterior. ⁽¹⁰⁾

Con el objetivo de enfrentar esta problemática, los especialistas cubanos de la Salud trabajan en continuar perfeccionando el Programa Nacional de Atención Integral a la salud de los Adolescentes, existente desde el año 2000, así como el perfeccionamiento del trabajo de promoción y educación para la salud que ejecutan los médicos y enfermeras de la familia en la comunidad. ⁽⁶⁾

Justificación de la investigación

Es conocido la alta prevalencia de adolescentes que desde etapas muy tempranas se inician en la práctica sexual, experimentan embarazos no deseados los cuales algunos se diagnostican al azar, todo lo cual es causa frecuente de deserción escolar además de las complicaciones durante el transcurso del embarazo y luego de este comprometiendo así su vida y la de su bebé.

Nuestra área de salud no se encuentra exenta de este problema, ya que presentó en el año 2018, 44 embarazos en adolescentes entre 12-14 años lo cual representa un 20% del total de embarazadas en este año y en año 2019 hay una disminución considerable ya que se registran la captación de 23 embarazadas menores de 15 años lo que representa 26,7 % del total de embarazadas. ⁽¹¹⁾

El estudio está relacionado con la influencia que ejerce el conjunto de condiciones socio-estructurales, biológicas y de conocimiento, que imperan en la familia, en la escuela y en la comunidad sobre los proyectos de vida de los adolescentes y particularmente las implicaciones que tiene el embarazo, la maternidad en la vida de los adolescentes, así como de la tendencia creciente del inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales, lo cual puede traer consigo resultados inesperados tanto para féminas como masculinos, lo cual quedó evidenciado en el ASS del CMF 11, comparando los resultado obtenido años anteriores con respecto al actual.

Es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación o problema científico

¿Cuáles serían los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que tienen los adolescentes?

Marco teórico Conceptual:

Anticoncepción:

Prevención de la fertilización mediante el bloqueo de la fertilidad, temporal o permanentemente (esterilización reproductiva). Medios habituales de anticoncepción reversible son los métodos naturales de planificación familiar, los agentes anticonceptivos o los dispositivos anticonceptivos.

Aspectos a considerar sobre los métodos anticonceptivos en la adolescencia

Durante la consejería anticonceptiva se considerarán los tres factores que intervienen en este proceso: proveedor, método y usuario.

Proveedor

- Facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud.
- Desconocimiento de los servicios a dónde acudir.
- Burocratizar los sistemas de atención entorpece la confidencialidad y originar demoras inaceptables.
- El horario de las consultas médicas puede coincidir con el escolar.
- La consulta demandada por el adolescente precisa de mayor tiempo del que se dispone habitualmente.

Superados esos escollos la atención del médico debe reunir los siguientes requisitos:

- Establecer un buen vínculo con el adolescente y que este perciba que el médico se interesa y está dispuesto a ayudarlo sin paternalismos.
- Explicar las condiciones de confidencialidad de la consulta, facilitar que confíe sus preocupaciones y dudas. Si asiste con los padres, después de escuchar lo que éstos tengan que decir, debemos interrogar a solas al adolescente. Separarlo de los padres les hace sentirse bien, percibe que se respeta su autonomía y se le considera capaz de ocuparse de su salud. Si van con la pareja, es lógico atenderles juntos.

- La elección del método ha de ser voluntaria y no condicionado por las preferencias del médico, presión o coerción de la pareja, por influencias negativas de padres o del grupo de iguales. Hay que informar y asesorar sobre riesgos y beneficios, y promover que sean ellos quienes decidan.^{1,2}
- Dejar que los jóvenes expresen sus ideas y dudas sobre el método. El rol es informarlos para que ellos tomen una decisión informada, esto aumenta la adherencia al método.
- Mantener una visión positiva de la sexualidad, pero informarles los riesgos de la misma.
- Potenciar la asertividad para poder resistirse a presiones a la hora de mantener relaciones y negociar con la pareja el uso del condón. ⁽¹¹⁾

Métodos anticonceptivos

Es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE), analizando cada uno de ellos en relación a variables biológicas, psicoafectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que viven. La indicación de un método debe considerar sus factores dependientes. ^(11, 12)

Eficacia

Capacidad del método para evitar un embarazo. Se mide mediante el índice de Pearl(IP), número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso.

Seguridad

Capacidad del método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del potencial usuario, las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos.

Reversibilidad

Recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el uso, requisito obligatorio en adolescentes, excepto en pacientes incapacitadas.

Facilidad/complejidad de uso

Relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del cuerpo y habilidades manuales. ⁽¹³⁾

Costos

Considerar previo a su indicación los costos del método y la accesibilidad a los mismos por los adolescentes.

La Guía “Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos” de la OMS ofrece un asesoramiento sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz. ⁽¹⁴⁾

Los métodos anticonceptivos en la adolescencia se pueden clasificar en:

- Recomendables/Preferentes: preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmica y anillo vaginal), anticoncepción hormonal oral de solo progestágeno y dispositivo intrauterino (DIU).
- Aceptables: anticoncepción hormonal de depósito (inyectables e implantes), y diafragma.
- Poco aceptables: métodos naturales y esterilización quirúrgica.
- De emergencia: anticoncepción poscoital.

La guía sobre prevención del embarazo en la adolescente de la Academia Americana de Pediatría recomienda el uso en adolescentes de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada, conocidos como LARC por sus siglas en inglés, dentro de los que se hallan los DIUs (medicados o no), implantes subdérmicos y acetato demedroxiprogesterona en forma depot, que ofrecen una protección anticonceptiva de varios años y son seguros.

Esta nueva guía señala que los métodos de acción prolongada, deberán convertirse en la nueva norma, según esta publicación los implantes y los DIUs serían métodos de primera línea para evitar el embarazo en adolescentes. Esta recomendación ha

generado controversia entre padres y los propios médicos, no obstante en la última década, se ha demostrado que los métodos implantables reversibles de larga duración, que proporcionan de 3 a 10 años de anticoncepción, son seguros para los adolescentes. ⁽¹¹⁾

Usuario

La indicación de un método debe contemplar factores dependientes del usuario:

- Edad: valorar el grado de maduración biológica. Recordar que la anticoncepción hormonal puede instaurarse tras la menarquia sin que se afecte al desarrollo o crecimiento del adolescente.
- Grado de maduración psicológica: condiciona la motivación, aceptabilidad, el cumplimiento, control y seguimiento del método.
- Actividad sexual: conocer si existen o no prácticas coitales, edad de inicio de estas, frecuencia, estabilidad de la pareja, participación de esta en la anticoncepción y número de parejas sexuales.
- Aceptabilidad: el método debe ser compatible con las creencias, valores y normas de conducta del usuario. Si existen conflictos, la aceptabilidad y el uso adecuado no estarían garantizados.
- Impacto sobre la economía: muchas veces el adolescente es el que compra el anticonceptivo y ello hace que opte por no usarlo o por utilizar “métodos gratuitos” como el coito interruptus. Se debe relacionar el precio del anticonceptivo con otros gastos habituales del adolescente, y hacerle ver que más que un gasto es una “inversión” en seguridad y tranquilidad.
- Entorno familiar y social: pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de los anticonceptivos. ⁽¹⁵⁾

Principales características de los métodos anticonceptivos

Abstinencia

Método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. Abstenerse del acto sexual no produce efectos nocivos para la salud del adolescente. La abstinencia puede incluir otras formas de expresión sexual.

Constituye una opción para adolescentes que no hayan iniciado relaciones sexuales, así como para aquellos que ya lo hubiesen hecho. El médico debe de ayudar a los jóvenes a adquirir las aptitudes necesarias para hacer frente a las presiones de los grupos de pares, pues la abstinencia requiere motivación y autocontrol, comunicación y cooperación de la pareja, su práctica requiere de gran compromiso por parte de los adolescentes, el cual es violado con frecuencia, por lo que hay que educarlos respecto a otras opciones anticonceptivas y como acceder a ellas. ⁽¹⁶⁾

Métodos naturales

Aquí se incluyen el método del ritmo, moco cervical, temperatura basal y sintotérmico, las adolescentes no son idóneas para utilizar estos métodos, pues en ellas son frecuentes los trastornos menstruales y otras alteraciones que afectan la ya pobre eficacia de estos métodos. No obstante es posible que en algunas parejas estos métodos sean la única opción disponible. Métodos como el coito interrumpido y las duchas vaginales postcoito tampoco se recomiendan, son poco eficaces y tienen escasa aceptación por los jóvenes. ⁽¹⁷⁾

Métodos de barrera (MB)

Serían los ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos, seguros y en raras ocasiones producen efectos sistémicos desagradables. Tienen una eficacia inmediata, control por el propio usuario, y su uso se inicia y discontinúa fácilmente, lo cual se adapta perfectamente a las características de los adolescentes.

Los métodos de barrera incluyen los condones masculinos y los métodos femeninos, como condones femeninos, capuchón cervical, espermicidas, y diafragmas. Pueden

usarse solos o combinados con otros MAC que no sean de barrera como por ejemplo las píldoras. ^(17, 18)

La eficacia anticonceptiva de los MB es alta si se usan sistemática y correctamente en cada acto sexual, con tasas de embarazo que oscilan entre 3 % respecto al condón masculino y 7 % respecto a los espermicidas. El uso normal, que no siempre es sistemático y correcto, se denomina uso “típico”, y se asocia a tasas de embarazo entre un 12 % para los condones masculinos y 21 % para los espermicidas, pudiendo ser estas superiores en algunos entornos específicos. ⁽¹⁸⁾

La tasa de rotura del condón masculino oscila entre 0,5-3 % por lo que hay que informar de esta posibilidad e indicar que si esta ocurriese antes de la eyaculación, sólo hay que cambiar el condón, y posteriormente utilizar la anticoncepción de emergencia. Si el condón se utiliza correctamente, su efectividad es elevada, su uso, asociado a la anticoncepción hormonal o al DIU (método doble), ofrece una elevada seguridad anticonceptiva y de protección frente a las ITS, lo que lo hace muy recomendable en adolescentes. ⁽¹⁹⁾

Anticoncepción hormonal combinada (AHC)

Por su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos se incluye dentro de los métodos de elección. Las adolescentes, tienen pocas contraindicaciones para la AHC, pero hay que tomar en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS. Las presentaciones de la AHC solamente difieren en la pauta de empleo, la adolescente decidirá aquella que le resulte más cómoda: diaria (píldora), semanal (parche) y mensual (anillo vaginal e inyectable combinado). Su eficacia es 0,3% en uso perfecto y el 8 % en uso típico en el primer año. ⁽²⁰⁾

Anticoncepción hormonal combinada oral (AHCO)

Se deberá tomar un comprimido diario a partir del primer día de la menstruación, la toma podrá ser de 21 días (descansando 7) o 28 días (sin descanso) y reiniciar. Los preparados de 28 días contienen píldoras sin medicación, pueden ser de 7, 4 y 2

días. La hemorragia por de privación se inicia en los días de descanso o píldoras sin contenido hormonal. ⁽²¹⁾

La tableta deberá tomarse a la misma hora, y no olvidar ninguna. Si hay olvidos que no superan las 48 horas se continúa normalmente el tratamiento; si las superan, hay que seguir con la medicación y emplear el condón como complementario durante 7 días. ^(21, 22)

Los AHCO son los más usados, por lo que la mayor parte de la información disponible sobre anticoncepción y adolescencia se refieren a este método. Los AHCO constituyen el mejor tipo de píldora para las adolescentes, con la excepción de las que amamantan, ya que el estrógeno puede afectar a la lactancia. ⁽²³⁾

Los anticonceptivos orales son seguros, no tienen efectos a largo plazo en la función o el desarrollo de los ovarios y no se reportan complicaciones relacionadas con la edad ni efectos colaterales. Son muy eficaces usados sistemática y correctamente. Cuando se usan perfectamente, los AHCO registran una tasa de embarazo inferior a 1 %, pero cuando se usan atípicamente, la tasa se incrementa a 8 %. También tienen beneficios para la salud no relacionados con la anticoncepción, como son la reducción del acné, regulación del ciclo menstrual y reducción de la dismenorrea, igualmente poseen un efecto protector ante el embarazo ectópico, enfermedad benigna de mama, cáncer ovárico y endometrial, y algunas formas de la enfermedad inflamatoria pélvica. La AHCO ofrece a las adolescentes control sobre su fertilidad, el uso no depende del acto sexual y puede usarse sin que el compañero lo sepa, incluso sin su cooperación, no protegen contra la transmisión de ITS, al suspender la toma la fertilidad regresa rápidamente. ^(23, 24)

Los médicos deben promover y estimular el uso de condones, y de ser posible suministrarlos, e insistir respecto a aquellas ocasiones en que deben usarse como método anticonceptivo de refuerzo, los condones deben usarse como refuerzo si se han dejado de tomar dos píldoras o más, si las píldoras no se empiezan a usar durante los primeros siete días del ciclo, se deben usar condones durante esos siete días. Es importante hablarles sobre el uso del condón para protegerse contra las ITS, pues a estas edades es alto el riesgo de contraerlas. ⁽²⁵⁾

Anticoncepción hormonal combinada transdérmica

El parche se adhiere a piel en el sitio de preferencia, excepto en las mamas desde el primer día del sangrado menstrual y se cambia semanalmente durante 3 semanas; tras siete días sin el parche, aparece la hemorragia por de privación se inicia un nuevo ciclo. ⁽²⁶⁾

Anticoncepción hormonal combinada vaginal

El anillo se coloca en el interior de la vagina el primer día del sangrado menstrual y se retira a los 22 días. Tras un periodo de 6 días sin anillo en los que aparece la hemorragia por de privación, se introduce un nuevo anillo (se coloca y retira el mismo día de la semana). Normalmente, el anillo no se nota durante el coito ni causa molestias, si lo hiciera, puede retirarse durante un máximo de 3 h, lavarlo con agua fría o tibia y volverlo a insertar. Este método no está aún disponible en Cuba. ⁽²⁷⁾

Inyectables combinados

Los inyectables combinados de estrógeno-progestina deben administrarse cada 28 días, poseen alta eficacia y aceptabilidad, tienen como aspecto adverso, la necesidad de acudir todos los meses a consulta para aplicarse el método, comparten la gran mayoría de los beneficios de las AHCO y se reducen notablemente los fallos secundarios al uso no correcto, a pesar de ser un método recomendable en adolescentes, aún no se ha garantizado su disponibilidad generalizada en Cuba. ⁽²⁸⁾

Anticoncepción hormonal solo con gestágenos (AHG)

La eficacia anticonceptiva de la AHG es alta. Está indicada en las adolescentes que presenten contraindicaciones a los estrógenos. No se recomienda durante la adolescencia precoz e intermedia, sin embargo en la adolescencia tardía y las adultas jóvenes generalmente pueden usarlos sin peligro. ⁽²⁹⁾

Su principal inconveniente radica en los cambios del patrón de sangrado (sangrado irregular), peor tolerado en las adolescentes. Existen 3 presentaciones de AHG: oral (píldoras de levonorgestrel), inyección intramuscular depot, en la actualidad existen 2

fórmulas de uso, Depo- Provera o DMPA (acetato de medroxiprogesterona de depósito), se administra cada tres meses y NET-ET o Noristerat (enantato de noretisterona) que se administra cada dos meses, y en forma de implante. ^(29, 30)

La toma de la píldora con AHG es diaria, iniciándola el primer día de la menstruación, sin interrupciones. En el caso del inyectable, la primera dosis se administrará entre el primer y el quinto día del ciclo, de forma intramuscular, y se repetirá cada 8 o 12 semanas, según el medicamento. El implante subcutáneo se coloca entre el primer y el quinto día del ciclo y dura 3 años. El implante más común, Norplant, consiste en seis cápsulas delgadas y flexibles en forma de tubo que contienen la progestinal evonorgestrel. Se inserta bajo la piel del brazo de la mujer en un procedimiento quirúrgico sencillo, su eficacia es de hasta cinco años. Los inyectables y los implantes son muy eficaces con tasas de embarazo inferiores a 1 % después de un año de uso. ⁽³¹⁾

Poseen beneficios a largo plazo no relacionados con la anticoncepción, como son menor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico y cáncer endometrial. No son de uso diario y no precisan de suministros en la casa. ⁽³¹⁾

Para obtenerlos es necesario acudir periódicamente a una consulta, no protegen contralas ITS. Existe inquietud respecto al uso de los implantes e inyectables sólo de progestina en adolescentes menores de 16 años. Se especula que el uso de estos métodos reduce la concentración de estrógeno en la mujer, y pudiera afectar al desarrollo de la masa ósea, lo que podría predisponer a las adolescentes a sufrir de osteoporosis años después, pudiendo afectar su crecimiento y desarrollo en algunos casos, no hay evidencias fundamentadas al respecto, incluso instituciones reconocidas los han incluido dentro de los métodos recomendables.

Los inyectables de sólo progestina retrasan el regreso de la fertilidad. ⁽³¹⁾

Aproximadamente el 50 % de las mujeres conciben dentro de un período de 10 meses posteriores a la última inyección y más del 90 por ciento son fértiles a los 24 meses. Con los implantes, la fertilidad regresa inmediatamente después de la extracción. ^(31, 32)

Los implantes son adecuados en mujeres que deseen un método a largo plazo y tengan fácil acceso a los servicios de extracción. En las adolescentes se observa la continuación temprana, según nuestro criterio estos métodos no deben usarse de forma rutinaria en la adolescencia, excepto en aquellos casos en que después de un análisis profundo se decida que es una opción viable.

Los inyectables e implantes tienen buenos resultados en el seguimiento de adolescentes durante el posparto (no interfieren la lactancia), adolescentes con retraso mental y otras discapacidades, y en pacientes inmaduras e indisciplinadas, no recomendamos este tipo de anticoncepción en adolescentes con 15 años o menos. ⁽³³⁾

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Los DIUs poseen una elevada eficacia anticonceptiva y no precisan motivación para su uso. Se insertan durante la menstruación y es un método de larga duración (5 años). Además del DIU de cobre existen los medicados con la hormona levonorgestrel (DIULNG). ⁽³⁴⁾

Los DIUs precisan inserción por un profesional y tolerancia al examen ginecológico por la adolescente. El DIU de cobre puede aumentar el sangrado y de la dismenorrea. El DIU-LNG puede alterar el patrón de sangrado menstrual, esto debe advertírsele a la adolescente para que acepte la posibilidad de sangrado irregular o amenorrea. Recientemente ha aparecido en el mercado un DIU-LNG más pequeño con una duración de 3 años, especialmente indicado para adolescentes por su facilidad de inserción, según el fabricante no altera el patrón menstrual conservando una alta eficacia, lo que ha provocado un incremento en su aceptabilidad y eficacia que lo incluye dentro de los métodos recomendables en la adolescencia.

Los DIUs no protegen contra las ITS, se describe una relación entre su uso y el incremento de la enfermedad inflamatoria pélvica. Para recomendar o no su uso hay que evaluar las características personales de la usuaria, aquellas que tengan prácticas sexuales de riesgo, tendrán mayor riesgo de contraer ITS/VIH, no obstante pueden constituir una opción válida. 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, este riesgo también se incrementa si el procedimiento no se realiza en condiciones asépticas. 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 E.I.P. ⁽³⁴⁾

Las adolescentes pueden usar los DIU sin peligro cuando mantienen relaciones estables y mutuamente monógamas. Es importante enseñarlas a verificar si hay signos de expulsión del dispositivo. Esto puede hacerse tocando el hilo del DIU en la apertura cervical, lo más recomendable es visitar periódicamente a su ginecólogo. ⁽³⁴⁾

Esterilización

Método permanente e irreversible, no apropiado para las adolescentes que están comenzando su vida reproductiva. Pudiera ser una opción en casos específicos, como serían enfermedades de transmisión genética, seria discapacidad mental o física, y otras condiciones excepcionales. ⁽³⁵⁾

Anticoncepción de emergencia (AE)

Se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección. Pocos adolescentes conocen de su existencia, a pesar de que es particularmente importante para ellos. Los adolescentes pueden tener relaciones sexuales sin protección por varias razones, por ejemplo no usar un método de barrera en cada acto sexual por descuido, tener relaciones sexuales no previstas y sin anticonceptivos disponibles, usar un MAC incorrectamente, cuando el condón se rompe o se desliza, así como en los casos de violación. ⁽³⁵⁾

La AE no es un método regular de anticoncepción, después de usarla, se debe empezara usar un método regular, se puede usar en cualquier momento del ciclo

menstrual y si es necesario, más de una vez durante un ciclo. No protege contra las ITS, la eficacia no es absoluta, sólo protege frente al coito muy reciente. En las primeras 24 h la eficacia es del 95 %, de 24 a 48 h 85 %, y de 48 a 72 h 58 %. ⁽³⁵⁾

Existen varias posibilidades de AE hormonal, como el método de Yuzpe, las píldoras de solo levonorgestrel y el acetato de ulipristal. El método de Yuzpe se basa en el uso de píldoras anticonceptivas combinadas a dosis altas, cada dosis debe contener por lo menos 100 microgramos de etinil estradiol y 500 microgramos de levonorgestrel, lo que se obtiene tomando cuatro píldoras de "baja dosis" o dos píldoras de "alta dosis" en cada toma. Se administra en las 72h posteriores a la relación sexual no protegida, la primera dosis es seguida por otra a las 12 h. La eficacia del método Yuzpe oscila entre 56 % y 86 %, dependiente del momento cuando se tome, siendo más efectivo en las primeras 72 h y menos entre las 72 y 120 h pos coito. Su principal mecanismo de acción es evitar la ovulación, aunque en teoría podría afectar la implantación. Tiene como efecto secundario las náuseas y vómitos, los cuales pudieran prevenirse con la indicación de antieméticos previo a su ingestión. ⁽³⁵⁾

El uso de progestinas solas consiste en la toma de levonorgestrel en dosis única de 1,5mg, al inicio se tomaban dos dosis de 0,75 mg con un intervalo de 12 h, igualmente en las primeras 72 h posteriores al coito no protegido. Su efectividad de 45 a 79 % depende del momento en que se tome, mientras más temprano más efectivo. En la guía sobre AE de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se menciona que el régimen de levonorgestrel puede ser efectivo al menos por 4 días y potencialmente hasta cinco días.¹⁵ Su principal mecanismo de acción es inhibir o postergar la ovulación, al evitar que ocurra el pico de la hormona luteinizante, no altera la función del cuerpo lúteo, y no impide la nidación de un huevo previamente fecundado. ⁽³⁵⁾

Lo ideal es disponer en el mercado de AE con un comprimido de levonorgestrel para su utilización hasta transcurridas las 72 h del coito de riesgo, y con acetato de ulipristal hasta las 120 h, la AE es un medicamento no tóxico, no tiene riesgo de adicción, su indicación es fácil (un solo comprimido), no es teratogenico y no tiene

contraindicaciones. Las mujeres que usan AE de solo progestina registran una incidencia considerablemente menor de náuseas y vómitos, comparadas con usuarias del método de Yuzpe, aunque hay más probabilidades de que tengan sangrado irregular. ⁽³⁵⁾

Además de las tabletas con altas dosis de levonorgestrel y el ulipristal, se han usado como AE la inserción de un DIU. Nosotros no recomendamos la inserción de un DIU como AE, pues esta inserción debe de hacerse con inmediatez, lo cual no permite el examen genital y el tratamiento de infecciones previo a su inserción, lo que podría incrementar significativamente las complicaciones sépticas. ⁽³⁵⁾

Método de protección doble o combinado: Contra el Embarazo y las ITS

El uso de dos métodos, "método doble", un método efectivo para prevenir el embarazo y el segundo para prevenir las ITS es altamente recomendable en adolescentes. El condón masculino es el método más eficaz para prevenir las ITS. Sin embargo, cuando se usan típicamente, los condones no son tan eficaces para prevenir el embarazo. ^(35, 36)

Una estrategia para el uso del método doble es emplear un MAC muy eficaz para prevenir el embarazo, por ejemplo la AHC o la inserción de un DIU, y usar el condón para prevenir las ITS. Sin embargo, algunos estudios en adolescentes indican que cuanto más eficaz sea el método anticonceptivo usado, menos probabilidades habrá de que los jóvenes usen condones para prevenir las infecciones. Otra estrategia de protección doble sería usar los condones como método principal (eficaces para prevenir el embarazo y las enfermedades si se usan sistemática y correctamente), pero los adolescentes no suelen usar los condones sistemáticamente, recomendándose entonces la AE cuando no se usan condones o cuando estos se rompen o se deslizan. ⁽³⁶⁾

Anticoncepción hormonal (AH) y situaciones especiales durante la adolescencia

Obesidad

A pesar de que en la 4ta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS no existe un límite para su utilización en función del índice de masa corporal (IMC), la Sociedad Española de Contracepción considera que cuando éste es superior a 35Kg/m² el incremento del riesgo trombo embólico hace que el riesgo sea superior a los beneficios que se puedan obtener. Los métodos con solo gestágeno se pueden utilizar sin limitación, excepto el acetato de medroxiprogesterona inyectable con el que existe una mayor tendencia a ganar peso. ⁽³⁶⁾

Diabetes

La AH a dosis bajas no alteran el control de la diabetes a largo plazo ni facilitan la progresión a vasculopatía y el impacto sobre la tolerancia a la glucosa, los requerimientos de insulina o el perfil lipídico es mínimo o inexistente, por lo que son adecuados para estas pacientes. ⁽³⁶⁾

Alteraciones tiroideas

Se puede utilizar cualquier método, la anticoncepción hormonal combinada posee como efecto beneficioso sobreañadido el control de las alteraciones del ciclo menstrual, muy frecuentes en estos casos. ⁽³⁶⁾

Síndrome de ovarios poliquísticos

Los AHC con un gestágeno de efecto antiandrogénico es el tratamiento de elección, previene tanto el embarazo como las irregularidades del ciclo. Si no se pudiera utilizar este anticonceptivo se evaluarán otros métodos, es importante la valoración conjunta con el endocrinólogo, ejercicio físico y hábitos dietéticos adecuados. ^(36,37)

Trastornos de la alimentación

Las adolescentes con trastornos alimentarios, así como las deportistas profesionales desarrollan con frecuencia amenorrea hipotalámica que provoca un estado de hipoestronismo, por lo que la AHC sería el método de elección. En las adolescentes con trastornos alimentarios el tratamiento hormonal no es suficiente para incrementar la masa ósea siendo necesario normalizar el peso. (36,37)

Talasemia, anemia de células falciformes y anemia ferropénica

Las adolescentes con estas afecciones pueden utilizar cualquier MAC aunque el uso de DIU de cobre aumenta la pérdida de sangre. (36,37)

Discapacitados

Se recomienda el uso de los LARCs. El asesoramiento debe individualizarse en dependencia de la discapacidad (física o psíquica), grado, deseo y posibilidad de reproducción (métodos reversibles o irreversibles) y el entorno familiar y social entre otros factores. (36,38)

Epilepsia

La principal limitación para el uso de AH radica en su posible interacción con el tratamiento antiepiléptico, que puede disminuir la eficacia anticonceptiva. Las adolescentes que presentan incremento de las crisis durante la fase lútea o menstrual se pueden beneficiar de los AH al suprimir las fluctuaciones de las hormonas endógenas. También son factibles el AMPD y los DIUs, teniendo el primero un efecto beneficioso añadido ya que disminuye la frecuencia de las crisis epilépticas. (37,38)

Anticoncepción e ITS

Sólo la abstinencia total o una relación mutuamente monógama en una pareja en la cual ninguno de los miembros esté infectado, ofrecerán garantía absoluta contra las

ITS. Como esto no es frecuente, hay que considerar opciones anticonceptivas que ofrezcan cierta protección contra las ITS. ⁽³⁹⁾

Los métodos de barrera son los únicos con comprobada eficacia para la protección contra las ITS, siempre que se usen de forma sistemática, correcta y en cada coito. El uso sistemático y correcto del método doble, ofrece las mejores garantías para ambos eventos, protección de las ITS y ante un embarazo no deseado, por lo que insistimos en la importancia de educar a los adolescentes sobre las ventajas de su uso para promover la salud y preservar la fertilidad futura. ^(39, 40)

Salud sexual: Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud.

Salud reproductiva: El estado del sistema reproductivo cuando funciona de manera óptima sin evidencia de enfermedad, trastornos o deficiencias. ⁽⁴¹⁾

Atención preconceptiva: Un programa organizado e integral de cuidados de salud que identifica y reduce los riesgos reproductivos de una mujer antes de la concepción, a través de la evaluación del riesgo, la promoción de salud, e intervenciones. Los programas de atención preconceptiva pueden estar diseñados para incluir también al compañero masculino, para brindarle consejos e información educacional como preparación para la paternidad, consejos genéticos y las correspondientes pruebas, planificación financiera y familiar, etc. Este concepto es diferente del cuidado prenatal, que ocurre durante el embarazo. ^(41, 42)

Objetivos

General

Determinar los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes objetos de la investigación.
- Conocer aspectos relacionados sobre el uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes.
- Identificar necesidades de aprendizaje sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes.

Material y Métodos

Tipo de Estudio:

Descriptivo, observacional prospectivo de corte transversal.

Contexto geográfico: El Consultorio No.11 del Consejo Popular Centro Histórico perteneciente al área de salud No. 1 del municipio de Cienfuegos

Periodo en tiempo que abarca el estudio: 1ro. De Enero del 2020 al 30 Septiembre 2022.

Universo: Los 55 adolescentes de ambos sexos, entre 15 y 18 años del consultorio No.11 del Consejo Popular de Centro Histórico pertenecientes al Área de salud No. 1

Criterios de inclusión:

- Adolescentes que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación mediante su consentimiento, informado junto al de sus padres o tutores y se encuentren aptos psíquica y mentalmente

Criterios de exclusión:

- Todos los adolescentes pertenecientes al CMF 11 que en el momento del estudio presenten enfermedad aguda o crónica descompensada que le impida la participación en las actividades.

Criterios de salida:

- ✓ Todos aquellos adolescentes que cumpliendo los requisitos por cualquier razón decidan abandonar el estudio.
- ✓ Fallecimiento
- ✓ Cambio de domicilio
- ✓ Ausentarse a más del 50% de las actividades programadas

Técnicas y procedimientos:

Obtención de la Información:

Primeramente se solicitó el consentimiento de la dirección de la entidad para realizar la investigación (anexo 1). Luego de habernos reunidos con los adolescentes, padres y/ o tutores y explicado los objetivos de la investigación se les solicitó el consentimiento informado a los mismos (anexo 2).

Se realizó una etapa de diagnóstico para la recolección de información y así dar salida a los objetivos a través de la encuesta donde se obtuvo la información sobre conocimientos y el uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes (anexo 3).

Definición de las variables del estudio, tipo y escala de medición de la misma:

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Discreta	15..... 18	Según edad cronológica	Número y por ciento
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Secundaria, Pre. Univert., Tec. Medio	Según grado que cursa	Número y por ciento
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino, masculino	Según biológico del adolescente	Número y por ciento
Cambio frecuente de pareja	Cuantitativa Discreta	1, 2, 3, ...	Según la cantidad de parejas sexuales en los últimos 3 meses.	Número y por ciento

Variables relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos.				
Uso del método anticonceptivo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si, No	Según lo referido por el adolescente del uso actual de algún tipo de anticonceptivo	Número y porcentaje
Quien les orientó el método anticonceptivo	Cualitativa Nominal Politómica	Ginecólogo, Médico de familia, Familiar, Amigo o Ninguna persona	Según la referencia del adolescente de la persona que le indico el uso del método anticonceptivo	Número y porcentaje
Método anticonceptivo que más utilizas	Cualitativa Nominal Politómica	Tabletas hormonales, DIU, Método del Ritmo, Condón, Otros	Según lo referido por el adolescente del método anticonceptivo que más utilizas	Número y porcentaje
Frecuencia del uso de los métodos anticonceptivo	Cualitativa Nominal Politómica	Siempre, casi siempre a en ocasiones, casi nunca y nunca	Según lo referido por el adolescente del sobre la frecuencia del uso de los	Número y porcentaje

			métodos anticonceptivo	
Momento del uso de los métodos anticonceptivo	Cualitativa Nominal Politómica	Antes de iniciar, en el curso, antes de terminar el acto sexual	Según lo referido por el adolescente sobre el momento del uso de los métodos anticonceptivo	Número y porcentaje
Razones de no usar algún método anticonceptivo	Cualitativa Nominal Politómica	Problemas de salud, no resulta efectivo, difícil de obtener, le tiene temor, se le olvida utilizarlo, otro	Según lo referido por el adolescente las razones de no usar algún método anticonceptivo	Número y porcentaje
Infección por Transmisión sexual	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si, No	Según lo referido por el adolescente sobre haber adquirido alguna ITS en los últimos 6 meses	Número y porcentaje
Número de embarazos	Cuantitativa Discreta,	1, 2, 3, ...	Según lo referido por el adolescente	Número y porcentaje

			embarazos que ha tenido en un intervalo de 3 meses	
Variables relacionadas con el conocimiento de los métodos anticonceptivos.				
Consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa Nominal Politómica	Puede haber embarazo. Puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexual. Disminuye su efectividad. Otro	Según lo referido por el adolescente de que sucede si no usas correctamente un método anticonceptivo	Número y por ciento
Beneficios importantes de los métodos anticonceptivos de barrera	Cualitativa Nominal Politómica	Previene las infecciones de transmisión sexual. Son permanentes. No engordan. Tienen larga duración	Según lo referido por el adolescente a pesar de protegerse de un embarazo que otros beneficios tienen los métodos anticonceptivos de barrera	Número y por ciento
Seguridad sobre el uso del	Cualitativa Nominal	Nos lo ponemos una vez iniciado el acto sexual	Según lo referido por el	Número y por ciento

preservativo	Politómica	Nos los ponemos antes de eyacular. Nos los podemos poner en cualquier momento del acto sexual. Nos lo ponemos antes de iniciar el acto sexual.	adolescente cuando es seguro usar el preservativo	
Posible frecuencia de utilizar el mismo condón	Cualitativa Nominal Politómica	Dos veces, solo si se usa con la misma persona. Máximo tres veces. Se pueden reusar o usar en otra ocasión. Solo una vez	Según lo referido por el adolescente con respecto a la frecuencia de usar el mismo condón	Número y por ciento
Momento correcto de empezar a tomar las pastillas anticonceptivas	Cualitativa Nominal Politómica	Luego de la menstruación. El primer día del período menstrual. Antes de la menstruación. El último día del período menstrual	Según lo referido por el adolescente sobre el inicio de tomar las pastillas anticonceptivas para ser eficaces	Número y por ciento
Frecuencia de la aplicación de los métodos anticonceptivos inyectables	Cualitativa Nominal Politómica	Cada mes. Cada 2 meses. Cada 3 meses	Según lo referido por el adolescente sobre cada que tiempo se aplica los métodos	Número y por ciento

			anticonceptivos inyectables	
Momento eficaz del uso de la pastilla del día siguiente o de emergencia	Cualitativa Nominal Politómica	10 minutos antes de tener relaciones sexuales 1 hora antes de tener relaciones sexuales Al día siguiente de haber tenido relaciones sexuales Se debe tomar lo antes posible después del acto sexual (máximo 72 horas después)	Según lo referido por el adolescente sobre el momento que se debe tomar la pastilla del día siguiente o de emergencia	Número y por ciento

Categorías:

Conocimientos: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje adquiridos por una persona, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad, de los adolescentes sobre la experiencia de los diferentes métodos anticonceptivos.

Usos: El término uso hace referencia a la acción y efecto de usar, está vinculado a la utilización de un objeto para alcanzar una meta, su valor está determinado por las condiciones naturales de un bien para satisfacer una necesidad, de los adolescentes con respecto al uso correcto de los diferentes métodos anticonceptivos.

Métodos de procesamiento, análisis de la información y técnicas a utilizar:

Una vez recogida toda la información necesaria para el estudio, se confecciona una base de datos empleando el software estadístico SPSS en su versión. 15.0, que además de la creación de la base de datos, nos permitió el procesamiento de la

información empleando los procedimientos de la Estadística Descriptiva, así como mostrar los resultados en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en número y por ciento; para la defensa del trabajo utilizó los gráficos estadísticos pertinentes.

Aspectos éticos:

Se solicitó el consentimiento informado de los padres o tutores de estos adolescentes, así como de los propios pacientes que participaron en el estudio, dándoles a conocer además su derecho de abandonar la investigación en el momento que lo estimen pertinente sin perjudicar las relaciones con el investigador, manteniendo los principios de confidencialidad y se les explicó que los resultados del estudio solo fueron utilizados con fines investigativos.

Resultados

Tabla 1. Distribución de las características biológicas, escolaridad y social de los adolescentes. Área I. CMF 11.

Variables biológicas y social		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Edad	15	14	25,5
	16	12	21,8
	17	14	25,5
	18	15	27,2
Sexo	Femenino	32	58,1
	Masculino	23	41,8
Escolaridad	Secundaria	18	32,7
	Pre Universitario	22	40
	Técnico Medio	15	27,3
Cambio frecuente de pareja	1	21	38,2
	2	19	34,5
	+ 2	15	27,3

Fuente: Cuestionario

En la tabla 1 se observa la distribución de las características biológicas, escolaridad y social de los adolescentes que participaron en el estudio donde se evidencia una pequeña uniformidad de las edades entre los participantes del estudio, resaltando discretamente la edad de 18 años con el 27,2%.

En la diversidad de sexo el que predomina es el femenino con 32 teniendo el 58,1% de los participantes del estudio.

En relación a la escolaridad según el grado que cursa, de la que menos predomina es la de Técnico medio con el 27,3% y siendo superado por el Pre-universitario con 22 participantes siendo el 40%.

De los participantes 21 refieren a ver cambiando al menos una vez de pareja, 19 de ellos de a ver tenido 2 cambios de pareja y 15 de ellos que son el 27,3% de a ver cambiado al menos más de 2 veces de pareja.

Tabla 2. Distribución de las características relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos e ITS. Área I. CMF 11.

Variables relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos	Cantidad de adolescentes			
	Si		No	
	No.	%	No.	%
Uso del método anticonceptivo	18	32,7	37	67,3
Infección por Transmisión sexual	9	16,4	46	83,6

Fuente: Cuestionario

En la tabla 2 vemos lo relacionado con el uso de los métodos anticonceptivos en el cual predomina un total de 37 participantes siendo el 67,3% que lo utilizan, al igual que predomina con el 83,6% de los participantes que no sean contagiado con ninguna ITS.

Tabla 3. Distribución de las características relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos. Área I. CMF 11.

Variables relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Quien les orientó el método anticonceptivo	Familiar	18	32,7
	Amigo	8	14,5
	Médico de familia	25	45,5
	Ginecólogo	0	0,0
	Ninguna persona	4	7,3

Método anticonceptivo que más utilizas	Tabletas hormonales	5	9,1
	DIU	0	0,0
	Condón	18	32,7
	Método de ritmo	32	58,2

Fuente: Cuestionario

En la tabla 3 vemos relacionado quien les oriento el uso del método anticonceptivo vemos que predomina el médico de familia con un total de 25 participantes siendo el 45,5% seguidos por la familia con 18 siendo el 32,7% y refirieron la minoría que ninguna persona les oriento el uso de algún método anticonceptivo siendo solo 4 de los participantes el 7,3%. El método anticonceptivo más usado es el método de ritmo por 32 participantes siendo el 58,2% de los estudiados seguidos con una discreta elección por el condón por 18 de los participantes siendo el 32,7%.

Tabla 4. Distribución de las características relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos. Área I. CMF 11.

Variables relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Frecuencia del uso de los métodos anticonceptivo	Siempre	18	32,7
	En ocasiones	27	49,1
	Nunca	10	18,2
Razones de no usar algún método anticonceptivo	Problemas de salud	1	1,8
	No resulta efectivo	1	1,8
	Difícil de obtener	35	63,6
	Le tiene temor	0	0,0

	Se le olvida utilizarlo	18	32,7
Número de embarazos	1	6	10,9
	2	2	3,6
	+2	0	0,0

Fuente: Cuestionario

En la tabla 4 se evidencia la frecuencia del uso del método de anticonceptivo predominando con 27 participantes el 49,1% que lo usan en ocasiones y solo 18 refieren que siempre lo usan siendo el 32,7%.

Predomina con 35 siendo el 63,6% el criterio que resulta difícil obtener algún método anticonceptivo, refiriendo el 32,7% que se les olvida utilizarlo.

De los participantes en el estudio 6 que son el 10,9% refieren haber estado embarazada al menos una vez por lo cual se realizaron una regulación y solo una refirió haber estado embarazada en 2 ocasiones siendo el 3,6%.

Tabla 5. Distribución de las características relacionadas con el uso de los métodos anticonceptivos. Área I. CMF 11.

Variable relacionada con el método de barrera (preservativo)		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Seguridad sobre el uso del preservativo	Nos lo ponemos una vez iniciado el acto sexual	17	30,9
	Nos los ponemos antes de eyacular	5	9,1
	Nos los podemos poner en cualquier momento del acto sexual	14	25,5
	Nos lo ponemos antes de iniciar el acto sexual	19	34,5
Posible	Dos veces, solo si se usa con	2	3,6

frecuencia de utilizar el mismo condón	la misma persona		
	Máximo tres veces	0	0,0
	Se pueden reusar o usar en otra ocasión	1	1,8
	Solo una vez	52	94,6

Fuente: Cuestionario

En la tabla 5 relacionada con el uso del condón como método anticonceptivo vemos un predominio discreto por 19 participantes el 34,5% que se lo ponen antes de iniciar el acto sexual, seguidos por 17 el 30,9% refiriendo que se lo colocan una vez iniciado el acto sexual y una minoría el 9,1% refieren que se lo ponen antes de eyacular.

En relación con la frecuencia de utilizar el mismo condón tenemos que 52 participantes el 94,6% refieren que solo se utiliza una vez y solo 2 el 3,6% refiriendo que se puede utilizar en dos veces si solo se usa con la misma persona.

Tabla 6. Distribución de las características relacionadas con el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Área I. CMF 11.

Variables relacionadas con el conocimiento de los métodos anticonceptivos.		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos	Puede haber embarazo.	46	83,6
	Puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexual	43	78,2
Momento eficaz del uso de la pastilla del día siguiente o de emergencia	10 minutos antes de tener relaciones sexuales	5	9,1
	1 hora antes de tener relaciones sexuales	2	3,6
	Al día siguiente de haber	28	50,9

	tenido relaciones sexuales		
	Se debe tomar lo antes posible después del acto sexual (máximo 72 horas después)	20	36,4

Fuente: Cuestionario

En la tabla 6 relacionada con el conocimiento de los métodos anticonceptivos sobre las consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos refirieron 46 el 83,6% de los participantes que puede haber embarazo y 43 el 78,2% de ellos refirieron que puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexual.

En relación del momento eficaz del uso de la pastilla del día siguiente o de emergencia 28 el 50,9% de los participantes refieren que se debe tomar la tableta al día siguiente de haber tenido relaciones sexuales, 20 de ellos el 36,4% refirieron que se debe tomar lo antes posible después del acto sexual (máximo 72 horas después) y una parte de la minoría 5 el 9,1% comentaron que debe ser 10 minutos antes de tener relaciones sexuales.

Tabla 7. Distribución de las características relacionadas con el conocimiento de los métodos anticonceptivos. Área I. CMF 11.

Variables relacionadas con el conocimiento de los métodos anticonceptivos.		Cantidad de adolescentes del sexo femenino	
		No.	%
Momento correcto de empezar a tomar las pastillas anticonceptivas	Luego de la menstruación.	8	25
	El primer día del período menstrual	5	15,6
	Antes de la menstruación.	4	12,5
	El último día del período menstrual	15	46,9

Frecuencia de la aplicación de los métodos anticonceptivos inyectables	Cada mes.	20	62,5
	Cada 2 meses	5	15,6
	Cada 3 meses	7	21,9

Fuente: Cuestionario

En la tabla 7 relacionada con el conocimiento de los métodos anticonceptivos del sexo femenino en sobre el momento correcto de empezar a tomar las pastillas anticonceptivas 15 de las participantes el 46,9% refieren que es el último día del período menstrual, 8 de ellas el 25% refirieron que luego de la menstruación.

Con respecto a la frecuencia de la aplicación de los métodos anticonceptivos inyectables 20 el 62,5% de las participantes refieren que cada mes y un poco de la minoría 5 el 15,6% que cada 2 meses.

Análisis y discusión

En la bibliografía revisada se encontraron numerosas intervenciones basadas en programas educativos referentes al tema con diferentes enfoques para su prevención. Debido a ello existen suficientes evidencias que demuestren el impacto positivo en el nivel de conocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos, así como en los cambios en el comportamiento que influya favorablemente en las modificaciones de los factores de riesgo. El autor expone su punto de vista ante los resultados registrados en los adolescentes del CMF 11 del Área 1.

El estudio se enfocó en adolescentes de 15- 18 años, en quienes se describe un nivel de desconocimiento razonable sobre los métodos anticonceptivos el cual es uno de nuestros objetivos en esta investigación.

Además, se pudo descubrir conocer posibles factores de riesgo modificables de la conducta y sus posibles cambios, elementos valiosos para alcanzar buenos hábitos de vida y cambios en el comportamiento sexual así la mejor manera de enfrentar la iniciación en la práctica sexual.

Uno de los grupos poblacionales más susceptible de sufrir transformaciones en la comunidad es la población adolescente. Dentro de las aristas de su personalidad la más sensible es la esfera psicosexual. El afán por ser adultos y el deseo de comprobar su capacidad reproductiva interpretada como virtud indispensable para demostrar la nueva condición de mujer puede conducirlos a incursionar con descuidos en el mundo de la sexualidad. ⁽⁴³⁾

El comportamiento sexual de los jóvenes muestra interés de estudio para la comunidad científica. El patrón de encuentros sexuales que se observa hoy en día, implica relaciones esporádicas y con múltiples parejas, lo que contribuye a la exposición al riesgo de incurrir en promiscuidad con la consecuente mayor implicación en enfermarse por infecciones de transmisión sexual, siendo la edad, predictora por sí misma de estos riesgos. ⁽⁴⁴⁾

Diversos estudios avalan las relaciones sexuales cada vez son más precoces, estableciéndose que la mayoría de los jóvenes europeos menores de 25 años se

han iniciado en las relaciones sexuales. ⁽⁴⁵⁾ Sin embargo, en el actual estudio afrontamos un problema sin precedentes, la población de adolescentes ubicados en la adolescencia temprana con iniciación en su vida sexual y numerosos riesgos por el elevado desconocimiento sobre cómo afrontar de la manera más saludable los posibles riesgos antes de enfrentar la concepción de un embarazo y de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual desarrollada por el Ministerio de Sanidad e Igualdad en Madrid, España, ⁽⁴⁶⁾ la edad de inicio de las relaciones sexuales en este país está diferenciada por género, siendo la edad más temprana en varones.

Sin embargo, no se puede simplificar sólo al género, ya que existen muchos otros factores que interfieren, como los factores sociales, que estereotipan las relaciones entre jóvenes. ⁽⁴⁷⁾ La edad de la primera relación está establecida a los 16-17 años de edad, definiéndose un patrón de riesgo ligeramente superior en chicos (15-16 años), ⁽⁴⁸⁾ aunque cada vez más, igualándose en las chicas (17-18 años). ^(49,50)

Estudios previos han puesto de manifiesto que aquellos jóvenes que disponen de más información sobre sexualidad se exponen a menos situaciones de riesgo. No obstante, hay otros estudios que llegan a la conclusión de que no es lineal esta relación y no siempre la información es sinónimo de cambio de hábitos. ⁽⁴⁷⁾

Aunque la sociedad moderna permite el acceso a la información a través de la nueva tecnología, existe una alta prevalencia de errores entre los jóvenes en materia de sexualidad. Según *Gelfond J*, ⁽⁵¹⁾ la prevención de infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, el no uso de la anticoncepción adecuada y la prevención de embarazos no deseados, conlleva una mayor exposición a situaciones de riesgo a estas edades. Así como, a mayores tasas de embarazos no deseados y el contagio de infecciones de transmisión sexual, entre las cuales se encuentra el virus de la inmunodeficiencia humana, el papiloma humano, entre otros. ⁽⁴⁷⁾

El actual estudio coincide con la literatura revisada donde *Aliño Santiago y col.*, ⁽⁵²⁾ plantean que “existe una tendencia mundial al inicio de relaciones sexuales a

edades cada vez más tempranas”, así como el alto riesgo al que se exponen los que inician tempranamente.

Coincidiendo con *Domínguez* ⁽⁵³⁾ donde plantea que hay predominio del sexo masculino. Datos estadísticos muestran que el 18 % de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. ⁽⁵⁴⁾

Santana Pérez ⁽⁵⁵⁾ en su estudio expone que “mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen los adolescentes y, por tanto, los riesgos se multiplican”. Esto coincide con los resultados encontrados por *Ávila Gálvez E y col*, ⁽⁵⁶⁾ que apuntan “más de la mitad de todos los adolescentes no utilizan anticonceptivos en su primera relación sexual; y plantea la despreocupación ante la protección de la actividad sexual”. Al respecto y en total acuerdo con *Della Mora* ⁽⁵⁷⁾ quien registra resultados similares.

En la actualidad, un tercio de los jóvenes se inician en la vida sexual sin prevención. Los varones suelen iniciarse antes que las mujeres pero ambos en menor o mayor medida están expuestos a los riesgos que implican llevar una sexualidad sin cuidados, de la misma manera que los adultos. Es más, hoy en día los jóvenes tienen su primera relación sexual a edades cada vez menores, y si bien físicamente están absolutamente preparados, mentalmente no siempre están listos para lidiar con las consecuencias y las responsabilidades que eso genera.

El autor considera que en los resultados actuales pudo influir el evidente desconocimiento del que adolecían las participantes en relación a una adecuada educación sexual y una baja percepción del riesgo por parte de su familia. Elementos primordiales que conllevan a la omisión de análisis de las consecuencias de sus propias conductas sexuales irresponsables.

En 1996 se estimó que el 50 % de los adolescentes menores de 17 años en Cuba eran sexualmente activos.⁽⁵⁸⁾ Según investigaciones nacionales y criterios de expertos, el inicio de las relaciones sexuales se ubica por debajo de los 18 años de edad, y según un estudio realizado sobre los factores asociados a esto se encuentra la forma imprevista y la ocurrencia de las mismas en sitios y situaciones

inadecuadas, presión por la pareja en las mujeres, además de la elevada asociación de pertenecer a una familia disfuncional. ⁽⁵⁴⁾

Por tanto el autor se posiciona en total acuerdo con *Pérez y col.* ⁽⁵⁴⁾ En la presente investigación, aunque no fue objeto de estudio indagar en el funcionamiento familiar, fue sugerente de que las familias donde residen las adolescentes prescinden de una adecuada educación sexual que puedan transmitir a su descendencia, si tomamos como punto de referencia la promiscuidad registrada. A su vez se puede aseverar que dicho comportamiento fue objeto de discusión en sesiones de trabajo a través de las enseñanzas aportadas por el programa educativo y la adecuada educación que sea capaz de incorporar el médico comunitario al estilo de vida de las generaciones más jóvenes.

Un asunto de singular interés y controversia ha sido el papel de la educación sexual en relación con la prevención o incitación del inicio sexual precoz y los problemas derivados de estas conductas. En este período de la vida los adolescentes se enfrentan a una nueva dinámica de su sexualidad y carecen de experiencias, de conocimientos, sienten una intensa curiosidad y necesidad de experimentación en la búsqueda de su identidad, todo esto acompañado de grandes cambios emocionales. La conducta sexual y el uso de alcohol o drogas suelen formar parte de esta exploración. Existe un doble estándar: de las muchachas se espera que se conserven vírgenes, y de los chicos que demuestren “su hombría” por medio de la agresividad y la actividad sexual, considerándola como una competencia que le ayuda a afirmar su identidad, y les da estatus en sus grupos de iguales, además de identificarse como un recurso para rebasar esta etapa de clara transición a la adultez.

En relación al no uso de los métodos anticonceptivos, el resultado fue similar al estudio internacional de *Secura y col.*, ⁽⁵⁹⁾ quien aborda el tema. En el mismo se constata que todos los adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, siendo el condón el más conocido, aunque tienden a desconocer los métodos menos difundidos como son: diafragma, crema espermicida, coito interrumpido, método de

temperatura basal, los cuales en muchos casos no conocen en qué consisten y cómo se emplean.

Antes de la era “anticonceptiva” existían dos grupos bien definidos, los adolescentes sexualmente activos y aquellos que no lo eran. Con el advenimiento de los anticonceptivos la conducta del primer grupo no se afecta, salvo por la reducción del número de hijos y en la edad de las madres. Sin embargo, el segundo grupo sufre modificaciones, pues un grupo de estos adolescentes, conscientes de las ventajas de la anticoncepción, pueden disfrutar de una actividad sexual variable sin el temor al embarazo y a infecciones de transmisión sexual. Lo que sí no modifica y puede es incrementar la promiscuidad con sus riesgos morales y médicos. Por tanto, se evidencia que la anticoncepción no se acompañe de una adecuada y precisa educación sexual.

Al respecto como expone *Peláez J*, ⁽⁶⁰⁾ en su estudio, las adolescentes del sexo femenino en el 90 % de los casos tenían conocimiento de la eficacia anticonceptiva del condón y de las píldoras anticonceptivas, pero solo el 15 % lo utilizaba regularmente.

Como evidencian estos datos, el abordaje de la anticoncepción con la población adolescente se torna complejo y va ligado indisolublemente a una bien orientada educación sexual. Los programas que han notificado mayor éxito en este sentido son aquellos que le dan habilidad al adolescente para hablar sobre sexualidad y para negociar con su pareja, la habilidad para decir “no” al igual que para decir “sí”, y, por otro lado, tener acceso a la contracepción.

El autor considera que la estructura de los sistemas sanitarios en Cuba al brindar el acceso gratuito a la planificación familiar hace la diferencia en relación a otros países del Mundo, lo cual reduce la tasa de embarazos y la incidencia de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual en adolescentes. Sin embargo, no solo la voluntad política influye en este particular, no es suficiente solo con proveer de servicios de planificación familiar, pero es un ingrediente importante en la lucha por la reducción de los embarazos en este grupo poblacional.

Entre los resultados destacados en la presente investigación, coincidimos con *Alpízar y colaboradores* ⁽⁶¹⁾ que aseveran que este sector poblacional no toman en cuenta los riesgos de embarazo y de adquirir algún tipo de ITS durante sus relaciones sexuales sin protección, lo que expone de manera fehaciente es escaso grado de responsabilidad, lo cual se debe a la inmadurez propia de esa etapa de la vida.

Además *Alpízar Navarro y col.*, ⁽⁶¹⁾ exponen su consideración respecto a los diseños de los programas educativos en adolescentes los cuales deben considerar las características propias del grupo diana a quien va dirigida la intervención, así como sus aspiraciones y necesidades para lograr sus propósitos y con ello, garantizar una mayor calidad de vida en relación a la sexualidad responsable conociendo lo que implica el RPC en este grupo poblacional.

En relación al nivel de conocimientos registrados al diagnóstico en el presente trabajo el autor considera que la mayor parte de los adolescentes no poseen algún conocimiento acerca de los diferentes métodos anticonceptivos y la importancia de los mismos. Estos resultados pueden deberse a que son adolescentes, confirmando una vez más que en la medida que conozcan los elementos básicos referentes al tema, podrán tener una sexualidad responsable, plena y feliz.

En estudios nacionales e internacionales revisados, se obtuvieron resultados similares. En una investigación realizada en La Habana con adolescentes y jóvenes universitarios se comprobó que 2/3 de ellos tenía un nivel de conocimiento general evaluado de mal al diagnóstico. ⁽⁶²⁾

Pérez Viltres y colaboradores, ⁽⁶³⁾ en el estudio realizado a 118 adolescentes de una secundaria básica “Pedro Veliz y el IPU Grito de Yara” en Granma durante 2017, registran resultados similares a los actuales. Por ejemplo, predominio de edades entre 14 y 15 años con 80 (67,79 %), el 52, 06 % emplea protección de manera ocasional, el nivel de conocimiento se pudo modificar posterior a la intervención como bueno (73,73%). Al respecto los autores consideran que aunque poseen conocimientos adecuados no tienen percepción del riesgo para llevar con responsabilidad una sexualidad.

En el estudio realizado por *Ramos Sánchez y col.*, ⁽⁵⁹⁾ en la hermana República de Venezuela a jóvenes de enseñanza básica sobre el tema, también se comprobó el nivel insuficiente de conocimientos sobre RPC y sexualidad responsable.

En investigaciones realizadas en Cuba se demuestran que las intervenciones educativas con la participación de adolescentes entre 12 y 16 años, elevan en más de un 50 % el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH e identifican con ello las conductas de riesgo y el uso correcto de los métodos anticonceptivos. ^(54, 64)

Actualmente en Cuba, en todas las enseñanzas, se dedican horas a instruir y educar sobre la sexualidad, pero en opinión del autor de la presente investigación, no se ha obtenido la efectividad esperada, ya que el conocimiento por sí sólo no es suficiente para poder cambiar la conducta sexual irresponsable a responsabilidad con participación inclusiva del adolescente.

Este hecho ratifica la necesidad e importancia de la información sobre temas relacionados con la sexualidad en estas edades como única arma para la prevención y protección de los intereses de los adolescentes y para lograr mayor garantía en su desarrollo armónico e integral. Aunque la escuela es sitio clave para que los adolescentes y jóvenes aprendan a conocer los riesgos para la salud, por sí sola no puede asumir esta tarea. Los jóvenes necesitan también recibir mensajes de prevención de formas y en sitios diferentes.

Tanto los resultados registrados en el presente trabajo como los que se han expuesto por investigadores nacionales y foráneos, subrayan la necesidad de aplicar y sostener en el tiempo regímenes preventivos eficaces de intervenciones educativas basadas en la mejor evidencia científica, lo cual permita instruir adecuadamente tanto en conocimiento como en el hacer del adolescente que se inicia tempranamente en la vida sexual. Estas acciones permitirán a largo plazo materializar el impacto positivo en las estadísticas materno-infantil y contribuirá, de forma considerable, a que un mayor número de adolescentes tengan una participación inclusiva en la construcción de una vida sexual libre de riesgos, en la medida de lo posible.

De acuerdo con los hallazgos, podemos aseverar que existe un desconocimiento de la importancia del uso correcto de los métodos anticonceptivos ante la práctica sexual. Por ello el autor considera pertinente incrementar este tipo de intervenciones desde etapas más temprana de la adolescencia, incluso previo a la iniciación de las prácticas sexuales y en especial en adolescentes con mayor riesgo social que son tributarias a promiscuidad, abortos, prácticas sexuales desprotegidas y antecedentes de ECNT procedentes de entornos familiares considerados de alto riesgo.

El análisis de los resultados de esta investigación mostró cuanto falta por hacer para lograr una educación sexual responsable e inclusiva libre de riesgos.

El estudio tuvo limitaciones, el más relevante relacionado con las modificaciones de la estrategia educativa debido a la situación epidemiológica que enfrentó el país durante el 2021 lo cual interfirió en poder alcanzar la modificación del nivel de conocimientos en la totalidad de las participantes.

Los resultados de esta investigación exponen la necesidad de darle continuidad al estudio en el consultorio del médico de familia en la comunidad y la sociedad ya que la misma no se pudo concretar por la situación epidemiológica por la cual cursaba el país en ese momento.

El manejo del adolescente que inicia en etapas muy tempranas del ciclo de vida las prácticas sexuales y se enfrenta a los resultados una práctica sexual sin protección, está expuesto a un riesgo mayor que el que nunca ha incursionado en esta experiencia. Al respecto la labor del médico y la enfermera, en y desde la comunidad, es un eslabón primordial entre la familia y la sociedad de manera tal que las enseñanzas que puedan brindar resulten en herramientas para andar en el largo camino de la vida con la adopción de conductas saludables y ejerzan una sexualidad responsable.

Principales resultados

- Las adolescentes del estudio se caracterizaron biológicamente por estar entre la edad de 15- 18 años existiendo una equidad entre las edades de los participantes, predominando el sexo femenino con (n=32- 58,1%), y el nivel escolar de pre-universitario (n=22- 40%).
- En el estudio pudimos contactar que solo han cambiado de parejas más de dos parejas (n=15- 27,3%).
- No utilizan ningún método anticonceptivo (n=37- 67,3%).
- Han quedado embarazadas (n=8- 14,5%).
- Refieren que el médico de la familia les oriento el método anticonceptivo (n=25- 45,5%).
- El método anticonceptivo que más utilizan el método de ritmo (n= 32- 58,2%).
- Las razones por el cual no utilizan algún método anticonceptivo de barrera es por su difícil obtención (n=35- 63%).
- Por el no uso de algunos de los métodos anticonceptivo refieren que puede haber embarazo (n= 46- 83,6%).
- Refieren que puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexual (n=43- 78,2%).

Conclusiones

El diagnóstico realizado permitió conocer que más de 2/3 de los adolescentes inician sus relaciones sexuales desprotegidas en la adolescencia temprana ya que muchos utilizan como método anticonceptivo el método de ritmo a causa del desconocimiento del uso y la importancia de los diferentes métodos anticonceptivos y por déficit de obtención de los mismos, lo cual lleva consigo adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual o queden embarazados.

Recomendaciones

- Incorporar en el plan de acción de los consultorios del médico de familia la estrategia de intervención ejecutada dirigidas a las edades previas a la enseñanza básica con la finalidad de que se reproduzca una vez al año y así lograr que los adolescentes al conocer la importancia y el uso de los métodos anticonceptivos al practicar o no las relaciones sexuales lo hagan con seguridad.
- Fomentar la implementación de nuevas investigaciones relacionadas con el tema que incluya “Maternidad y paternidad responsable” en los consultorios médicos donde tributan los adolescentes y así poder trabajar sobre los problemas detectados para lograr que no solo ganen en conocimiento y responsabilidad sino también que lo pongan en práctica para así disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos en la adolescencia.

Referencias bibliográficas

1. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [Citado 2021 Jun 19];81(3):243–253: Disponible en: <http://www.revistasochog.l/files/pdf/DR.MENDOZA10.pdf>
2. Pecero del Angel E. Factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF. 73 del IMSS Poza Rica, Ver (Tesis).-- Poza Rica de Hidalgo, Veracruz: Instituto mexicano del seguro social Unidad de Medicina Familiar Num. 73, 2016. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Efrain.pdf>
3. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Embarazo en Adolescencia. Bibliomed Suplemento [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado 27 Ene 2020]:[aprox. 10p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-suplemento-enero-2018.pdf>
4. Castañeda-Camey N., de León Siantz M. L., Brazil-Cruz L. Embarazo y maternidad: percepciones de las jóvenes en un contexto binacional México-Estados Unidos. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud (revista en internet). 2019 [citado 27 Ene 2020]; 17 (1), 327-342. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v17n1/2027-7679-rlcs-17-01-00327.pdf>
5. Hernández E. Z., Carrillo R. G., Herrera Castillo Y., de los Santos Cordova L., Mirón Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de tabasco. Rev Salud Quintana Roo (internet). 2018 Sep-Dic (Citado 05 de Abr de 2018); 11 (40): Disponible en: <http://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/1.%20FACTORES%20DE%20RIESGO%20REPRODUCTIVO%20PRECONCEPCIONAL.pdf>
6. Cuba, Ministerio de salud Pública. Anuario estadístico de salud (Monografía en internet).—La Habana (Citado 2020 Ene 28); 2019. Disponible en:

<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>

7. Ardevol Cordovez D., Lluch Bonet A., de la Paz Alemán D. M. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Abr 05] ; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300001&lng=es.
8. Rodríguez Rodríguez N., Cala Bayeux Á., Nápoles Pérez J. L., Milán Arenado Y., Aguilar Tito M. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Rev. Inf. Cient. [Internet]. 2018 Oct [citado 2019 Abr 08]; 97(5): 945-954. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000500945&lng=es.
9. Redacción MINSAP. Embarazo en la adolescencia: desafío de la salud sexual y reproductiva en Cuba. Portal Web Oficial Ministerio de Salud Pública (Internet) (Citado 2020 Ene 28): Ministerio de Salud Pública; 2019. Disponible en: <http://salud.msp.gob.cu/?p=2298>
10. Cienfuegos. Dirección Provincial de Salud. Informe Estadístico Anual de Incidencia y Prevalencia; 2018
11. Cienfuegos. Departamento Estadística Policlínico Área I . Informe Estadístico Anual; 2018.
12. Peláez Mendoza J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Ene 30] ; 42(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog161k.pdf>
13. Pitts S, Emans SJ. Contraceptive counseling: does it make a difference?. J Adolesc Health. 2014;54:367-8.

14. Rodríguez MJ. Anticoncepción. ¿Qué necesitan los adolescentes?. ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2015;3(2).
15. Gemzell-Danielsson K 1, Berger C. Emergency contraception-mechanisms of action. Contraception. 2013;87:300-8.
16. Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2014;40(2):79-86.
17. Serrano Fuster I. Anticoncepción en la adolescencia. Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Ginecología en la Infancia y Adolescencia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2013. p. 143- 51.
18. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Policy statement: contraception for adolescents. Pediatrics. 2014;134:e1244-56.
19. Friedman JO. Factors associated with contraceptive satisfaction in adolescent women using the IUD. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2015;28:38-42.
20. Potter J, Santelli JS. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. MinervaPediatr. 2015;67:33-45.
21. Lopez LM, Stockton LL, Chen M, Seiner MJ, Gallo MF. Behavioral interventions for improving dual-method contraceptive use. Cochrane Database Syst Rev. 2014;30(3):CD010915.
22. Sanabria Negrín JG, Fernández Montequín ZC. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes. Bata, Guinea Ecuatorial. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 23(1): 119-134. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3770>
23. Vázquez Sánchez V., González Soca J., Daudinot Valdés A.. Historia reproductiva de tres generaciones de mujeres residentes en el municipio Plaza de la Revolución, La Habana. Revista Novedades en Población (revista en internet). 2019 [citado 2020 Ene 30]; 15 (29): 23-29. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782019000100023&lng=es&tlng=es.

- 24.-Rodríguez Gómez G. La anticoncepción en Cuba, historia y perspectiva de los individuos. Algunos apuntes. *Revista Novedades en Población (revista en internet)*. 2017 [citado 2020 Ene 30]; 13(26): 213-218. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200017&lng=es&tlng=es.
- 25.-González Aguiar A. G., Quintana Llanio L.. La anticoncepción en adolescentes de Plaza de la Revolución: 1996-2011. *Revista Novedades en Población (revista en internet)*. 2015 (Citado 2020 Ene 30); 11 (22). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181740782015000200010&lng=es&tlng=es.
26. Gallego Londoño V., Arango Villa S., Cano Rojas D., Puerta Suárez J., Cardona Maya W. Geles con acción espermicida a base de plantas, aplicación de la medicina tradicional en la anticoncepción. *Rev Cubana Plant Med [Internet]*. 2015 Jun [citado 2020 Ene 30] ; 20(2): 212-225. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962015000200006&lng=es.
27. Sili Francisco Paula S., Peláez Mendoza J. Nivel de conocimientos sobre la anticoncepción hormonal de emergencia en estudiantes de Medicina. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2018 Jun [citado 2020 Ene 30] ; 44(2): 1-13. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200005&lng=es.
28. Gómez-Inclán S, Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex (revista en internet)*. 2017 [citado 2020 Ene 30] ;59: 236-247. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v59n3/0036-3634-spm-59-03-00236.pdf

29. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Riesgo de tromboembolismo venoso en mujeres consumidoras de anticonceptivos hormonales combinados. MEDISAN [revista en Internet]. 2016 [citado 2020 Ene 31];20(12):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1170>
30. De los Angeles Giménez M., Kawabata A., Ríos González C. M. Prácticas sexuales y anticoncepción en puérperas en un hospital de tercer nivel de atención de Paraguay, 2017. Rev. Salud pública Parag (Internet). 2019 Jul-Dic (Citado 2020 Ene 31); 9 (2). Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047056/2307-3349-rspp-9-02-35.pdf>
31. Tia M, Guy N, Brock PH, Dake Yang. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. J Ped Adolesc Gynecol. 2012;25(3):195-200.
32. Álvarez Gómez A, Cardona Maya W, Forero J, Cadavid A. Human Spermicidal Activity of Passiflora edulis Extract. Journal of Reproduction. 2010;21(2):95100.
33. Gallego G, Henao D, Ospina L, Álvarez Gómez A, Arango V, Cardona Maya W, et al. Evaluación del efecto de cinco extractos de plantas colombianas sobre espermatozoides humanos. Revista Cubana de Plantas Medicinales. 2012;17(1):84-92.
34. Puerta Suárez J, Cardona Duque D, Álvarez Gómez Á, Arango V, Cadavid Á, Cardona Maya W, et al. Efecto del extracto de Anethum graveolens, Melissa officinalis y Calendula officinalis sobre espermatozoides humanos. Revista Cubana de Plantas Medicinales. 2012;17(4):420-30.
35. Ospina L, Álvarez Gómez A, Arango V, Cadavid A, Cardona Maya W. Evaluación de la actividad espermicida y citotóxica del extracto de la planta jaboncillo (Sapindus saponaria). 2013;18(2).
36. Quintana, L. et al. (2012). La toma de decisión en torno a la reproducción en la adolescencia. Tema para el debate. Revista Sexología y Sociedad, 18(49).
37. Quintana, L. (2017). Cuba: fecundidad y toma de decisiones en torno a la reproducción. Miradas en contexto. Tesis Doctoral. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana.

38. Shen, J, Che, Y, Showell, E, Chen, K, Chen, L. Intervention for emergency contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 7, CD 001324. (2017). Doi 10.1002/ 14651858. CD 001324.pub 5.
39. Marmot M, Pellegrini-Filho A, Vega J, Solar O, Fortune K. Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica 2013;34(6):382-384.
40. Organización Panamericana de la Salud. Anticoncepción y embarazo en la adolescencia. Washington: OPS; 2012.
41. Fleites-Santana N, Álvarez-González Y, González-Duque I, Díaz-Díaz J. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2020 Ene 30]; 13(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2755>
42. Gómez Suárez R. T., Rodríguez Hernández L. M., Gómez Sarduy A., Torres Pestana E. Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Ene 30] ; 43(2): 180-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200005&lng=es
43. Almeida Gacives WJ, Borges Acosta M, Bolufé Vilaza ME. Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. Edumecentro. 2018; 8(1):174-180
44. Chialepeh W, Sathiyasusuman A. Associated risk factors of STIs and multiple sexual relationships among youths in Malawi. PLoS One. 2021, 10: e0134286. doi: 10.1371/journal.pone.0134286.
45. Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgos relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Medicina Clínica 2020;138:534-40.
46. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid: España; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019.

47. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV Education programs: their impact on sexual behaviors of Young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2019; 40:206-17.
48. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit*. 2018; 22: 511-19.
49. _Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe de la Juventud en España 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019. 399p.
50. Navarro-Pertusa E, Reig-Ferrer A, Barberá Heredia E et al. Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *Int J Clin Health Psychol*. 2018; 6: 79-96.
51. Gelfond J, Dierschke N, Lowe D et al. Preventing Pregnancy in High School Students: Observations From a 3-Year Longitudinal, Quasi-Experimental Study. *Am J Public Health*. 2018; 106: S97–S102.
52. Aliño Santiago M, López Esquirol JR, Navarro Fernández R. Adolescencia. Aspectos Generales Y atención a la Salud. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 2019, 22(1) ,12-28.
53. Domínguez-Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecología* [Internet]. 2019 Sep [Citado 2021 Jun 19];37(3):387-398. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es.
54. Hernández Machín LE, Martínez Malo Gutiérrez NH, Cruz Hernández Y, Cabrera Sánchez Y, Míreles Hernández OM. Evaluación del nivel de conocimientos de jóvenes adolescentes sobre sexualidad. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 [Citado 2021 Jun 19];18(1):33-44. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000100005&lng=es
55. Santana Pérez O, Carballo G, Verdeja Varela OL, Fleitas Ruiz R. Caracterización de la Primera relación sexual en adolescentes escolares de ciudad de la Habana. *Rev. Cubana De Salud Pública*. 2019; 32(3), 22-29.
56. Ávila Gálvez E. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Rev. Cubana Pediatr*; 2018;74(4), 41-4.

57. Della Mora M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Revista electrónica psicología.com. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/index.php>.
58. Álvarez Síntes R, Álvarez Villanueva R. Salud sexual y reproductiva. En: Álvarez Síntes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S, et al. Medicina General Integral. Volumen I Salud y Medicina. 3era .ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 181-183
59. Secura GM, Adams T, Buckel CM, Zhao Q, Peipert JF. Change in sexual behavior with provision of no-cost contraception. Obstet Gynecol. 2018 Apr; 123(4):771-6. Citado en PubMed; PMID;24785603.
60. Peláez J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica; 2018.p.453.
61. Alpízar Navarro J, Rodríguez Jiménez P, Cañete Villafranca R. Intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes de una escuela secundaria básica. Unión de Reyes, Matanzas, Cuba. RevMed Electrón. [Internet]. 2020 Oct [Citado 2021 Jun 19];36(5):572-582. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000500005&lng=es.
62. 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. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [Citado 2021 Jun 19];39(1):321-358. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n1/spu15113.pdf>
63. Pérez Viltres M, Lorente Viltres K, Herriman Olivera DL, Rodríguez Puebla E. Nivel de conocimiento de adolescentes sobre sexualidad responsable y uso del preservativo. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/text_sexualidad_en_adolescentes_tc.pdf

64. Nápoles P. Intervención de salud sobre infecciones de transmisión sexual en una institución cerrada, 2005-2006. Rev Cubana Med Gener Integ [Internet]. 2018 [Citado 2021 Jun 19];16(2):46-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000300007

Anexos

Anexo I

Aval del Director de la institución o unidad ejecutora principal.

El que suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado: “Estrategia de intervención sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del CMF11. Área 1. Cienfuegos.”

Con previa explicación de la Dra. Yailin Yuvero Monzón tutora del mismo y el Dr. José Alejandro Sánchez Fernández investigador, conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, así como al ASS del consultorio médico de familia número 11, constituyendo uno de los principales problemas de salud priorizado del mismo que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener.

Científicos: Este estudio aportará a nuestros adolescentes experiencias positivas sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos para disminuir los grupos de riesgos.

Social: Podremos identificar y caracterizar el uso de los métodos anticonceptivos por nuestros jóvenes, y disminuir la incidencia en nuestra área, de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, ni planificados.

Económico: Disminuir considerablemente por concepto de gastos, las cuestiones relacionadas con consecuencias desfavorables de la morbilidad asociada al uso incorrecto de los métodos anticonceptivos.

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a identificar, caracterizar e intervenir en el uso correcto de los métodos anticonceptivos en adolescentes del CMF 11.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la autora a los ____ días del mes de _____ del _____

Firma del Director de la Institución

Firma Jefa del Proyecto

Anexo II

Consentimiento Informado

Estimado Paciente:

Solicito de Ud. Su participación voluntaria para el estudio de mi Tesis de Grado como Especialista en Medicina General Integral, denominado “Estrategia de intervención sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del CMF11. Área 1. Cienfuegos.”

Es mi deber informarle que los datos que usted nos suministre serán estrictamente confidenciales y solos para fines de la investigación con el objetivo de disminuir cada vez más la posibilidad que nuestros adolescentes se embaracen sin desearlo, ni planificarlo o se enfermen por una enfermedad de transmisión sexual.

Que su participación en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud. Además que se pueden retirar su hijo (a) y usted en cualquier momento que lo considere necesario, del protocolo de investigación sin que tenga que explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud y de la institución escolar.

Si usted está de acuerdo en participar necesito que firme este documento como constancia de su aprobación.

Firma del paciente

Se solicita la autorización del tutor(a), ya que los pacientes son menores de edad.

Firma del Tutor (a)

Gracias

Dr. José Alejandro Sánchez Fernández

Anexo III

Encuesta

La encuesta es individual y tiene una duración de 20 minutos, es de manejo anónimo y se pide por favor respuestas con honestidad. Marca con X la respuesta que creas correcta.

1. Caracterización del perfil socio-demográficas y clínico de los adolescentes.

Edad

Sexo

Escolaridad

2. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

___ Si ___ No

Si su respuesta fue SI responda:

Edad de su primera relación sexual: _____

Usaste algún método anticonceptivo en la primera relación sexual:

Si___ No___Cuál_____

Cuántas parejas sexuales ha tenido: _____

3. ¿Conoce usted que significa métodos anticonceptivos?

___ Si ___ No ___ No Sé

4. ¿Cree usted que es beneficioso para su salud el uso de los métodos anticonceptivos?

___ Si ___ No ___ No Sé

Explique con sus palabras por qué

5. ¿Sabe usted los tipos y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos existentes?

___ Si ___ No ___ No Sé

En caso de Si diga cuales

6. ¿Conoce usted si existe condiciones o métodos para evitar embarazos?

___ Si ___ No

7. a) ¿Conoce usted si existe condiciones o métodos para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual?

___ Si ___ No

b) Haz tenido alguna sepsis vaginal en alguna ocasión (en el caso de la mujer)

___ Si ___ No

c) Haz tenido secreción uretral en alguna ocasión (en el caso del hombre)

___ Si ___ No

8. a) Haz estado embarazada alguna ocasión (en el caso de la mujer)

___ Si ___ No

b) Haz dejado embarazada en alguna ocasión a alguna mujer (en el caso del hombre)

___ Si ___ No

9. Señale con una x que métodos anticonceptivos ha utilizado.

___ Condón masculino

___ Píldoras anticonceptivas

___ Otros

___ Ninguno

10. Indique a quien recurre con mayor frecuencia por información sobre métodos anticonceptivos.

___ Padres

___ Maestros

___ Personal de salud

___ Amigos

___Nadie, puedo usar uno que leí, vi o escuché por ahí

11. ¿Qué sucede si no usas correctamente un método anticonceptivo?

___Puede haber embarazo

___Puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexual

___Disminuye su efectividad

___Todas las anteriores

12. ¿Además de protegerte de un embarazo que otro beneficio importante tienen los métodos anticonceptivos de barrera?

___Previene las infecciones de transmisión sexual

___Son permanentes

___No engordan

___Tienen larga duración

13. Un preservativo es más seguro cuando

___Nos lo ponemos una vez iniciado el acto sexual

___Nos lo ponemos antes de eyacular

___Nos lo podemos poner en cualquier momento del acto sexual

___Nos lo ponemos antes de iniciar el acto sexual

14. ¿Cuántas veces puedo usar el mismo condón?

___Dos veces, solo si se usa con la misma persona

___Máximo tres veces

___Se pueden reusar o usar en otra ocasión

___Solo una vez

15. ¿Cuándo debe empezarse a tomar las pastillas anticonceptivas para ser eficaces?

___Luego de la menstruación

___El primer día del período menstrual

- ☐ Antes de la menstruación
- ☐ El último día del período menstrual

16. ¿Cada cuánto tiempo se aplica los inyectables anticonceptivos?

- ☐ Cada mes
- ☐ Cada 2 meses
- ☐ Hay de aplicación mensual (cada mes) y trimestral (cada 3 meses) Cada 3 meses

17. ¿En qué momento se debe tomar la pastilla del día siguiente o de emergencia?

- ☐ 10 minutos antes de tener relaciones sexuales
- ☐ 1 hora antes de tener relaciones sexuales
- ☐ Al día siguiente de haber tenido relaciones sexuales
- ☐ Se debe tomar lo antes posible después del acto sexual (máximo 72 horas después)

18. ¿Recibe usted en la escuela alguna asignatura que le explique sobre los métodos anticonceptivos y de planificación familiar y su uso correcto para evitar embarazos o enfermedades transmitidas por vía sexual?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No Sé

19. Mencione 3 enfermedades de transmisión sexual de las que conozca

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) ☐ No conozco

Anexo IV

Propuesta de investigación y desarrollo sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos en los adolescentes.

Título de la estrategia: ¡Yo decido el plan de mi vida reproductiva!

Datos informativos

Institución ejecutora: Consultorio médico de Familia 11. Policlínico área 1

Institución Beneficiada: Policlínico Área 1

Provincia: Cienfuegos

Beneficiarios: Los adolescentes del Consultorio 11 Área 1

Autor: José Alejandro Sánchez Fernández

Tutor: Yailin Yuvero Monzón

Nº de participantes: 55 adolescentes de ambos sexos entre los 15- 18 años de edad

Grupos: 5 de 11 personas

Encuentros por grupos: 6 encuentros

Duración: 6 horas para cada grupo

Frecuencias: 1 hora en 6 encuentros

Frecuencia semanal

Lugar donde se desarrollará ESBU 5 de Septiembre

3. Justificación de la propuesta

En Cienfuegos, específicamente en el área 1 y en el Consultorio nro. 11 no existe información de alguna investigación y más aún de una intervención educativa dirigida a los adolescentes relacionada con el uso apropiado de los métodos anticonceptivos, para evitar embarazos no deseados y la propagación de enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes perteneciente a este consultorio médico de familia.

Mediante un estudio exploratorio empíricamente se identificó adolescentes que practican relaciones sexuales a edades tempranas, así como embarazos no deseados diagnosticados al azar mostrando desconocimiento en el manejo del uso de los métodos anticonceptivos, lo cual constituye la principal motivación para realizar el estudio.

Siendo el desconocimiento una de las causas de grandes complicaciones de salud, altamente prevenibles, modificables o evitables, es el incentivo para el autor diseñar una estrategia educativa sobre los métodos anticonceptivos dirigida a estos adolescentes, logrando así concientizar la importancia de la responsabilidad del autocuidado y aplazar para las edades óptimas fecundas el momento idóneo para la concepción con resultados exitosos de tener hijos sanos y saludables en un medio acogedor con una familia estructurada llena de principios y virtudes.

Objetivo General

Como se modifica el uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes del CMF 11 Área 1.

Objetivos Específicos:

Describir el uso de los métodos anticonceptivos de los participantes

Concientizar la magnitud del problema conocido

Facilitar información sobre la conceptualización de métodos anticonceptivos.

Describir la clasificación de los métodos anticonceptivos

Describir el uso y manejo correcto de los métodos anticonceptivos.

Explicar las situaciones que pueden ser prevenibles con el uso correcto de los métodos anticonceptivos tales como las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados

Orientar las principales medidas para la prevención y modificación de riesgo.

Proporcionar la responsabilidad individual del autocuidado

Fundamentación teórica:

El embarazo en la adolescencia supone además un impacto negativo sobre la condición educativa, económica y social de las jóvenes, quienes la mayoría de las veces se ven obligadas a abandonar sus estudios y quedar a expensas de la familia económicamente, o por el contrario deben insertarse de manera prematura en el ámbito laboral con el fin de satisfacer sus necesidades básicas, lo que limita sus oportunidades de superación y de trabajo futuras.

De igual modo, esta situación representa también un reto para las familias, dado que las madres y padres de los adolescentes tendrán que asumir otros roles para los que tal vez no estén suficientemente preparados.

El bajo nivel educacional y socioeconómico, la precocidad del inicio de la actividad sexual, la no utilización de métodos anticonceptivos, antecedentes maternos de embarazos en adolescentes y la falta de orientación sexual son algunos de los factores de riesgo para una gestación temprana.

5. Factibilidad:

Se trata de una propuesta que tiene alta posibilidad de realizarse ya que no compromete altos costos sino más bien el interés por parte del facilitador en transmitir información y de los participantes en recibirla.