

ORIGINALES

Resultados obtenidos en los grupos de aprendizaje en salud sexual y reproductiva en la consulta de ginecología infanto-juvenil

M. Lugones y H. Machado

Sección de Ginecología Infanto-Juvenil. Policlínica Docente 26 de Julio. Playa Ciudad de La Habana. Cuba.

SUMMARY

A participative study was made of 270 teenagers aged from 11 to 19 years of age who attended the Teenage Clinic in Playa Municipio from 1st January 1997 until 31st December 2001.

Their clinical history was taken, including the following data: reason for consultation, age, main learning needs, knowledge of contraceptive methods and method of preference, and length of time using contraceptives. Also, solicitude and realisation of regulation of menses, or abortion, and the repetition of these procedures, the diagnosis and the evolution of cervicovaginal processes and the family participation in these consultations.

First there was an individual interview with each patient, and then with the family, after which participation techniques were used to identify the principal problems of each patient.

In conclusion, the principal motives for consultation were: seeking contraception, leucorrhoea and cervicitis and seeking regulation of menses or abortion. The main learning needs were about contraception, menstrual regulation, abortion, and gynaecological infections. The majority of patients had used the same contraceptive method for 3-5 years and only 8% stopped.

The majority of patients with leucorrhoea and cervicitis became better, with significant differences to the number of cases diagnosed.

The patients mother was the relative who attended these clinics with most frequency.

The statistical method used was the binomial test to compare the proportions and χ^2 square.

Aceptado para su publicación el 21 de enero de 2003.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, con todas sus características, es una etapa asociada al mundo actual. Se ha señalado su reconocimiento e importancia demográfica, cultural, psicosocial y económica, así como la necesidad de dedicarle cada vez más nuestra atención^{1,2} por ser una etapa en la que se enfrentan a situaciones nuevas, capaces de afectar definitivamente a la vida del individuo, a su personalidad y a su orientación, y en la que comienza una etapa nueva de aprendizaje³. El estudio de la salud reproductiva en esta etapa resulta idóneo, debido a la complejidad y trascendencia de sus características, con el fin de poder identificar los principales factores de riesgo reproductivo y ejercer las acciones específicas en los aspectos más vulnerables de la misma.

Consideramos que la educación es una variable clave en la transformación de los fenómenos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Es un arma importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual, ya que ejerce una influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos, ayudándolos a reflexionar y a ejercer su autodeterminación^{4,5}. También debemos tener en cuenta que, al revisar la bibliografía sobre el tema, encontramos que muchas veces no se han podido lograr los objetivos propuestos para promover cambios de conducta y comportamientos según las informaciones proporcionadas relacionadas con los problemas de salud, únicamente mediante la aplicación del aspecto informativo y educativo, al no tomar en consideración las necesidades reales y sentidas de los adolescentes, entre otros aspectos⁵. Por todos estos motivos decidimos aplicar en nuestras consultas la estrategia del Modelo de Comunicación Participativa, ya que se creaban las condiciones para ello: a) teníamos un segmento de la población (audiencia) al que se le daba prioridad en este caso, las adolescentes fundamental-

mente, y para lo cual considerábamos el concepto del enfoque de riesgo; *b*) podíamos evaluar el trabajo de comunicación que realizáramos al inicio (diagnóstico de las necesidades) y, sobre todo, los resultados obtenidos directamente de nuestro trabajo, y *c*) lográbamos también la comunicación cara a cara, así como la elaboración de mensajes claros y sencillos mediante folletos y otros instrumentos que preparamos en nuestra consulta.

Por todo lo señalado anteriormente, decidimos realizar este trabajo en nuestra consulta, cuyos resultados exponemos a continuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación participativa y de intervención con 270 adolescentes de 11 a 19 años, que fueron atendidas en la consulta de ginecología infanto-juvenil que se realiza en el Municipio Playa, desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2001.

El objeto de estudio fueron estas adolescentes, a las que se elaboró la historia clínica individual según el modelo establecido y donde se recogen los siguientes datos: motivo de consulta, edad, principales necesidades, reales y sentidas, conocimientos de las pacientes de acuerdo con los problemas expresados en el motivo de consulta y relacionado con la salud reproductiva; conocimientos de los métodos anticonceptivos, método anticonceptivo preferido, utilización, tiempo de empleo y abandono del mismo. Asimismo, se hizo constar los casos que consultaron por cuestiones relacionadas con la regulación menstrual o un aborto, así como la repetición de este proceso. También se reflejó en la historia clínica el diagnóstico y la evolución de los procesos e infecciones cervicovaginales, así como la participación de los padres u otros familiares en la consulta.

La metodología de la consulta se estableció siempre de la siguiente forma: se entrevistó inicialmente a cada adolescente de manera individual, sin la participación del familiar en caso de que fueran acompañadas. Tras elaborar la historia clínica y escuchar todas las dudas, planteamientos y preocupaciones de las pacientes, precisamos sus expectativas y el nivel de información sobre los diferentes aspectos propuestos en nuestros objetivos, así como sus necesidades reales y sentidas de aprendizaje en relación con el motivo de consulta. Todo ello fue, asimismo, reflejado en la historia clínica de la paciente. A continuación se entrevistó al familiar, teniendo en cuenta también todos sus planteamientos, criterios y preocupaciones en relación con el motivo de consulta de la adolescente.

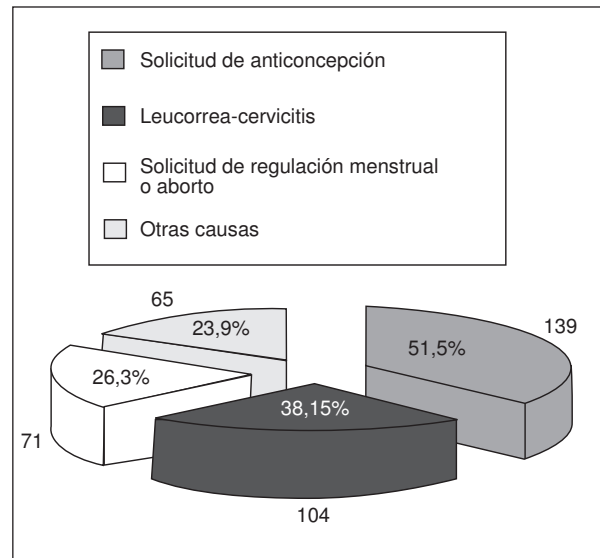


Fig. 1. Principales motivos de consulta.

Finalmente, agrupamos en una reunión a las adolescentes y a sus familiares utilizando la metodología de la comunicación participativa, con el conocimiento previo de sus necesidades de aprendizaje y con el objetivo de lograr una adecuada orientación y tratamiento según el motivo de consulta. Este aspecto fue evaluado en las consultas subsiguientes, según el progreso y la efectividad: permanencia en las consultas siempre que fuera necesario y seguimiento adecuado de los procesos infecciosos y su evolución; además, se tuvo en cuenta que las participantes no abandonaran el método anticonceptivo seleccionado y no repitieran la regulación menstrual o el legrado en los casos en que se lo hubieran realizado.

Como método estadístico se empleó la prueba binomial para la comparación de proporciones en la evaluación de los casos con leucorreas y cervicitis, mediante la cual se determina si la proporción de pacientes curados es significativamente diferente de la proporción de los no curados, teniendo en cuenta el total. También se utilizó el test de la χ^2 para valorar las diferencias en las necesidades de aprendizaje.

Los datos fueron recogidos de las historias clínicas y se exponen en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Como se observa en la figura 1, los principales motivos de consulta fueron: solicitud de anticoncepción (51,5%), leucorrea y cervicitis (38,5%) y solicitud de

TABLA I. Necesidades de aprendizaje encontradas

ANTICONCEPCIÓN	PRECISAN N (%)	NO PRECISAN N (%)
Método a utilizar	19 (13,6)	120 (86,3)
Tiempo a usar anticonceptivos	30 (21,6)	109 (78,4)
Sobre regulación menstrual y aborto	Sí	No
La regulación tiene complicaciones	20 (28,2)	51 (71,8)*
La interrupción tiene complicaciones	65 (91,5)	6 (8,5)
Sobre infecciones ginecológicas	Sí	No
Complicaciones de las leucorreas	24 (23,1)	80 (76,9)*
Las consideran como infección de transmisión sexual	13 (12,5)	91 (87,5)*
Saben qué es la cervicitis	9 (8,7)	95 (91,3)*
Complicaciones de las cervicitis	4 (3,8)	100 (96,2)*

*p < 0,05: significación estadística.

regulación menstrual o de interrupción de embarazo (26,3%). Queremos resaltar que, en muchos casos, hubo más de un motivo de consulta, lo que se aprecia al considerar la suma total de los casos visitados.

En la tabla I señalamos las principales necesidades de aprendizaje que se corresponden con los principales motivos de consulta: anticoncepción, regulación menstrual o aborto y procesos infecciosos cervicovaginales. Se aprecia en esta tabla que la mayoría de las adolescentes no sabían qué método anticonceptivo iban a utilizar (86,3%), con diferencias significativas respecto a las que lo sabían, ni el tiempo durante el cual debían utilizarlos (78,4%), también con diferencias significativas con las que conocían este aspecto. En relación con la regulación menstrual, en la tabla I se observa que la mayoría consideraba que no presenta complicaciones (71,8%), a diferencia de la interrupción de embarazo, donde la mayoría consideraba que sí las presenta (91,5%). En relación con los procesos infecciosos cervicovaginales, se aprecia que la mayor parte de las adolescentes consideraba que las leucorreas no tienen complicaciones (76,9%), con diferencias significativas con las que consideraban que sí las tienen (23,1%). La mayoría de las pacientes no incluían a esta entidad entre las infecciones de transmisión sexual (87,5%), con diferencias significativas con las que sí la incluían (12,5%). Asimismo, los conocimientos sobre la cervicitis eran muy escasos: el 91,3% no sabía qué era y el 96,2% no conocía sus complicaciones, también con diferencias significativas con las que tenían alguna información sobre esta afección. Como se observa en la tabla II, los comprimidos anticonceptivos fueron los utilizados con mayor frecuencia por estas pacientes (42,3%), seguidos del método inyectable con Noristerac (30,9%); por tanto, ambos métodos son los utilizados por la mayo-

TABLA II. Algunos aspectos sobre anticoncepción

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO (N = 175)	N (%)
Dispositivos intrauterinos	37 (21,1)
Comprimidos anticonceptivos	74 (42,3)
Inyectables	54 (30,9)
Condón	10 (5,7)
Total	175 (100,0)
Tiempo de utilización de los diferentes métodos (años)	
1	24 (14,6)
1 a 2	26 (14,8)
2 a 3	29 (6,5)
3 a 4	36 (20,5)
4 a 5	40 (22,8)
Abandono del método	14 (8,0)
No se precisa	6 (3,4)

ría de los casos (73,2%). Como se puede observar, como resultado del trabajo realizado con las pacientes en nuestra consulta se produjo un incremento de 139 a 175 pacientes que utilizaron métodos anticonceptivos. El tiempo de utilización de los diferentes métodos se expone también en la misma tabla, donde se aprecia que el 43,3% los utilizó entre 3 y 5 años, el 8% abandonó la anticoncepción en algún momento y en el 3,4% se pudo precisar la duración.

En la figura 2 se observan los casos con leucorreas y cervicitis. Según se aprecia, el 81,7% presentó leucorrea y el 18,3%, cervicitis. Entre las pacientes con leucorrea predominó la vaginosis bacteriana, con 20 casos para una población total del 23,5%. En 15 pacientes se detectó una condilomatosis genital, y una paciente presentó sífilis secundaria. Todas las pacientes fueron tratadas y curadas. Del total de las pacientes con leucorrea, se produjo la curación del proceso en el 90,6%, con diferencias significativas entre los casos diagnosticados y los curados (p < 0,05). De las pacientes con cervicitis, curó el 68,4%, también con diferencias significativas entre las diagnosticadas y las curadas (p < 0,05). Ambos grupos recibieron tratamiento convencional, de acuerdo con el diagnóstico clínico y de laboratorio.

La participación de la familia en las consultas se expone en la tabla III, donde se aprecia que la mayoría de las pacientes acudieron a la consulta acompañadas por su madre (66,6%), con una escasa participación del padre (1,1%) o de la pareja (1,8%).

DISCUSIÓN

Como hemos mencionado con anterioridad respecto a los motivos de consulta, los principales fueron la solicitud de anticoncepción (51,5%), las leucorreas y

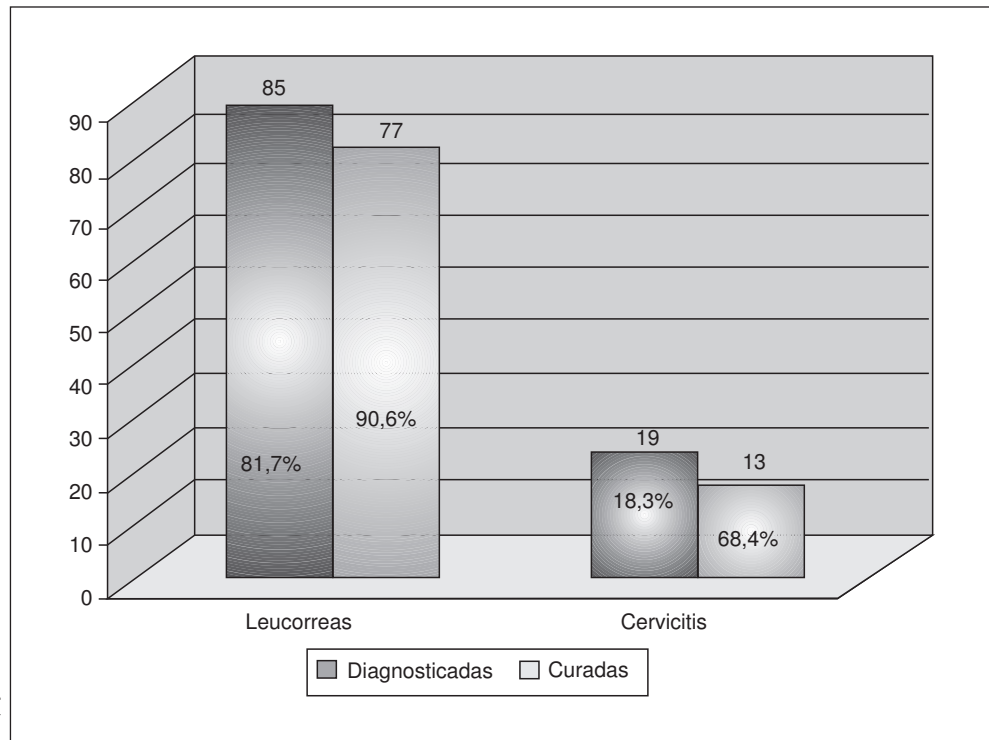


Fig. 2. Diagnóstico y evolución de las leucorreas y cervicitis.

cervicitis (38,5%), y la solicitud de regulación menstrual o de interrupción de embarazo (26,3%). Estos tres aspectos tienen una relación muy estrecha con la sexualidad, en este caso con la sexualidad precoz y sus consecuencias: embarazo, aborto, anticoncepción y procesos infecciosos ginecológicos, entre otros. Para algunos autores, como Scavone⁶, la salud reproductiva está articulada fundamentalmente alrededor de la anticoncepción y el aborto y, según se ha señalado, las mujeres que se someten a la práctica del aborto atentan directamente contra su propia salud reproductiva⁷, por lo que se comprende la gran importancia que tienen estas consultas, especializadas y diferenciadas en este contexto, ya que permiten brindar una educación sexual dirigida cada vez que las pacientes acuden a la misma. Peláez ha señalado con gran acierto que el trabajo que se realiza en estas consultas

está relacionado prácticamente con la totalidad de los principales componentes de la salud reproductiva⁸, proporcionando así una cobertura mayor a este concepto. Por tanto, una de las primeras conclusiones a las que llegamos en el análisis de los resultados obtenidos es que estas pacientes constituyen un grupo muy vulnerable de riesgo en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

Al tener que acudir a estas consultas, el trabajo que puede realizarse con estas pacientes es muy importante ya que, como hemos señalado, solamente la accesibilidad a los servicios de salud puede influir de manera significativa sobre la salud sexual y reproductiva de sus usuarios⁹. Por tanto, si realizamos una labor educativa y de participación en este contexto, donde sea posible identificar las necesidades de las pacientes, los logros serán aún mayores desde el punto de vista preventivo.

Creemos que, entre los aspectos positivos logrados en nuestra consulta –además de los educativos, formativos, informativos y de participación, de relevante importancia en la salud sexual y reproductiva, y que permiten efectuar una valoración evolutiva a lo largo del trabajo realizado en las mismas–, se encuentran los resultados obtenidos en los grupos relacionados

TABLA III. Participación de la familia en la consulta

	N	%
Madre	180	66,6
Padre	3	1,1
Ambos	2	0,7
Pareja	5	1,8
Otros	19	7,1

con la anticoncepción, los procesos infecciones cervicovaginales, y la regulación menstrual y el aborto, que fueron, como hemos señalado, los principales motivos de consulta y de aprendizaje en este grupo.

En la metodología de nuestro trabajo en las consultas, siempre se entrevistó inicialmente a la paciente pues, como hemos mencionado, para promover cambios de comportamiento en relación con determinados problemas, en este caso problemas de salud, es necesario tomar en consideración las necesidades reales y sentidas, y no sólo mantener la actitud tradicional de indicar «qué debe o no hacerse»⁵. Conociendo las preocupaciones planteadas por la paciente e identificando sus problemas, preocupaciones y su autoestima, se incluyó a la madre en la consulta, quien siempre tuvo una participación activa en la misma. Al finalizar, nuestro trabajo concluyó mediante técnicas participativas, con las que se logró la intervención tanto de las pacientes como de sus familiares. Para ello se utilizaron técnicas vivenciales entre los actores principales de la actividad, es decir, la paciente y los familiares, hallando en numerosas ocasiones contradicciones entre la madre y la adolescente. Sin embargo, siempre perseguimos un objetivo: lograr la comunicación como un elemento fundamental de interacción social^{5,10,11}, teniendo en cuenta que la comunicación y la educación en salud sexual y reproductiva deben transmitir mensajes claros y precisos⁵. Esto permitió esclarecer en los participantes muchos aspectos sobre la sexualidad, la anticoncepción, las infecciones ginecológicas y de transmisión sexual, el aborto, etc., que fueron los factores de riesgo reproductivo identificados en nuestras pacientes como los de mayor importancia, así como sobre las actitudes, las creencias y la percepción del riesgo –ausente en la mayoría de las pacientes–, lo que nos permitió orientar cada caso de manera adecuada. Creemos que la interacción lograda durante la realización de estas técnicas participativas fue fundamental pues, además de facilitar el diálogo entre las pacientes y sus familiares, permitió esclarecer muchos aspectos desconocidos para las mismas. Como han señalado otros autores¹²⁻¹⁶, la interacción resulta muy importante en la realización de estas técnicas.

Por último, queremos señalar que la mayoría de nuestras pacientes acudieron a nuestras consultas remitidas por su médico de familia que, como ya hemos mencionado, es el principal agente de cambio en la comunidad^{17,18} y quien también puede llevar a cabo un trabajo sistemático y tenaz para apoyar el trabajo que realizamos con los adolescentes en nuestras consultas.

RESUMEN

Se realizó un estudio de investigación participativa y de intervención con 270 adolescentes de 11 a 19 años atendidas en la Consulta de Ginecología Infanto-Juvenil del Municipio Playa, desde el 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 2001.

Se realizó la historia clínica de todas las pacientes según el modelo oficial establecido, y en ella se recogieron los siguientes datos: motivo de consulta, edad, principales necesidades de aprendizaje, conocimiento de los métodos anticonceptivos, método preferido y tiempo de utilización del mismo desde que se inició la consulta. Asimismo, se hizo constar la solicitud y realización de regulación menstrual o aborto y la repetición o no de estos procedimientos. También se incluyeron el diagnóstico y la evolución de los procesos infecciosos cervicovaginales, así como participación de familiares en estas consultas.

Se realizó siempre una entrevista individual con cada paciente y, posteriormente, se entrevistó al familiar, realizándose técnicas de participación tras identificar los principales problemas de cada paciente.

Se concluye que los principales motivos de consulta fueron: solicitud de anticoncepción, leucorrea y cervicitis y solicitud de regulación menstrual o de aborto. Las principales necesidades de aprendizaje fueron sobre anticoncepción, regulación menstrual y aborto y procesos infecciosos ginecológicos. La mayoría de las pacientes ha utilizado un método anticonceptivo entre 3 y 5 años y solamente el 8% lo abandonó.

La mayoría de las pacientes con leucorrea y cervicitis se curó, con diferencias significativas con los casos diagnosticados.

Las madres de las pacientes fueron las que asistieron con mayor frecuencia a estas consultas.

Como método estadístico se utilizó la prueba binomial para comparación de proporciones y el test de la χ^2 .

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Fraga JC. Reproducción en la adolescencia: una caracterización sociodemográfica. Primera parte. Rev Sexol Sociedad 1995;1:2-5.
2. Peláez MJ. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23:13-7.
3. Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Rev Sexol Sociedad 1996;2:2.
4. Ministerio de Salud Pública. Manual de Educación para la Salud. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1994; p. 2-9.
5. Calero JL. Los adolescentes y la salud reproductiva. Rev Sexol Sociedad 1997;2:6.

6. Scavone L. Introducción. En: Scavone L, editor. Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Consejo Editorial LUR, 1999; p. 9.
7. Aguila Acebal CL, Neyra RA. El aborto en Cuba. Un reto para los educadores. En: Scavone L, editor. Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional (LUR), 1999; p. 210.
8. Peláez Mendoza J, Salomón Avich N. Salud reproductiva del adolescente. En: Peláez Mendoza J, Salomón Avich N, editores. Ginecología infanto-juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1998; p. 167-8.
9. Chelala CA. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. En: Chelala CA, editor. Salud sexual y reproductiva. Washington DC: OPS/OMS, 1995; p. 21-5.
10. Guibert RW, Grau AJ, Prendes LM. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15:176-83.
11. Fernández Pacheco R. Comunicación en salud reproductiva. Rev Sexol Sociedad 1995;1:28-9.
12. Prieto CD. Diagnóstico de comunicación. Quito: Manuales CIESPAL, 1999; p. 20-31.
13. Manual de comunicación social para programas de salud [editorial]. Washington DC: OPS/OMS 1992; p. 13.
14. Salleras San Martín L. Educación sanitaria. Métodos y principios. Barcelona: 1995; p. 33-5.
15. Aguila Acebal CL. La comunicación participativa. Una opción en la educación para la sexualidad entre adolescentes. Rev Sexol Sociedad 1995;1:24-6.
16. Fernández R. Diseño de una estrategia de comunicación para propiciar la sexualidad responsable en los adolescentes de un centro escolar de la ciudad de La Habana. La Habana: Centro Nacional de Educación para la Salud, 1996.
17. Cano LAM. El médico de la familia. Principal agente de cambio en la comunidad. Rev Sexol Sociedad 1994;1:29.
18. Cano LAM. «¿Qué y cómo hacer educación sexual en los círculos de adolescentes?». Material metodológico para médicos de la familia. Ciudad de La Habana: CENESEX, 1992; 31.