# EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA

**2016**

*Tesis en opción al título de*
*pecialista 1er Grado en Medicina*
*General Integral.*

## *Intervención comunitaria sobre Embarazo en la Adolescencia en olescentes del CMF #11, Área de Baraguá, Municipio Baraguá.*

*r:Dra. Maimouna Diangou Sissoko*
*rante a especialista en MGI.*

***Facultad de Ciencias Médicas "José Aseff Yara".***
***Ciego de Ávila***

# *Intervención comunitaria sobre Embarazo en la Adolescencia en adolescentes del CMF#11, Área de Baraguá, Municipio Baraguá.*

*Tesis en opción al título de Especialista 1er Grado en Medicina General Integral.*

***Autor:*** *Dra. Maimouna Diangou Sissoko*
*Aspirante a especialista en MGI.*

***Tutor:*** *Dra. Dr. Ernesto Salvador Valero Padín*
*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral*
*Profesor asistente*

***Asesores:***
*Dra. Omarys Loyola Cabrera*
*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Especialista en Primer Grado en higiene y Epidemiología*
*Profesor Instructor.*
*Dra. Mayte Padrón Castillo*
*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral*
*Profesor Instructor.*

Ciego de Ávila.
2016

# RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) de intervención comunitaria con el objetivo de evaluar un programa de intervención educativa, en el período correspondiente desde el mayo 2015 hasta mayo 2016en el Consultorio Médico de la Familia (CMF# 11) Área de Salud de Baraguá del Municipio Baraguá, Provincia Ciego de Ávila. La muestra fue no probabilística e intencional y estuvo constituida por toda la población adolescente que cumplían con los criterios de inclusión y que resultaron 50.Los principales resultados se relacionan con la elevación del nivel de conocimientos después de aplicado el programa de intervención educativa por lo que concluimos que la misma fue efectiva.

Palabras Clave: Embarazo en la Adolescencia, nivel de conocimientos, intervención educativa.

# INDICE

**Pág.**

**Introducción**..... 1
**Objetivos**..... 8
**Marco Teórico**..... 9
**Material y Método**..... 28
**Análisis y Discusión de los Resultados**..... 35
**Conclusiones**..... 43
**Recomendaciones**..... 44
**Referencias Bibliográficas**..... 45
**Anexos**

# INTRODUCCIÓN

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos, pues comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambio. La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprensiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación de los horizontes individuales.

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad excesiva. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.(1)

La adolescencia se consideró por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que cada vez sea más necesario dedicarles una mayor atención, pues durante ésta se producen importantes transformaciones de diversa índole que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores psicológicos, sociales y culturales. El concepto de adolescencia se establece a partir de una construcción social, por lo tanto, varía en el tiempo y en el espacio, y posee un componente fundamental de carácter histórico. Esto significa que existen diversos significantes y significados (sociales y lingüísticos) que encierran en sí mismos un conjunto de prácticas sociales particulares, las cuales se entienden a partir de sus especialidades y en el marco de un determinado contexto social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio- económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Se considera como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. (2)

Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública: ***el embarazo***.Las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en período de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez.El conocimiento sobre la sexualidad en la adolescencia es muy importante para los jóvenes ya que pueden evitar un embarazo no deseado y enfermedades de transmisiones sexuales.(1)

La madre adolescente enfrenta una diversidad de crisis situacionales producto del embarazo, la maternidad y la relación de pareja que se superpone a su crisis de maduración. Es importante la aparición y desarrollo de los caracteres sociales secundarios: El bello pubiano, las mamas en la mujer y los genitales en ambos. Entre lo más significativo de esa transformación está la aparición de la primera menstruación en la niña.

A la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten en su vida, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional el momento de la gestación en que se realiza la captación. (1-2)

La adolescencia es una etapa muy dura por la cual todos los seres humanos tenemos que pasar, una etapa difícil, contradictoria y donde los valores, aptitudes y preferencias varían con mucha frecuencia.

Este trabajo se centra en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza de contribuir a una más sólida orientación educativa en los hogares y en las escuelas ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva. (1-3)

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo deseado o no, lo cual acarrea una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre15 y 19 años tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un

incremento de un 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años. Por otro lado el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60 % de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además debemos añadir que alrededor del 35% de las madres adolescentes son solteras y que el 50% de las madres solteras son adolescentes; si añadimos que entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno.(2-3)

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes; cada día 41 095; cada hora 1 712. En América Latina los países con mayor taza de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela representando entre un 15-25% de los adolescentes. Datos oficiales de las Naciones Unidas informaron que en Venezuela existen 98 nacimientos por cada mil muchachas entre 15 y 19 años. Estas cifras colocan al país en primer lugar en volúmenes de embarazos no deseados, en América latina. (3-5)

.Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazo en adolescentes, con una tasa estable de 11,1% En los Estados Unidos más de la mitad del total de los abortos legales tienen lugar en mujeres sin hijos, la cuarta parte son adolescentes y 8 de cada 10 son solteras. Se acepta que aproximadamente 1000 000 de muchachas entre 15 y 19 años se embarazan anualmente y que alrededor de 40% de éstas interrumpen la gestación por medio de un aborto legal. (4)

En Chile nacen cada año alrededor de 403 355 niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años, a esta cifra se agrega otros 1175 nacimientos en menores de 15 años, por tanto la incidencia es de alrededor de 16.16%.En Bolivia el 21% de las adolescentes entre 15 y 19 años son sexualmente activas y solo el 1,6% usan un método anticonceptivo moderno, 5% métodos tradicionales, 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas de su primer hijo, el 40% de las madres menores de 20 años no tenían intención de tener hijo. La tasa de Maternidad entre las mujeres menores de 20 años varía

del 1% en Japón al 53% en Nigeria, entre el 25 y el 50 % de los embarazos de las madres adolescentes corresponden América Latina, del 10 al 30% a África del Norte y al Medio Oriente, y del 40 al 60 % a los países de África subsahariana y Asia. (4-6)

Cuba se encuentra entre las naciones con una baja tasa de fecundidad. Sin embargo, nos hallamos entre las naciones con elevada tasa de natalidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes, con cifras de 16%. Las complicaciones y la morbilidad y mortalidad perinatales de estas gestantes se verán incrementadas en cualquier estadística consultada.(5-6)

En Cuba 1 de cada 4 abortos ocurre en mujeres menores de 18 años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que tienen lugar en las adolescentes.(4)

En la provincia de Ciego de Ávila en estudios anteriores se demostró que el embarazo en la adolescencia constituía un serio problema para la sociedad por lo que se han tomado medidas para su prevención en los diferentes Consultorios Médicos de Familia.

Durante estudios realizados sobre la temática en nuestro municipio, a partir de los riesgos que implica esta situación social, se pudo apreciar en el cotejo de los resultados que no se está exento de este fenómeno, evaluándose que en el año 2007 de un total de 311 embarazos, se confirmaron 79 en las menores de 19 años, representando un 25%; en el año 2008 se captaron un total de 411 embarazos, verificándose 126 en menores de 20 años, representando un 31%. En el 2009 con 389 y 87 fueron en adolescentes para un 22.5%.(6-11)

En el municipio de Baraguá entre el año 2015 y lo que va de año ha existido un total de 448 embarazos de ellos 96 fueron en menores de 19 años representando un 41% observando que, en la medida en la que disminuye la capacidad intelectual y el desarrollo tecnológico, se incrementa el riesgo de gestación en edades que no suelen ser ideales para la reproducción.(6-11)

En la adolescencia hay un elemento que incrementa las posibilidades de complicaciones relacionadas con el aborto, y está dado por la mayor frecuencia de solicitud en un período más avanzado del embarazo. Esto pudiera deberse a que las adolescentes por su corta edad poseen poca experiencia para reconocer los síntomas del embarazo, a la renuencia de aceptar la realidad de su situación, a la ambivalencia respecto al embarazo, a la falta de

orientación respecto a dónde acudir para obtener orientación y ayuda y a la vacilación en confiar en los adultos. [1-4]

Este tema tiene gran importancia por su impacto en las nuevas generaciones ya que, como tendencia mundial el inicio de las relaciones sexuales ocurre cada vez a edades más tempranas, y nuestro país no escapa a esta situación, de ahí la importancia de que los adolescentes, tanto hembras como varones estén bien informados sobre el tema, y educarlos en valores que refuercen el amor y el respeto en las relaciones de pareja, y que la decisión de comenzar su vida sexual sea siempre sobre esa base, para que no ocurra un embarazo no deseado.

Actualmente el embarazo en la adolescencia continua siendo un obstáculo en el buen desenvolvimiento de nuestra sociedad por tanto buscar soluciones a este problema nos garantizaría una mejor calidad de vida

Por lo anterior expuesto se motivó a la realización de este trabajo con el objetivo fundamental de elevar el nivel de conocimiento sobre los daños y perjuicios de un embarazo a edades tempranas, tanto en lo biológico como en lo social y en su proyecto de vida de futura, que quedaría truncado, así como una disminución en su calidad de vida. [2-6]

El propósito de este proyecto es aplicar una estrategia de intervención educativa a pacientes Adolescentes vulnerable de concebir un embarazo en esta edad de la población del Consultorio Médico de Familia # 11 del Área de Salud de Baraguá, municipio de Baraguá, para elevar el nivel de información sobre la misma y tratar de que la población modifique estilos para reducir el embarazo en la adolescencia a largo plazo a niveles progresivamente menores en los próximos años, a través de un intervención comunitaria con la utilización de un programa educativo para fortalecer los conocimientos y las actitudes ante un embarazo en edad temprana.

**Problema Científico:**

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia y sus complicaciones en las adolescentes del CMF 11 del Policlínico Baraguá?

**Hipótesis:** Aplicando un programa de intervención comunitaria se pudiera elevar el nivel de

conocimientos sobre cómo prevenir el embarazo en la adolescencia y sus complicaciones.

# OBJETIVOS

**Objetivo General**

Implementar una intervención comunitaria para elevar el nivel de conocimiento para la prevención del embarazo en los adolescentes del CMF11, Área de Baraguá, Municipio Baraguá.

**Objetivos Específicos**

1- Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.

2-Determinar el nivel de conocimiento sobre riesgo del embarazo.

3- Validar y aplicar el programa de intervención comunitaria.

4- Elevar el nivel de conocimientos después de la intervención comunitaria.

# MARCO TEÓRICO

**ANTECEDENTES HISTÓRICOS.**

Uno de los tantos cambios que se producen en la adolescencia y el que se requiere de mayor atención es el deseo sexual y las sensaciones especiales que lo acompañan. Las relaciones sexuales a temprana edad y el comportamiento riesgos de los y las /os adolescentes, han conducido a un aumento de las embarazadas entre ellos. Las adolescentes que se embarazan precozmente presentan una serie de consecuencias negativas que puedan ser educacionales, económicos, familiares, sociales y psicológicos.(7-8)

Abordar las implicaciones del embarazo en la adolescencia conlleva la necesidad de ubicar el tema en el contexto de una sociedad que enfrenta por un lado, la falta de espacios educativos, culturales recreativos, laborales y de servicio de salud y por otro la vertiginosa evolución psicosomática del adolescente, lo cual obliga a adoptar un enfoque multifacético difícil de lograr, con las orientaciones tradicionales de la atención médica y salud pública la magnitud del embarazo en las adolescentes hace darle mucha importancia a estos problemas.(9-11)

El embarazo precoz por lo general no es planeado este problema genera en las adolescentes considerable angustia, sentimientos de ambivalencia respecto a su embarazo y perdida de la autoestima, producto de los valores establecidos en una sociedad que asigna al matrimonio como el único medio legal y moral para la magnitud del embarazo en las adolescentes hace necesario darle mucha importancia a este problema, dado a las consecuencias que este conlleva.

**ANTECEDENTES DE LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia constituye una etapa biopsicosexual en el desarrollo humano.

-Desde el punto de vista biológico, el comienzo de la pubertad es más temprano ahora que hace 100 años, como lo evidencia la aparición cada vez más precoz de la menarquía. Hoy las adolescentes alcanzan su etapa de desarrollo sexual, ovulación y capacidad de reproducción mucho antes que en los años anteriores.(10-12-22)

Los embarazos en la adolescencia, no es un fenómeno nuevo en la historia del mundo. Casi en todas las épocas el matrimonio se ha realizado a edades muy tempranas en la mayoría de los países, y nuestro país no es la excepción y la expectativa que después de casadas vengan los hijos de inmediato este ocurre en países subdesarrollados, en los países desarrollados las tasas de embarazos en adolescentes son mucho más bajas y tienden a disminuir al igual que las mujeres mayores.(13)

El inicio precoz de la maternidad casi es una educación truncada, menor ingreso familiar en el futuro, familiar más numerosos lo que constituye un crecimiento poblacional.

**ELEMENTOS TEÓRICOS.**

La adolescencia tiene muchas definiciones entre ellas: Se define como el período de la vida que comienza cuando hacen su aparición las características sexuales secundarias y termina cuando cesa el crecimiento y aparece la madurez emocional. La adolescencia es esencialmente el proceso de desarrollo que muchos autores identifican en base a la ascendencia de la palabra latina (adoleceré: desarrollo) y el significado de la misma. En el adolescente este desarrollo viene de la niñez y prosigue hasta la edad adulta. Puede definirse por los límites de edad, por los cambios físicos anatómicos por los cambios en la conducta social y por cambio en el "yo".(14-19)

El término adolescencia, que proviene del vocablo latino (adolecer), significa padecer; durante mucho tiempo la adolescencia se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez, pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano, y exclusivo de nuestra especie, se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.(14-2-6)

Se define como embarazo en la adolescencia aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de adolescencia, o lo que es igual aquella que ocurre en mujeres desde los 10 hasta los 19 años, con independencia de la edad ginecológica, otros autores, como Tomas Silber, consideran que es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total.(14-22)

En lo que sí coinciden todos los autores es en que existe una diferencia marcada en el comportamiento de la enfermedad obstétrica de las adolescentes, lo cual va a estar en dependencia tanto de su desarrollo psicosocial y su medio familiar, como del desarrollo orgánico y funcional de la mujer menor de 20 años.

También hay consenso en que existe un incremento de la morbilidad del embarazo en las adolescentes, con 15 años de edad o menos y con edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente con los factores psicosociales, ambientales y familiares.

La adolescencia además de ser un período de adaptación a los cambios corporales, es una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica.[15-26]

Se define múltiples categorías en los distintos países.

- Adolescencia temprana: comprende de 10 a 14 años
- Adolescencia media: de 15 a 17 años
- Adolescencia tardía: de 18 a 20 años.

*Adolescencia precoz (10 a 14 años)* que se caracteriza por ser un periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

*Adolescencia media (15 a 17 años)* es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

*Adolescencia tardía (18 a 19 años)* casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.[16-32-33]

**CARACTERÍSTICAS DEL ADOLESCENTE.**

Los adolescentes tienen características propias que diferencian a los niños de los adultos, por lo tanto una atención especial. El adolescente sufre cambio psicológico, biológico, social, sexual y sociocultural, los cuales se mencionan a continuación.

**A- Desarrollo Biológicos.**

Desde el punto de vista biológico la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambio en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorios y circulatorios el desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios por lo que hay una plena madurez física. El joven abandona el ritmo cambiante de su crecimiento infantil y se lanza a la carrera de alcanzar la adultez. Es necesario establecer la diferencia que existe entre los conceptos de crecimiento y maduración por lo que, el crecimiento implica la creación de tejidos nuevos. Desde el nacimiento del ser humano presenta claramente definidos sus órganos sexuales.[17-34]

Al llegar a la pubertad, el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar a que las hormonas actúan sobre los testículos y los ovarios, llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el varón y óvulos y hormonas femeninas en la mujer.

Estas hormonas dan lugar a los caracteres secundarios (los primarios son los órganos genitales con los que nacen)

Cambios secundarios en el hombre.

- Crecimiento óseo
- Desarrollo muscular

- Aumento del metabolismo basal
- Aumento de la espora en la piel
- Aumento de la secreción de las glándulas sebáceas.
- Voz grave
- Crecimiento del vello en barba, bigote, tórax, axilas, brazos, pubis, piernas.

Cambios secundarios en la mujer.

- Aumento de tamaño en los pechos
- Ensanchamiento de la pelvis
- Crecimiento de vello púbico.

Como cambios importantes se presentan en el hombre, la eyaculación y en la mujer la 1ª menstruación, (menarquía) este cambio nos puede presentar entre los 9 y los 14 años. Esto depende de factores tales como la alimentación, la herencia, la influencia endocrina, el clima y la situación geográfica.[18-22]

**B) Desarrollo Psicológico**

La adolescencia es un proceso de cambios rápidos y notables entre los que figuran los siguientes.

*La maduración física:* el crecimiento corporal general que influyen la capacidad de reproducción.

*La maduración cognoscitiva:* una nueva capacidad de manera lógica conceptual y futurística.[19-23-30]

*El desarrollo psicosocial*

Una comprensión mejor de uno mismo en relación a otros deben tener lugar dentro de un contexto social. En el proceso de aprendizaje acerca de si mismo en relación con las compañías o los adultos que desarrollan:

 *La identidad:* un resultado coherente “quien soy” que no cambia de forma significativa de un contexto al otro la búsqueda de identidad y la curiosidad sexual significa para ellos descubrir el vivir de manera diferente su sexualidad. Por lo que a veces actúan de manera irresponsable sin analizar las consecuencias de sus acciones, debido generalmente a una falta de información y apoyo por parte de los adultos.

 *La intimidad:* una capacidad para las relaciones maduras tanto sexuales como emocionales.

*La integridad:* un resultado claro de lo que está bien y lo que está mal, incluyendo actitudes y comportamientos socialmente responsables.

*La independencia psicológica* en un sentido suficientemente fuerte de sí mismo que permite a uno tomar decisiones adecuadas y planear su futuro, para eso necesita desarrollar confianza en sí mismo y convencerse que sea capaz de lograr sus metas.

*La independencia física:* una capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio resultado, lograr su independencia en el hogar.[20]

En la adolescencia hay una habilidad de conceptualización abstracto tiene capacidades para el pensamiento abstracto, explicar su preocupación por los valores de la existencia humana en esta etapa se piensa fácilmente en el nosotros y en el ellos, que en el yo y el tú. La adolescencia es una etapa del desarrollo donde el apoyo de la familia es muy importante por lo tanto se incorpora socialmente.

**c) Desarrollo Social:**

Por lo general en este lapso las personas inician su carrera, se casan y forman una familia conforme crecen física, mental y emocionalmente durante la adolescencia desarrollan destrezas sociales, se interesan por el sexo opuesto forman una relación más cercana y disfrutan pasando mucho tiempo juntos. Los adolescentes asisten juntos a actividades colectivas tales como los bailes, el cine, paseos, les ayudara a apreciar las cualidades que más le gusten y a desarrollar destrezas sociales. Para la mayoría de los adolescentes el grupo de amigos de la misma edad proporcionan una red de apoyo que hacen posibles la

autonomía y la experimentación en diferentes valores culturales, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades de cercanía emocional.[21]

**D) Desarrollo psicosocial**

El desarrollo psicosocial comienza en distintas edades y tiene ritmo propio para cada adolescente. Se realiza como un proceso armónico , y si bien para sistematización se separa en etapas, estas no tienen duración precisa ni cronológica determinada.

**- Primera Etapa:** aislamiento los cambios profundos en el aspecto físico, hace que el adolescente se sienta como un desconocido los intereses sexuales se manifiestan por una movilidad intensa de su cuerpo. El impulso sexual no tiene un objeto específico, cualquier estimulo puede tomar carácter sexual. La masturbación es la conducta masfrecuente en los varones. La masturbación y las fantasías en torno a la búsqueda de la pareja sirven como forma de descarga de la tensión sexual.

**- Segunda Etapa:** Orientación incierta hacia la sexualidad. Al tiempo que va adaptándose a los cambios corporales al adolescente intenta romper siempre con la dependencia familiar para lo que trata de identificarse con otras personas. En esta etapa puede surgir que un amigo íntimo que representan su ideal del yo a su vez puede haber conductas homosexuales como parte del proceso de la elaboración de la identidad sexual.

- **Tercera Etapa:** apertura a la heterosexualidad. En esta etapa hay mayor paralelismo entre la evolución de los adolescentes de cambios de sexo el enamoramiento tiene un fuerte componente romántico. La sexualidad está presente a través de conversaciones, consideraciones filosóficas y fantasías eróticas.

- **Cuarta etapa:** consolidación la identidad sexual se ha ido estructurando y existe en esta etapa una mayor estabilidad efectiva que favorece la búsqueda del objeto amoroso.[22-27-28]

**E) Desarrollo sociocultural.**

La adolescencia es un período intermedio durante el cual la conducta social del niño va cambiando hasta llegar a la conducta social del joven. Por lo general el comportamiento de los jóvenes deseando la segunda década de la vida esté determinada por fuerza

sociocultural evidentemente es un período de socialización o aprendizaje para que el individuo llegue a ser un miembro de la sociedad, descubre progresivamente lo que quiere ser en la vida sus habilidades, actitudes, etc.

**- EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

La maternidad precoz, en adolescentes ha sido un tema de mucha importancia en los últimos años, lo que hace necesario que en la actualidad los problemas de los jóvenes adolescentes deben ser estudiados en forma integral, ya que este período de la vida es de turbulencia y el embarazo es una clara manifestación de ello.

Son muchos los factores que influyen en la conducta de los adolescentes, pero con el tiempo, se han venido reafirmando algunas actitudes externas a el que han hecho modificar su comportamiento.

Desde el momento en que aparecen los cambios físicos que no son otra cosa que una manifestación de cambios biológicos, tanto el joven como la joven adolescente están en condiciones de embarazarse. El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y/ o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (23-16-20)

Los actuales patrones de inicio sexual en la adolescencia y las condiciones en la que presenta son motivos de alerta para las autoridades en Salud Pública. Los jóvenes inician su vida sexual de forma desprotegida y temprana y esto produce consecuencias desbaratadoras en el ámbito de lo social, la salud y la economía. Se estima que en los países en vías de desarrollo, cerca del 60 % de todos los embarazos durante la adolescencia son inesperados y precoces.

Al hablar de cambio físicos se habla implícitamente de que una adolescente puede embarazarse desde el momento que tiene ovulación y dicho embarazo puede darse con una sola relación sexual. Esto es algo que debe una joven tener pleno conocimiento.(24)

Al nivel médico, un embarazo antes de los 20 años de edad está considerado como de “alto riesgo”. Se considera que antes de esa edad, la joven se encuentra aún en crecimiento físico

que no ha llegado a una completa madurez y que al darse el embarazo se estancara el crecimiento. Como ejemplo de esta situación podría mencionarse que un diámetro de pelvis aun pequeño podría resultar en un aborto, o incluso incurrir en complicaciones que pondrían en serios problemas la vida de la madre.

Otros problemas que se pueden presentar en el embarazo de las adolescentes, es el que se refiere a que el niño nazca con bajo peso, aún y cuando hubiese completado los doscientos ochenta días de gestión, con mucha más razón si se produce un parto prematuro.

El embarazo de la adolescente es una crisis que sobre imponer a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes frente al embarazo. Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la adolescencia temprana, media y tardía y sus conocimientos ayudan a comprender el embarazo adolescente en su contexto evolutivo.(25)

Los adolescentes tiene pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestran una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero si muestran mayores preocupaciones de lo económico y la falta del apoyo parental. Algunas registran ganancias afectivas con el embarazo en la adolescencia así como obtener compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Los adolescentes relatan el momento “ideal” para un embarazo como el momento en que pude tener estabilidad económica y no parece ser tan importante sentirse preparado o desear el embarazo.

Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con variedad, de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. Sin embargo, es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en base a etapas de desarrollo de la adolescente.(26)

**ACTITUDES CON RESPECTO A LA EXPERIENCIA DEL EMBARAZO**

 *La adolescente temprana (10-13 años)* ligadas a su madre y sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre.

*En la adolescente media (14-15 años)* es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto que a su vez es experimentado como un instrumento poderoso de la afirmación de la independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo.

*Es en la etapa de la adolescencia tardía (17-19 años)* que se ve la adaptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por los temas de la realidad (Prácticos) y se dedican a los placeres de pertinentes a la formalización de la pareja y en consecuencia de la familia.(27-11)

Desde la perspectiva emocional, una madre en estas condiciones estará sometida a un constante estado de ansiedad, pues la incertidumbre prevalecerá en ella, un futuro incierto que incluso en muchos casos ha sido suficientemente para tomar decisiones extremas como el suicidio.

La escuela, los amigos, la familia, y en general su ambiente social estará en conflicto, ya que lo probable es que por su embarazo tenga que dejar los estudios impiendole la posibilidad de lograr llegar a corto plazo, a metas que le permitan obtener mejores condiciones socioeconómicos. De seguro que tendrá que ponerse a trabajar para alimentar a su hijo, sin contar que también deberá tener el tiempo para cuidar de él, o pagar a alguien para que lo atienden mientras ella trabaja. Frecuentemente, también los padres rechazan a la hija, y en otros casos la obligan a un matrimonio forzado que casi siempre es solo un trámite.(28-22)

**Causas del embarazo en adolescentes**

A pesar de que no se pueden hacer generalizaciones sobre la fecundidad en el mundo, algunos patrones de conducta sexual y reproductiva de los adolescentes tienen rasgos similares en diferentes culturas. Estos son: la aparición más temprana de la menstruación , la iniciación más temprana de una actividad sexual , el aumento del número de adolescentes sexualmente activos, el período de adolescencia prolongado y el número de la tasa de abortos.

La maternidad precoz no es un fenómeno histórico nuevo pero, a pesar de ello algunos cambios culturales radicales se han combinado, tanto con factores biológicos como con

influencias tradicionales, para producir condiciones nuevas y situaciones llenas de tensión para los adolescentes en la segunda mitad del siglo XX.(29-11)

Las situaciones como pobreza extrema, la explotación del trabajo , la maternidad precoz, la vida callejera sin hogar , la institucionalización , el maltrato y el abandono , la minusvalía , los desastres naturales o ecológicos y, durante la década pasada y conflicto armado son condiciones de vida difícil para los adolescentes que a veces enfrentan más de una de estas situaciones.

Experimentando una de estas situaciones o una combinación de las mismas implica condiciones de vidas negativas, y el riesgo de sufrir serios problemas de salud, nutrición, vida familiar y afectiva, y trastornos psicológicos. A veces esto genera un círculo vicioso del deterioro en la vida, un caso concreto son las adolescentes en pobreza extrema, que trabajan desde su niñez en las calles viven en ellas y son internados periódicamente en instituciones.(30)

*- Pobreza Extrema.*

Los limitados recursos económicos de sus familiares dificultan enormemente la satisfacción de sus necesidades. En la que muchos enfrentan problemas nutricionales, necesidades. Falta de acceso a la educación básica y un ambiente insalubre.

*- La vida familiar.*

La experiencia familiar incluido el nivel de comprensión y afecto que siente y la manera en que su padre y madre desempeñan sus funciones dentro de la familias, es un factor importante en el desarrollo psicosocial del adolescente, lamentablemente, la pobreza extrema implica una vida diaria llena de preocupaciones concretas e inmediatas de sobre vivencia que impiden a los padres dedicar a sus hijos el tiempo y la energía que necesitan. Los papeles tradicionales de padre y madre difícilmente se cumplan. Muchos padres no perciben un ingreso adecuado; algunos padres abandonan a sus familias, y muchas madres tienen que ver como se mantienen solas. A veces, está situación genera estados de depresión frustración en los miembros de la familia que pueden contribuir a problemas tales como: Agresividad, abandono, maltrato y abuso de alcohol y de drogas.

*- La maternidad precoz*

Las adolescentes se embarazan porque muchas mujeres y hombres inician las relaciones sexuales durante su adolescencia, no tienen información sobre su sexualidad y no usan métodos anticonceptivos. La mayoría de los adolescentes varones y mujeres, no reciben educación sexual, lo que saben le llegan a través de amigos o familiares y muchas veces esta información confunde más. Los métodos anticonceptivos no se usan por desconocimiento, falta de acceso y poder de compra, inhibición de la adolescente, oposición de la pareja razones religiosas, percepción de que pueda traer malas consecuencias para la salud, y deseo por parte de algunas adolescentes de tener hijos.

Otras adolescentes resultan embarazadas por abuso sexual a veces por un adulto miembro de su familia. Estas situaciones que se han mencionado exponen al adolescente a complejos de riesgos que atentan contra su salud física mental y social. Su maduración psicosocial tiene que producirse dentro de su proceso de sobrevivencia.

*- La falta de orientación sexual.*

Son pocas las instituciones educativas que implementan programas de orientación sexual o si lo hacen lo manejan en una forma superficial, no existen lineamientos. El Ministerio de Educación no ha tomado el rol preponderante que le corresponde en la educación sexual de los jóvenes. Por lo que se considera que la falta de orientación sexual en adolescentes es una de las causas del embarazo de adolescentes.[31-23]

**Consecuencias del embarazo en adolescentes.**

La adolescencia es en general, un período conflictivo, en el que constantemente surgen problemas tales como: el embarazo en la adolescencia que obliga a los adolescentes a asumir roles de adultos antes de que se encuentren preparadas, lo cual no es conveniente para ellas ni tampoco para el bebé engendrado por ellas. Descuidando que la maternidad y paternidad son roles exclusivos de la edad adulta, ya que imponen a los jóvenes una sobre adaptación a esta situación para la cual no están biológico, psicológica ni socialmente preparados; para enfrentar estas situaciones y muchos cambios no previstos ocurren en sus vidas.[32]

*A- Consecuencias Biológicas del embarazo en adolescentes*.

Las consecuencias por considerar se refieren a la madre, el niño. Desde el punto de vista clínico, los problemas que afectan a la madre con mayor frecuencia son:

- Mayor probabilidad de presentar abortos esto puede ser:
- Provocado o inducido
- Aborto espontáneo
- Partos prematuros
- Toxemia (aumento de peso, hinchazón, presión arterial, etc.)
- Eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y llega a provocar inclusive la muerte.
- Anemia
- Hemorragias
- Infecciones
- Parto prolongado
- Muerte materna o perital
- Aumento de la morbilidad infantil:
- Prematuros
- Bajo peso al nacer
- Enfermedades congénitas.

La probabilidad de que una madre adolescente tenga tales problemas es mayores en los países en desarrollo que los desarrollados. A nivel mundial, el embarazo es el principal causante de muerte en mujeres de 15 a 19 años.

Las adolescentes suelen solicitar cuidado prenatal mucho más tarde que las mujeres mayores y tienden a hacer pacientes muy descuidadas. La tardanza en solicitar el servicio prenatal está relacionada con la negación inicial del embarazo, con la culpa y otros problemas causados por conocimientos inadecuados, vergüenza, distintas motivaciones que afectan a la adolescente que busca los servicio clínicos para evitar el embarazo.[33]

*B) Consecuencias psicológicas y sociales.*

En muchas sociedades la madre joven, particularmente si es soltera, debe enfrentar problemas psicológicos y emocionales para adaptarse a la maternidad. Estos de intensifican si ella está criando al niño sola. Aún sea lo suficiente afortunado como para contar con el apoyo de su familia, es probable que experimente tensiones y confusiones en sus funciones y responsabilidades. Incluso, estando casada, una joven madre carece frecuentemente de la estabilidad y madurez emocional y de la experiencia para desempeñar su nueva función con confianza.

En muchas sociedades la madre joven, debe enfrentar problemas psicológicos y emocionales para adaptarse a la maternidad entre ellos tenemos.

- Sentimientos de minusvalía
- Baja autoestima
- Rechazo de la familia, Del novio
- Abandono de la escuela
- Muchas jóvenes se someten al aborto con o sin el consentimiento de los padres
- Rechazo del embarazo y por ende al bebé
- Matrimonio precoz forzado, que a la larga resulte una relación inestable que fracase y termina en separación o divorcio.
- Dependientes de los padres o suegros sometidos a sus reglas.
- Cambian los roles, los abuelo se vuelven abuelos-padres, produciendo confusión tanto en la adolescencia como en el niño.
- El niño puede tener confusión de afecto y la relación dificulta su confianza básica y seguridad personal.
- El bebé muchas veces es dado en adopción

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz.(34)

**Se define la intervención educativa como:**

"una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general".

**Objetivos de la intervención**

La intervención psico-educativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

**Contenido de la intervención**

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas [36-40].

**Contexto de desarrollo**

Se identifican dos tipos de escenarios:

- Contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin.
- Contexto natural: la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención.

Siempre, debe adquirir una especial relevancia la representatividad ecológica de los diseños, aunque estos se desarrollen en una situación artificial.

**Destinatarios de la intervención**

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.
- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.

**Funciones de la intervención**

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

- Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque "no problemático", que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser 'instrumento-agente' de cambio social [22].

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social [26].

**Agentes de la intervención**

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

- Entre profesionales.
- Para profesionales (colaboradores del profesional), como la investigación realizada en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre de la Dra. Ochandategui Camejo, que expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%.

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la

intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo.

Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera)

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y desastres y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %.[42]. Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las

decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario [42].

**Carácter científico de la intervención**

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido

e, incluso, validar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre embrazo en la adolescencia

# MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa en el período correspondiente desde mayo del 2015 hasta mayo del año 2016 en el Consultorio Médico de la Familia (CMF# 11) Área de Salud de Baraguá del Municipio Baraguá, Provincia Ciego de Ávila con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento para la prevención del embarazo en los adolescentes.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de adolescentes, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia (CMF# 11) que era de 152, de ellos se seleccionaron 50 a través de una muestra no probabilística e intencional quedando conformado así la muestra definitiva a los cuales se les aplicaron los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:**

- Adolescentes entre 12-19 años, perteneciente al Consultorio Médico de la Familia # 11 del Área de Salud, Municipio de Baraguá que expresaron su consentimiento para participar en la investigación.(anexo 1)

**Criterios de exclusión:**

- Personas mayores de 20 años.
- Residentes temporales en el área de salud: extranjeros y cubanos.
- Invalidez física y mental total o parcial que imposibilite la participación en el programa.
- Residentes del Área que se encuentran fuera de la misma en el momento de la intervención.

**Criterios de salida**

- Abandono por decisión propia
- Fallecimiento en el momento del estudio.

**ASPECTOS ÉTICOS**

Se llevó a cabo un proceso de negociación con la población en estudio explicando detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y por último estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

Se redactó un informe final teniendo en cuenta las Normas y Procedimiento establecidos para los TTR.

**Pasos de la intervención:**

**Etapa Diagnóstica**. En este punto se obtuvieron los datos primarios a partir de un cuestionario elaborado por la autora y validado por criterio de expertos (Anexo 5), teniendo en cuenta elementos identificados en las siguientes fases:

- Fase 1.Incremento de embarazos en las adolescentes en el municipio del poblado de Baraguá.
- Fase 2. Dificultades en el diagnóstico precoz y seguimiento oportuno teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de la APS lo constituye las acciones de prevención y promoción de salud.

En estas fases se identificaron problemas que atentaban contra la detección de los riesgos por parte de los adolescentes, se aplicó el instrumento para conocer el nivel de conocimiento de dicha población sobre aspectos relacionados como prevenir el embarazo en dicha etapa.

Los conocimientos impartidos sobre la prevención del embarazo en los adolescentes se describen a continuación por temas:

1. Concepto y Características.

2. Clasificación
3. Cambios corporales.
4. Principales complicaciones.
5. Factores predisponentes y determinantes.
6. Métodos anticonceptivos (confiables y no confiables).
7. Tipos de prevención.
8. Principales consecuencias y riesgos.

**Operacionalización de las variables:**

| VARIABLES | TIPO | OPERACIONALIZACIÓN | | INDICADOR |
|---|---|---|---|---|
| | | DESCRIPCIÓN | ESCALA | |
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | Se refiere al género biológico de pertenencia del paciente. | Masculino. Femenino. | Porcentaje según categorías |
| Edad | Cuantitativa continua | Según el grupo de edad | • De 12 a 14 años.<br>• De 15 a 17 años.<br>• De 18 a 19 años | Porcentaje por grupos de edades |
| Creencias Religiosas | Cualitativa nominal dicotómica | Según creencia religiosa. -Católica<br>-Testigo de Jehová<br>-Adventista<br>-Otros | **-si**<br>**-no** | Distribución según creencias religiosas. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Información obtenida sobre sexualidad | Cualitativa nominal politómica | Según información obtenida | -Medios de comunicación<br>-Familiares<br>-Amigos<br>-Escuela<br>-Trabajadores de Salud (Medico y enfermera) | Información obtenida sobre sexualidad en adolescentes. |
| Inicio de relaciones sexuales | Cualitativa nominal politómica | Según inicio de relaciones sexuales | -Si<br>-No | Según inicio de relaciones sexuales. |
| Edad de inicio de relaciones sexuales | Cualitativa nominal politómica | Según edad de inicio de relaciones sexuales | -12-14 años<br>-15-17 años<br>-18-19 años | Según la edad de inicio de relaciones sexuales. |
| Conocimiento sobre la edad propicia de concebir embarazo | Cualitativa nominal dicotómica | Marca la opción positiva<br>Marca el resto de las opciones | -Adecuado<br>-Inadecuado | Nivel de conocimientos sobre la edad propicia de concebir embarazo |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conocimiento acerca de diferentes métodos anticonceptivos | Cualitativa nominal politómica | Marca 2 de 3 posibles métodos anticonceptivos<br>Marca 1 o ninguna | -Adecuado<br>-Inadecuado | Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. |
| Conocimiento sobre riesgos del embarazo en la adolescencia | Cualitativa nominal politómica | Marca 2 de 3 posibles riesgos<br>Marca 1 o ninguna | -Adecuado<br>-Inadecuado | Nivel de conocimientos sobre riesgos de del embarazo en la adolescencia. |
| Conocimiento acerca las complicaciones del embarazo en la adolescencia | Cualitativa nominal politómica | Marca 2 de 3 posibles complicaciones<br>Marca 1 o ninguna | -Adecuado<br>-Inadecuado | Nivel de conocimientos sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia. |

**Variable independiente.** Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre la prevención del embarazo en la adolescentes.

**Etapa de Intervención:** En esta fase se aplicó la intervención educativa como se diseñó en el programa (Anexo 6), procurando un enfoque práctico-situacional, en el que la población vulnerable generasen conocimientos y los aplicaran prácticamente en quehacer diario, el mismo fue creado por el autor y validado por criterios de expertos. El programa educativo consta de 8temas que fueron impartidos en 10 sesiones: 5 conferencias y 5 clases prácticas; con una frecuencia semanal, y por espacio de 10 semanas, a dossubgrupos compuestos por 25 y 25 personas cada uno, donde se cumplieron los objetivos propuestos para la investigación.

- **Etapa de Evaluación**: Se evaluó el nivel de conocimiento de los adolescentes aplicando el mismo cuestionario 15 días después de la última sesión de la intervención teniendo en cuanta las mismas categorías de evaluación. Se evaluó cada tema por preguntas y se hizo una evaluación global del cuestionario teniendo en cuenta la escala descrita a continuación:

**Escala de evaluación del nivel de conocimientos por temas**.
**Adecuado:** Si obtuvo calificación de excelente o bien (1)
**Inadecuado:** Si obtuvo calificación de mal. (0)

**Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario en general:**
**Excelente**: Si responde entre el 80 y el 100% de las preguntas del cuestionario.
**Bien:** Si responde entre el 50 y el 79 % de las preguntas del cuestionario.
**Mal:** Si responde con menos del 50% de las preguntas del cuestionario.

**Los métodos aplicados durante la investigación fueron:**

- **Análisis histórico lógico**: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los factores del incremento de embarazos en la adolescencia en sus diferentes localizaciones.
- **Análisis síntesis**: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Inducción – deducción**: Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo**: deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Entre los métodos empíricos tenemos:

- **La observación**: mediante la misma se conoce la realidad del proceso por el desempeño mostrado ante una situación que requiere diagnóstico precoz y seguimiento oportuno.

- **Revisión documental**: permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales en cuanto al comportamiento del incremento de embarazos en la adolescencia a nivel mundial y nacional así como el área de salud de Baraguá y la importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se utilizaron diferentes técnicas como:

- **El instrumento de recolección de la información**: dada sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a la población de riesgo.

**Procesamiento estadístico**:

Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 20.0 para Windows para su procesamiento. Para cada variable definida se evaluó a cada paciente con respecto al nivel de conocimiento sobre el tema correspondiente. Los conocimientos de cada paciente sobre el tema correspondiente se clasificó como **Adecuado** o **Inadecuado**, este hecho nos induce a darle valores dicotómicos a cada variable evaluada es decir 1 o 0. Se usa la Prueba de McNemar no paramétrica para muestras relacionadas en el SPSS, aplicando un mismo instrumento **antes** y **después** de la intervención. Para la Prueba McNemar se define la Hipótesis nula(H0) de la siguiente forma:

- **H0:** Las dos muestras tienen la misma distribución marginal.

Se rechaza **H0** con una significación del 5% si el valor de probabilidad marginal **p** es menor que 0.05, lo cual es conveniente en nuestro caso.

Si ji-cuadrado calculada ($X^2$) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado

($X^2_{(0.95)}{}^{(n-1)(k-1)}$) entonces rechazamos $H_o$ y aceptamos $H_1$.

Proporción de cambios: Región crítica:

$X^2 = \frac{(/A-D/- 1)^2}{A+D}$

$X^2_{(0.95)}{}^{(1)} = 3.84$

Se rechaza Ho, por lo que la intervención educativa es efectiva.

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

**Título:** Intervención Educativa sobre cómo prevenir el embarazo en la adolescenciaen el Área de Salud de Baraguá, Municipio de Baraguá.

**Tabla 1. Distribución de la población según edad y sexo delos adolescentes del CMF # 11, Policlínico Baraguá**

| Grupos de edades | No. | % |
|---|---|---|
| 12-14 años | 10 | 20 |
| 15-17 años | 24 | 48 |
| 18-19 años | 16 | 32 |
| **Total** | 50 | 100 |

**Fuentes: fichas familiares**

| SEXO | No. DE CASOS | % |
|---|---|---|
| FEMENINO | 36 | 72 |
| MASCULINO | 14 | 28 |
| **TOTAL** | **50** | **100** |

**Fuente: Cuestionario.**

La tabla No 1 nos muestra que el 48% de la población en estudio se encuentra en las edades comprendidas entre los 15-17 años de edad. Siendo que la mayoría de la población en estudio pertenece al sexo femenino, existiendo un total de 36 mujeres para un 72 % y 14 mujeres para un 28 % Estos resultados se corresponden con la totalidad de la muestra estudiada.

**TABLA 2.Distribución de los adolescentes según creencias religiosas del CMF # 11, Policlínico Baraguá**

| RELIGION | Nº DE CASOS | % |
|---|---|---|
| Católica | 12 | 24 |
| Testigo de Jehová | 2 | 4 |
| Adventista | 4 | 8 |
| Otros | 32 | 64 |
| **TOTAL** | **50** | **100** |

**Fuente: Cuestionario.**

En la tabla anterior se muestra el nivel de creencia religiosas, representando el mayor índice los adolescentes tienen otro tipo de creencias religiosas lo que corresponde un 64% del total, mientras que el menor porcentaje corresponde a la creencia religiosa de Testigo de Jehová representando un 4%.ya que ciertas religiones como el testigo de testigo de jehová el tema de relaciones sexual es un tabú mientras que otras religiones se observa el contrario para poder abordar temas sin discriminación religiosa es necesario saber las creencias religiosas de cada uno de los participantes .

**TABLA 3: Distribución según la información obtenida de la sexualidad en los adolescentes del CMF #11, Policlínico Baraguá, Baraguá.**

| INFORMACION OBTENIDA | UNIVERSO | % |
|---|---|---|
| Medios de Comunicación | 12 | 24 |
| Familiares | 10 | 20 |
| Amigos | 2 | 4 |
| Escuela | 8 | 16 |
| **Medico y enfermera** | **18** | **36** |
| **TOTAL** | **50** | **100** |

**Fuente: Cuestionario.**

En la tabla 3 se desglosa el grupo según la información obtenida de la sexualidad, donde podemos observar el mayor porcentaje lo constituyen las institución médica (médico y enfermera) con el 36 %, seguidos de los Medios de Comunicación con un 24 %, familiares con un 20% y en menor porciento por las escuelas para un 16% y un 4% los amigos respectivamente.

**TABLA 4: Distribución según inicio de relaciones sexuales en los adolescentes del CMF #11, Policlínico Baraguá, Baraguá.**

| Inicio de relación sexual | No. | % |
|---|---|---|
| SI | 38 | 76 |
| NO | 12 | 24 |
| **Total** | 50 | 100 |

**Fuente: Cuestionario.**

En la tabla 4 se desglosa el grupo según inicio de relaciones sexuales, donde podemos observar el mayor porcentaje lo constituyen que SI con el 76 % ya han tenido su primer contacto sexual, y en menor porciento que NO para un 24 % que aún no, lo que demuestra que cada días hay un gran número de adolescente que inicia una vida sexual temprano.

**TABLA 5: Distribución según edad de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes del CMF #11, Policlínico Baraguá, Baraguá.**

| Grupos de edades | No. | % |
|---|---|---|
| 12-14 años | 2 | 5.3 |
| 15-17 años | 25 | 65.8 |
| 18 -19 años | 11 | 28.9 |
| **Total** | 38 | 100 |

**Fuente: Cuestionario.**

En la tabla 5 se desglosa el grupo según edad de inicio de relaciones sexuales, donde podemos observar el mayor porcentaje lo constituyen entre 15-17 años con el 65.8 %, y en menor por ciento entre 18 -19 años para un 28.9 %, seguido con un 5.3 % entre los 12-14 años respectivamente.

**TABLA 6:Evalucion del nivel conocimiento sobre la edad propicia de concebir embarazo en adolescentes del CMF # 11,PoliclinicoBaraguá , Baraguá.**

| CONOCIMIENTOS SOBRE EDAD PROPICIA DE CONCEBIR EMBARAZO | ANTES | | DESPUÉS | |
|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % |
| Adecuados | 10 | 20 | 50 | 100 |
| Inadecuados | 40 | 80 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **50** | **100** | **50** | **100** |

**Fuente: Cuestionario.**

El conocimiento sobre la edad propicia de concebir un embarazo en la tabla No 6 demuestra un desconocimiento de la población antes de la intervención para un 80 % con un total de 40 personas contra un 20 % que tenían conocimiento de dicho tema para un total de 10 personas. Luego de aplicada la muestra se demuestra una elevación del nivel de información de los participantes lográndose un100% de las respuestas correctamente.

Para la variable del nivel de conocimiento sobre la edad propicia de concebir embarazo se obtiene con el uso del SPSS una probabilidad p=0.000 por lo que existen cambios significativos después de aplicar la intervención. Además utilizando el análisis porcentual y la observación de tabla de contingencia obtenida se constata que los cambios fueron positivos. (Tabla 1)

Resultados similares obtuvo doctor. Lozano Salazar JL en su estudio sobre Edades adecuadas para concebir embarazo en el municipio de Santiago de Cuba. 2009 donde el 76 % de muestra conoce edades adecuadas para embarazo.[12]

**TABLA 7:Evalucion del nivel conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del CMF # 11, PoliclínicoBaraguá,Baraguá.**

| CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS | ANTES | | DESPUÉS | |
|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % |
| Adecuados | 15 | 30 | 49 | 98 |
| Inadecuados | 35 | 70 | 1 | 2 |
| **TOTAL** | **50** | **100** | **50** | **100** |

**Fuente: Cuestionario.**

En la tabla 7 presentamos los conocimientos que tienen los encuestados sobre los métodos anticonceptivos. Se obtuvo significación estadística debido a que después de la intervención se logró modificar en gran medida la percepción que tenían ya que el 98% de los encuestados modificó sus conocimientos con respecto a los métodos anticonceptivos , que antes de aplicar la intervención educativa solo el 30 % de los encuestados presentaban claras definiciones respecto a este tema.

Para la variable del nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos se obtiene con el uso del SPSS una probabilidad p=0.000 por lo que existen cambios significativos después de aplicar la intervención. Además utilizando el análisis porcentual y la observación de tabla de contingencia obtenida se constata que los cambios fueron positivos. (Tabla 2)

Resultados similares obtuvo Sierra Martínez DP. en su estudio sobre. Conocimiento de métodos anticonceptivos en la provincia Cienfuegos. 2006 donde el 90 % de muestra conoce sobre los métodos anticonceptivos que disminuye embarazos no deseados y así como la relación que tiene sobre las complicaciones que este trae. [(10)]

**TABLA 8:Evaluacion del nivel conocimiento sobre el riesgo de embarazo en la adolescencia en adolescentes del CMF # 11, Policlínico Baraguá .**

| CONOCIMIENTOS SOBRE EL RIESGO DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA | ANTES | | DESPUÉS | |
|---|---|---|---|---|
| | No | % | No | % |
| Adecuados | 8 | 16 | 46 | 92 |
| Inadecuados | 42 | 84 | 4 | 8 |
| **TOTAL** | **50** | **100** | **50** | **100** |

**Fuente: Cuestionario.**

Antes de realizar la intervención educativa solo el 16 % de los adolescentes encuestados tenían una percepción clara del riesgo de embarazo en esa etapa. Al terminar la intervención logramos modificar en un 92 % los conocimientos del grupo encuestado. Este resultado muestra la efectividad de las intervenciones educativas como herramientas para la elevación del nivel de conocimientos sobre determinadas temáticas.

Para la variable del nivel de conocimiento del riesgo de embarazo en la adolescencia se obtiene con el uso del SPSS una probabilidad p=0.000 por lo que existen cambios significativos después de aplicar la intervención. Además utilizando el análisis porcentual y la observación de tabla de contingencia obtenida se constata que los cambios fueron positivos. (Tabla 3)

Este resultado muestra la efectividad de las intervenciones educativas como herramientas para la elevación del nivel de conocimientos sobre determinadas temáticas coincidiendo con el estudio del Dr. Tirso Miguel Toledo en su Intervención Educativa donde el 4% de la población tenía un nivel de conocimientos insuficientes sobre la temática antes de la intervención y después de aplicado un programa educativo el mismo se elevó en un 82.8%.

# CONCLUSIONES

Con esta intervención comunitaria sobre Embarazo en la Adolescencia en adolescentes del CMF 11 del policlínico Baraguá se logró elevar el nivel de conocimiento sobre el la etapa de vida que cursan, su clasificación, métodos anticonceptivos, riesgo de embarazo y sus complicaciones en la adolescencia tanto biológicos como psicosociales. Además de lo anterior expresado podemos decir que las intervenciones educativas constituyen una herramienta efectiva para elevar el nivel de preparación de la población.

# *RECOMENDACIONES*

Se recomienda introducir este tipo de estudio a otras poblaciones, profundizar en otras variables en relación con el tema tratado, así como elevar el nivel de cono conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

# REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS


1. Organización Mundial de la Salud - OMS. [Sede Web] Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado junio 2012.Disponible en <http:// www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/ index.html>. Consultado el 31 de agosto de 2012.
2. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe [Sede Web] SEMLAC. América Latina: preocupa incremento del embarazo adolescente. 15 de febrero de 2013. Disponible en: <http://www.redsemlac.net/web/ index.php?option=com_content&view=article&id=437: america-latina-preocupa-incremento-del-embarazo-adol escente&catid=41:adolescentes--jovenes&Itemid=60>. Consultado el 9 de junio de 2014.
3. Vignoli J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción". Marzo 2011. Disponible en: <http://www. oij.org/file_upload/publicationsItems/document/ EJ1264091957.pdf>. Consultado el 8 de mayo de 2012.
4. Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. Informed. 2011; 10 (4): 6.
5. Azpiazu B. El mayor apoyo en la adolescencia: la amistad. Encuentro educativo. Revista de Enseñanza y Educación. 2010 enero [en línea]. Disponible en: <http:// www.encuentroeducativo.com/revista/wp-content/uploads/numero-5ee.pdf#page=28>. Consultado el 4 de abril de 2012.
6. Paredes Quintero PP, Recubert Castillo N, Lazo Roba BC, Romero Lobo Y, Hierresuelo Hernández ME. Educación de la sexualidad en función de prevenir el embarazo en la adolescencia. Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Rio 2011.
7. Revista Colombiana de Enfermería • Volumen 9 Año 9 • Págs. 151-160| Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería Teen pregnancy: a view from the nursing care
8. Oliva A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología. 2007; 25 (3):243.

   Adolescentes y jóvenes. UNFPA. Estado de población 04. El consenso del Cairo diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Octubre 2010 [en línea]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/04/espanol/ch9/ index.htm>. Consultado el 30 mayo 2011.
9. UNICEF. La adolescencia, una época de oportunidades. Estado Mundial de la Infancia. 11 febrero 2011 [en línea]. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc11/ pdfs/SOWC-11-Main-Report_SP_0911.pdf> pág. 74. Consultado el 19 de julio de 2011.

10. Climent G. Voces, silencios y gritos: los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Rev. Argent. Sociol. 2009; 7 (13): 186-213.
11. Barón M. Embarazo en adolescentes: un problema de salud pública. 2013 febrero. [en línea]. Disponible en: http://www.ellider.com.co/11/02/15/ embarazo-en-adolescentes-un-problema-de-saludpublica>. Consultado el 11 de julio de 2014.
12. Adamu R, Mulato MS, Haile SL. Patterns and correlates of sexual initiation, sexual risk, behaviors and condom use among secondary school students in Ethiopia. Ethip Med J 2013; 41: 163-77. Disponible en: <http:// ukpmc.ac.uk/abstract/MED/15227975>. Consultado el 8 de mayo de 2015.
13. Family Health International. Anticoncepción, embarazo y ETS en salud de la reproducción de los adultos jóvenes. Series de Actualización de Tecnología Anticonceptivas, FHI, USA, 03.
14. Prias H, Miranda C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Revista Aquichan. 2014; 9 (1): 93-105.
15. Salazar A, Rodríguez L, Daza R. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños: consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. 2012 [en línea]. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/ index.php/personaybioetica/article/view/951/1929>. Consultado el 10 de marzo de 2014.Alfonso Rodríguez, A. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres: Embarazo no deseado e interrupción de embarazo. Dosier, Curso 1. Diplomado de Investigación para la Salud Sexual y Reproductiva. (P. 37 y 48), 2011.
16. *U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; January 2010.
17. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 112.
18. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *J AdolescHealth*. 2008;42:344-351.
19. Ibarra ML. Adolescencia y maternidad: impacto psicológico en la mujer. Rev. Cuba. Psicol. 2003; 20 (1): 43.Disponible en: <http://pepsic.bvsalud. org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43222003000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0257-4322>. Consultado el 10 de marzo de 2011.
20. Nóblega M. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. Pontificia Universidad Católica del Perú: 18. Revista de Psicología. 2009 ; 27 (1). Disponible en <http://revistas.pucp.edu. pe/psicologia/sites/revistas.pucp.edu.pe.psicologia/files/images/Rev_Psicologia_XXVII-1_2009_2.pdf>. Consultado el 16 de julio de 2011.

21. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. [en línea]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.
php?option=com_content&view=article&id=62&It emid=9>. Consultado el 16 de marzo de 2012.
22. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev de ObstetGinecolVenez. 2008; 68 (3): 141-143. Disponible en: < www.scielo.org. ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-
23. 773208000300002&lng=en&nrm=iso>. Consultado el 11 junio de 2011.

Neto X, Marques M, Rocha J. Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. Revista Enfermería Global. 2008 febrero; 7 (12): 1-12. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/832>. Consultado el 8 julio de 2011.

24. Rojas DC, Alarcón MH, Calderón B. Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en Colombia. Revista IndexEnferm. 2010; 19 (2-3): 129-133. Disponible en: < http://scielo. isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

1296100000012&lng=es>. doi: 10.4321 /S1132-1296100000012. Consultado el 30 de mayo de 2011.

25. Garcia M, Glorgetti M, González M, Sartori M, Rey P. Pomata P et al. Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2010; 29 (4): 139-143.
26. Domínguez A, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2011; 6 (2): 141-147. Disponible en: <http://www. fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No2_ Abril_Junio_11/v62n2a04.pdf>. Consultado el 16 junio de 2012.
27. Vigil De Gracia P, Arias T, Lezcano G. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Revista Obstetricia Ginecología Venezuela. 2012; 67 (2): 73-77. Disponible en: < http://www.scielo. org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00487732070000002&lng=es&nrm=iso>. Consultado el 19 de julio de 2014.
28. León P, Minassian M. Borgoño R. Bustamante, F. Embarazo adolescente. Revista de Pediatría Electrónica. 2011; 5 (1). Disponible en: <http://www.revistapediatria. cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE. pdf>. Consultado el 19 de julio de 2013.
29. Díaz A, Sanhueza RP, Yaksic BN. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2012; 67 (6): 481-487. Disponible en: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0717-7526000600009&lng=es>. Consultado el 30 de mayo de 2013.

30. Minchon M, Oliva M, Domínguez S. Intervención de enfermería ante los embarazos no deseados. Revista Enfermería Global. 2011; 7 (1): 12. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/852>. Consultado el 19 de junio de 2012.
31. Barbón O. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Revista Ciencia y Enfermería. 2011; 17 (1): 19-25. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03. pdf>. Consultado el 23 julio 2011.
32. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. RevMéd Chile. 2010; 132 (1): 65-70. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0034-988704000100010&lng=es>. Consultado el 9 junio de 2011.
33. Ulanowicz M, Parra K, Wendler E, Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2014; 153: 13- 17.
34. Zambrano G, Gayon G, Mojica D, Cañizares Y. Programa de atención integral a la población adolescente. Revista y Ciencia del Cuidado. 2011; 5 (1): 109-124.

CEPAL. Flórez CE, Soto VE. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Disponible en < http:// www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/28852/P28852.xml&xsl=/celade/tpl/p9f. xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>. Consultado el 23 mayo 2012.

35. CEPAL. Flórez CE, Soto VE. Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe. 14 y 15 de Noviembre 2011, Santiago, Chile. Disponible en < www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/ Florez_Soto.pdf>. Consultado el 23 mayo 2012.
36. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Rev. Chil.

Obstet. Ginecol. 2013; 74 (3): 151-158. Disponible en: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es>. doi: 10.4067/S0717-75262009000300004. Consultado el 6 de junio de 2013.