

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE AVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICA GENERAL INTEGRAL DE FLORENCIA
“DR. MARIO HERNÁNDEZ PEDRAZA”

ESTRATEGIA DE EDUCATIVA SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN
EMBARAZADAS ADOLESCENTES DEL AREA DE FLORENCIA

Autor: Lic. Tania Castillo Álvarez
Residente de II Año de Enfermería Comunitaria

Tutora: Lic. Norma Concepción Noda
Master en Urgencias Médicas y Especialista en Enfermería Comunitaria

Asesor: MSc. Nivelio Herrera Guevara
Psicopedagogo y Profesor Asistente de la Sede Universitaria Municipal de
Florencia

EN OPCIÓN AL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
COMUNITARIA

FLORENCIA

2011

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1-7
MARCO TEÓRICO.....	8-17
OBJETIVOS.....	18
MÉTODO.....	19-26
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	27-36
DISCUSIÓN.....	36-37
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40-42
ANEXOS.....	

RESUMEN.

Se realizó un estudio pre experimental de antes y después, con el objetivo determinar la efectividad de una estrategia de intervención sobre educación sexual en adolescentes embarazadas en el Área de Salud de Florencia. El universo estuvo constituido por 24 embarazadas adolescentes. Se utilizaron las hojas de cargo del departamento de estadística y la encuesta realizada a las adolescentes embarazadas como informaciones que sustentan la necesidad de la intervención. Como medida de análisis matemático-estadístico de la información se utilizó el cálculo porcentual y la media aritmética. Los resultados se presentaron a través de tablas y lo más significativo estuvo relacionado con el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, el bajo nivel escolar de las adolescentes, la ineficaz comunicación con los padres y relaciones de parejas no estables. Se creó una base de datos usando el Soft Vare Excel 2003. Los datos fueron recogidos y determinados según la clasificación de las variables que se procesaron con ayuda del programa SSPS para Windows y se distribuyeron según sus frecuencias.

Palabras clave:

- ❖ Embarazo en la adolescencia
- ❖ Factores de riesgo
- ❖ Estrategia educativa

INTRODUCCIÓN

Embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, se define como aquel embarazo que se produce en una mujer [adolescente](#) entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La organización mundial de la salud establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.^{1 y 2} La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como [embarazos no deseados](#),³ provocados por la práctica de [relaciones sexuales](#) sin [métodos anticonceptivos](#).

En general el término también se refiere a las [mujeres embarazadas](#) que no han alcanzado la [mayoría de edad jurídica](#), variable según los distintos países del mundo, así como a las [mujeres adolescentes](#) que están en [situación de dependencia](#) de la [familia](#) de origen.⁴

Es reseñable que entre los países desarrollados de la [OCDE](#), [Estados Unidos](#) y [Reino Unido](#) tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que [Japón](#) y [Corea del Sur](#) tienen los más bajos.²

La tasa de natalidad en adolescentes en los [Estados Unidos](#) es el más alto en el mundo desarrollado, y la tasa de aborto en la adolescencia también es muy alta.²⁵ En los Estados Unidos la tasa de embarazo adolescente se encontraba extraordinariamente alta en la década de 1950 y ha disminuido desde entonces, aunque se ha producido un aumento en los nacimientos fuera del matrimonio.²

En todo caso, como señala [Soledad Díaz Fernández](#), del [Instituto Chileno de Medicina Reproductiva](#), y en línea con la información del [Instituto Guttmacher](#), en Estados Unidos tienen mayor dificultad para obtener servicios anticonceptivos, en comparación a países europeos que en general tienen más apertura y apoyo con respecto a sexualidad, entregan mensajes más claros y consistentes sobre conductas sexuales apropiadas (uso de condón y anticonceptivos, información de donde obtenerlos), entregan educación sexual comprehensiva, no solo promoción de la abstinencia, y los medios de comunicación ofrecen una visión más positiva de los y las adolescentes como personas responsables y valiosas.³

Según la asociación [Save the Children](#) cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las [complicaciones del embarazo y el parto](#) son la principal causa de [mortalidad](#) entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas.³

[Europa](#), junto a algunos países asiáticos tiene, de media, el menor número de nacimientos en adolescentes. Desde 1970 la tendencia general en los países de [Europa](#) ha sido la disminución de la [tasa global de fecundidad](#) junto con un aumento en la edad en que las mujeres tiene su primer parto, y una disminución en el número de nacimientos entre los adolescentes.^[cita requerida].

Existen tres razones básicas que explican estos datos:

- Una buena [educación sexual](#) a adolescentes y jóvenes tanto institucional, social como en la propia familia.
- Facilidad y asequibilidad en el acceso a los [métodos anticonceptivos](#).
- Sociedades que no consideran adecuada la maternidad prematura e incluso poseen [valores tradicionales](#) que estigmatizan socialmente este tipo de maternidad.

En el [Reino Unido](#) alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población. En [Italia](#), la tasa de natalidad en adolescentes de clases ricas y acomodadas -zonas de la región central de Italia - es sólo el 3,3 por 1.000, mientras que en las más pobres [Mezzogiorno](#) es de 10 por 1000.⁴

La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el [África subsahariana](#), donde las mujeres tienden a [casarse](#) a una edad temprana. En [Níger](#), por ejemplo, el 87% de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años. Datos más recientes plantean que en [Níger](#) y [Congo](#) existen (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) ⁵

En el decenio de 1990 la tasa de embarazo de adolescentes disminuyó significativamente en el decenio de 1990, esta disminución se manifiesta en todos los grupos étnicos, aunque con menor incidencia en los afroamericanos e hispanos. El [Instituto Guttmacher-\[2\]](#) atribuye el 75% para el uso efectivo de [métodos anticonceptivos](#) y el 25% de la disminución a las prácticas de [abstinencia sexual](#).⁶

En todo el mundo, como puede apreciarse en las [tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002](#) y las [de años siguientes](#), éstas varían desde las máximas de a tasas de 1 a 3 por 1000 en [Corea del Norte](#), [Corea del Sur](#) y [Japón](#).^{19],20],21]} En las naciones industrializadas de [Asia](#), como [Corea del Sur](#) y [Singapur](#), las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo.⁷

En el [subcontinente indio](#), el [matrimonio](#) precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas [rurales](#), donde la tasa es mucho mayor que en el [medio urbano](#). La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como [Indonesia](#) y [Argentina](#), aunque sigue siendo alta.⁸

En [Canadá](#) el número de nacimientos en adolescentes en el período 1992-2002 ha disminuido de forma constante tanto para los más jóvenes (15-17 años) como para los adolescentes más mayores (18-19 años). Sin embargo, en 2006 la tasa aumentó por primera vez en los últimos 40 años.⁸

En el año [2007](#) se produjeron 10.673 embarazos adolescentes, de los cuales hubo 4.400 [nacimientos](#) y 6. La [pobreza](#) se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia.^[36] Así, países económicamente pobres, como [Nicaragua](#) en [América](#), [Níger](#) en [África](#) y [Bangladesh](#) en [Asia](#) y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos.⁹

En [España](#), en el año [2008](#) se produjo un incremento en relación con el año anterior, así 11.000 adolescentes menores de 18 años quedaron embarazadas.

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres están pariendo en edades cada vez más tempranas. En nuestro país el 50 % de los adolescentes de entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25 % de los adolescentes con experiencia se embarazan, y el 60 % de los embarazos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.⁹⁻¹⁰

La realidad cubana, en materia de salud reproductiva, dista de lo antes expuesto tanto para la región como para el mundo. Planificación familiar, derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva, son estrategias del sistema nacional de salud de larga data (más de 30 años). La existencia del Programa Nacional Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo permite potenciar la información, orientación, educación y los servicios dirigidos a las mujeres y sus parejas, así como satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud reproductiva.¹¹

La prevención del embarazo no deseado entre adolescentes y jóvenes debe incluir los aspectos de género, toma de decisiones, autonomía, derechos y autocuidado. La promoción de salud sexual dirigida a fomentar la salud sexual requiere incluir la equidad de género y la construcción de una subjetividad femenina basada en la capacidad de optar y negociar. Los programas dirigidos a reducir el embarazo no deseado y el aborto requieren de la participación y compromiso de mujeres y varones. El Programa Nacional de Educación Sexual ha posibilitado, que la educación de la sexualidad forme parte de las actividades curriculares y extracurriculares de la escuela cubana, la formación de recursos humanos de la salud y de las comunidades del país mediante pilares claves como son el sector de la salud y la educación, y organizaciones de gran representatividad como la Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), y en esta última, el mecanismo para el adelanto de la mujer en Cuba, están encargadas de monitorear y dar seguimiento a las acciones.¹²

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.^(13,14,15)

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.^(14,15,16)

El predominio del nivel educacional secundario entre los adolescentes es de alto riesgo producto que es en esta etapa que la mayoría de los adolescentes comienzan sus relaciones sexuales, que generalmente, son desprotegidas y tienden a ocultar a los familiares que ya tienen una vida sexual activa. Se señala que el embarazo en la adolescencia es un factor importante de deserción escolar.¹⁶

El 13% de los partos en Cuba se presentan en mujeres de menos de 20 años de edad. La paternidad responsable es un aspecto importante en la educación del adolescente para una vida adulta satisfactoria. Todos sabemos que las madres adolescentes se exponen a riesgos de salud para ella y sus hijos. Los padres adolescentes ven sus planes frustrados, ya que deben adaptarse a un nuevo rol y tomar una serie de decisiones que quizás ni siquiera habían imaginado. Tanto la madre como el padre quizás tengan que abandonar los estudios, dedicarse al niño y trabajar esto puede conllevarlo a depender económicamente de sus padres para poder mantener a su hijo.¹⁷

Los profesionales de la salud tienen compromisos con la salud reproductiva en todos los niveles de atención, pero fundamentalmente los de atención primaria y dentro de ellos el personal de consultorio, que su labor de promoción la desarrolla en los grupos de adolescentes de su comunidad y le ha permitido asumir de forma progresiva un mayor protagonismo en el manejo y cuidado integral de la salud de los adolescentes y otros grupos vulnerables de la población.

Por todo esto resulta de gran motivación la implementación de una intervención educativa que permite desarrollar un conjunto de actividades partiendo de las necesidades de los adolescentes, mediante un diagnóstico inicial, teniendo en cuenta las influencias educativas sobre la base de la realización de actividades participativas con carácter promocional y preventivo, que pone al adolescente en primer plano como persona.

Este tema está incluido entre los problemas de la carpeta ministerial nacional y se ubica entre las prioridades investigativas de nuestra provincia, nuestro municipio no está exento de ello, teniendo en cuenta que el embarazo en la adolescencia se considera un importante problema de salud responsable.

Se determinó como problema científico el siguiente:

¿Cómo contribuir a la educación sanitaria de las adolescentes embarazadas del Área de Salud de Florencia?

Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes embarazadas en el Área de Salud de Florencia.

La originalidad consiste en el enfoque multifactorial, multidisciplinario e interdisciplinario al abordar el embarazo en la adolescencia en condiciones de ruralidad en el Municipio de Florencia. El embarazo en la adolescencia es un problema no resuelto en el mundo, ni en Cuba ni en Florencia y todo esfuerzo científico-profesional en este sentido es de vital importancia por el carácter social y preventivo de nuestro sistema de salud pública.

Marco Teórico

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 19 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psicosocial, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.¹

Esta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado así mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.¹

Acerca del embarazo en la adolescencia, se presume que, constituye una problemática de salud, desde los albores de la Humanidad, pues algunos factores asociados al embarazo a edades tempranas, están relacionados con los cambios sexuales, las transformaciones físicas y, también, condicionantes sociales que fueron objeto de estudio desde los primeros sanadores hasta la aparición y desarrollo de la Medicina como ciencia. De aquí que hayan existido diferentes definiciones acerca de esta situación de salud. ¹

Es reseñable que entre los países desarrollados de la [OCDE](#), [Estados Unidos](#) y [Reino Unido](#) tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que [Japón](#) y [Corea del Sur](#) tienen los más bajos. ²

La tasa de natalidad en adolescentes en los [Estados Unidos](#) es el más alto en el mundo desarrollado, y la tasa de aborto en la adolescencia también es muy alta.²⁵ En los Estados Unidos la tasa de embarazo adolescente se encontraba extraordinariamente alta en la década de 1950 y ha disminuido desde entonces, aunque se ha producido un aumento en los nacimientos fuera del matrimonio.²

En todo caso, como señala [Soledad Díaz Fernández](#), del [Instituto Chileno de Medicina Reproductiva](#), y en línea con la información del [Instituto Guttmacher](#), en Estados Unidos tienen mayor dificultad para obtener servicios anticonceptivos, en comparación a países europeos que en general tienen más apertura y apoyo con respecto a sexualidad, entregan mensajes más claros y consistentes sobre conductas sexuales apropiadas (uso de condón y anticonceptivos, información de donde obtenerlos), entregan educación sexual comprehensiva, no solo promoción de la abstinencia, y los medios de comunicación ofrecen una visión más positiva de los y las adolescentes como personas responsables y valiosas.³

Según la asociación [Save the Children](#) cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las [complicaciones del embarazo y el parto](#) son la principal causa de [mortalidad](#) entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas.³

[Europa](#), junto a algunos países asiáticos tiene, de media, el menor número de nacimientos en adolescentes. Desde 1970 la tendencia general en los países de [Europa](#) ha sido la disminución de la [tasa global de fecundidad](#) junto con un aumento en la edad en que las mujeres tiene su primer parto, y una disminución en el número de nacimientos entre los adolescentes.^[cita requerida]

Existen tres razones básicas que explican estos datos:

- Una buena [educación sexual](#) a adolescentes y jóvenes tanto institucional, social como en la propia familia.
- Facilidad y asequibilidad en el acceso a los [métodos anticonceptivos](#).
- Sociedades que no consideran adecuada la maternidad prematura e incluso poseen [valores tradicionales](#) que estigmatizan socialmente este tipo de maternidad.

En el [Reino Unido](#) alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% más pobre de la población. En [Italia](#), la tasa de natalidad en adolescentes de clases ricas y acomodadas -zonas de la región

central de Italia - es sólo el 3,3 por 1.000, mientras que en las más pobres [Mezzogiorno](#) es de 10 por 1000.⁴

La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el [África subsahariana](#), donde las mujeres tienden a [casarse](#) a una edad temprana. En [Níger](#), por ejemplo, el 87% de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años. Datos más recientes plantean que en [Níger](#) y [Congo](#) existen (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) ⁵

En el decenio de 1990 la tasa de embarazo de adolescentes disminuyó significativamente en el decenio de 1990, esta disminución se manifiesta en todos los grupos étnicos, aunque con menor incidencia en los afroamericanos e hispanos. El [Instituto Guttmacher-\[2\]](#) atribuye el 75% para el uso efectivo de [métodos anticonceptivos](#) y el 25% de la disminución a las prácticas de [abstinencia sexual](#).⁶

En todo el mundo, como puede apreciarse en las [tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002](#) y las [de años siguientes](#), éstas varían desde las máximas de a tasas de 1 a 3 por 1000 en [Corea del Norte](#), [Corea del Sur](#) y [Japón](#).^{19],20],21]} En las naciones industrializadas de [Asia](#), como [Corea del Sur](#) y [Singapur](#), las tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo. ⁷

En el [subcontinente indio](#), el [matrimonio](#) precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas [rurales](#), donde la tasa es mucho mayor que en el [medio urbano](#). La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como [Indonesia](#) y [Argentina](#), aunque sigue siendo alta. ⁸

En [Canadá](#) el número de nacimientos en adolescentes en el período 1992-2002 ha disminuido de forma constante tanto para los más jóvenes (15-17 años) como para los adolescentes más mayores (18-19 años). Sin embargo, en 2006 la tasa aumentó por primera vez en los últimos 40 años.⁸

En el año [2007](#) se produjeron 10.673 embarazos adolescentes, de los cuales hubo 4.400 [nacimientos](#) y 6. La [pobreza](#) se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia.^[36] Así, países económicamente pobres, como [Nicaragua](#) en [América](#), [Níger](#) en [África](#) y [Bangladesh](#) en [Asia](#) y, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos.⁹

En [España](#), en el año [2008](#) se produjo un incremento en relación con el año anterior, así 11.000 adolescentes menores de 18 años quedaron embarazadas.

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres están pariendo en edades cada vez más tempranas. En nuestro país el 50 % de los adolescentes de entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25 % de los adolescentes con experiencia se embarazan, y el 60 % de los embarazos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.⁹⁻¹⁰

La realidad cubana, en materia de salud reproductiva, dista de lo antes expuesto tanto para la región como para el mundo. Planificación familiar, derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva, son estrategias del sistema nacional de salud de larga data (más de 30 años). La existencia del Programa Nacional Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo permite potenciar la información, orientación, educación y los servicios dirigidos a las mujeres y sus parejas, así como satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud reproductiva.¹¹

La prevención del embarazo no deseado entre adolescentes y jóvenes debe incluir los aspectos de género, toma de decisiones, autonomía, derechos y autocuidado. La promoción de salud sexual dirigida a fomentar la salud sexual requiere incluir la equidad de género y la construcción de una subjetividad femenina basada en la capacidad de optar y negociar. Los programas dirigidos a reducir el embarazo no deseado y el aborto requieren de la participación y compromiso de mujeres y varones.

El Programa Nacional de Educación Sexual ha posibilitado, que la educación de la sexualidad forme parte de las actividades curriculares y extracurriculares de la escuela cubana, la formación de recursos humanos de la salud y de las comunidades del país mediante pilares claves como son el sector de la salud y la educación, y organizaciones de gran representatividad como la Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), y en esta última, el mecanismo para el adelanto de la mujer en Cuba, están encargadas de monitorear y dar seguimiento a las acciones.¹²

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.^(13,14,15)

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.^(14,15,16)

El predominio del nivel educacional secundario entre los adolescentes es de alto riesgo producto que es en esta etapa que la mayoría de los adolescentes comienzan sus relaciones sexuales, que generalmente, son desprotegidas y tienden a ocultar a los familiares que ya tienen una vida sexual activa. Se señala que el embarazo en la adolescencia es un factor importante de deserción escolar.¹⁶

El 13% de los partos en Cuba se presentan en mujeres de menos de 20 años de

edad. La paternidad responsable es un aspecto importante en la educación del adolescente para una vida adulta satisfactoria. Todos sabemos que las madres adolescentes se exponen a riesgos de salud para ella y sus hijos. Los padres adolescentes ven sus planes frustrados, ya que deben adaptarse a un nuevo rol y tomar una serie de decisiones que quizás ni siquiera habían imaginado. Tanto la madre como el padre quizás tengan que abandonar los estudios, dedicarse al niño y trabajar esto puede conllevarlo a depender económicamente de sus padres para poder mantener a su hijo.¹⁷

La paternidad es otro de los grandes riesgos existentes en todo el mundo producto que los adolescentes, se permiten el cambio frecuente de pareja y evitan a toda costa la responsabilidad de una relación estable y de la aparición de un hijo que limite su libertad y a su vez su estado civil.¹⁸

Se plantea que las madres de estas edades tienen preferencia por hacer rechazo al embarazo pues el mismo deforma su abdomen plano, aumenta su peso corporal, produce grieta la la piel en la mayoría de los casos, aumenta el volumen de sus mamas y las limita en el desempeño de su vida social; dígase salir a las fiestas.¹⁸

En los últimos tiempos nuestros adolescentes han recibido gran cantidad de información sobre los métodos anticonceptivos, su modo de empleo y sus ventajas. Además, existe la venta de preservativos de fácil adquisición que evitan también las ETS, pero como los adolescentes no lo utilizan producto del falso criterio de que disminuye la sensibilidad y las féminas de estas edades son afables ante esa decisión, aparece el embarazo en la adolescencia.¹⁹

Las adolescentes están expuestas a la aparición de múltiples enfermedades y complicaciones durante el desarrollo de su embarazo producto de la incompleta maduración de su aparato reproductor, la deficiente estatura y la exposición a múltiples ETS producto del no uso de medios de protección sexuales.²⁰

El mundo subdesarrollado presenta dificultades en la atención integral a las embarazadas adolescentes y esto acarrea múltiples complicaciones en el embarazo y fundamentalmente en el parto, trayendo consigo los mayores

números de muertes maternas y fetales. En el mundo desarrollado existe casi en igual número porque la gran mayoría de la atención médica es privada y los pobres no pueden pagar ese servicio.²¹

En el mundo moderno se ha convertido en una tendencia de los adolescentes a cambiar de pareja con una facilidad cada vez mayor, producto que las relaciones sexuales comienzan cada vez más temprano y no tiene bien establecida su preferencias sexuales y evitan toda responsabilidad que implica tener pareja estable.²¹

La estabilidad económica es algo con lo que no cuentan los adolescentes, producto que la mayoría no tiene vínculo laboral producto que se encuentra estudiando y depende totalmente de sus padres y familiares. Por esta razón no se encuentran preparados para mantener una familia propia y abandonan a las adolescentes embarazadas.²²

Los riesgos preconcepcionales existen en nuestro medio y la falta de control sistemático sobre los mismos desencadena la aparición del embarazo con factores de riesgos vigentes y predisponen a las complicaciones en los embarazos de las adolescentes, estas a su vez prestan interés a otros temas de carácter personal y estas temáticas quedan generalmente excluidas.²²

En esta etapa el joven trata de buscar ámbito de independencia personal, siente necesidad de ser escuchado, valorando y comprendiendo, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia al círculo de niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto. Para el adolescente es fundamental como lo ven sus coetáneos, surge como necesidad principal ocupar una posición respetada dentro del círculo de estos, y la aspiración de encontrar un compañero próximo, un amigo, vecino e incluso un familiar que lo apoye en los momentos difíciles. Ellos evalúan a los otros de un modo más completo y correcto que a sí mismos, comienzan a formar su imagen a partir de la valoración que hacen de los demás ¹⁰⁻²³

En nuestra provincia, al igual que ocurre en el resto del país, se han incrementado los embarazos en la adolescencia. El Embarazo en la Adolescencia constituye un serio problema de salud por las consecuencias que

para la madre el niño y la sociedad acarrearán así como por la repercusión económica, nuestro municipio no se encuentra ajeno a este problema por lo que cada año aumenta el número de adolescentes embarazadas, situación que influye de forma negativa en la consecución de los Objetivos del Milenio. , por lo que decidimos desarrollar este trabajo para determinar la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y algunas variables sobre el conocimiento sexual, específicamente en el Policlínico del área de Florencia.²⁴

Las adolescentes en nuestro Municipio reciben los beneficios del Programa de riesgo Reproductivo, Programa Nacional de planificación familiar y Programa Nacional de educación sexual estas intervenciones tuvieron un rápido impacto y revirtieron favorablemente la situación en los índices de adolescentes embarazadas manteniendo resultados aceptados con los del programa nacional entre 2005 y 2008 en el Municipio de Florencia de acuerdo con los resultados de los Balances Anuales. ²⁵

Es en la etapa que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla, y el equilibrio que se produce entre los intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones que señalan un nivel de aceptación positiva o negativa de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.²⁶

El adolescente empieza a dirigirse sobre sí mismo en la medida en que toma conciencia de que tiene que ser ante el mismo y ante los demás, una persona diferente e irrepetible. Es capaz de reflexionar sobre todo lo que ocurre en su entorno, no solo desde una postura de espectador, sino desde un punto de vista crítico.²⁷

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquia en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 8 ó 10 años antes de ser maduros

emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo, tienen su primera experiencia sexual que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva antes de cumplir 15 años.^(11, 12, 28)

Se define como embarazo en la adolescencia, como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sin métodos anticonceptivos.²⁹⁻³⁰

En opinión de la autora de este trabajo, el problema de salud embarazo en la adolescencia en el Municipio de Florencia, constituye una situación que demanda de un enfoque multisectorial, multidisciplinario e interdisciplinario en su conocimiento y posterior seguimiento por tratarse de una realidad incidente y prevalente en la calidad de vida de una población que crece y se desarrolla en un medio con especificidades asociadas de tipo socioeconómica, demográfica, educacional y cultural irrepetibles desde el punto de vista de las creencias, representaciones y percepciones con las que el hombre y mujer asumen la reproducción humana en el territorio.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes embarazadas en el Área de Salud de Florencia.

ESPECÍFICOS:

- 1- Determinar el nivel de información de las adolescentes sobre la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, planificación familiar, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, antecedentes natales, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo.
- 2- Caracterizar al grupo de adolescentes embarazadas según variables edad, escolaridad, ocupación, estado civil, planificación familiar, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, antecedentes natales, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo.
- 3- Aplicar una estrategia de intervención educativa dirigida a los adolescentes según las necesidades detectadas.
- 4- Evaluar el nivel del resultado de la información posterior a la aplicación de la intervención.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después. Existe una primera etapa de diagnóstico, de intervención y una segunda de evaluación de los resultados de la intervención, con el objetivo de mejorar los conocimientos sobre la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, planificación familiar, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, antecedentes natales, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo en el período comprendido entre Octubre del 2009 hasta Octubre del 2010 en el área de salud de Florencia.

Población objeto de estudio:

El Universo de estudio estuvo constituido por 24 adolescentes embarazadas del área, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión la muestra quedó constituida por 24 embarazadas adolescentes en el Municipio de Florencia en el período comprendido.

Se sometieron a los siguientes criterios de inclusión.

- ❖ Las embarazadas deben pertenecer al área de salud de Florencia.
- ❖ Encontrarse viviendo en el área en estudio.
- ❖ Estar de acuerdo en ser participantes de este estudio.
- ❖ Aceptación, por parte de los padres o tutores de los adolescentes, que las muchachas participen en la intervención.
- ❖ No presentar alteraciones que interfieran en el desarrollo de la intervención.

Se sometieron a los siguientes criterios de exclusión.

- ❖ Embarazadas adolescentes que decidieron no participar en el estudio.
- ❖ No estar viviendo en el área de salud en estudio.
- ❖ Padres o tutores de los adolescentes que no desean que participen en el estudio.
- ❖ Pacientes que presentan alteraciones, no compatibles con el estudio.

En el Estudio se utilizaron Métodos Empíricos, Científicos y Estadísticos.

En los Empíricos se trabajó con

Encuesta: Para obtener información anónima acerca de las variables controladas y que pudieran ser contrastadas con los resultados de la observación.

Observación: Como percepción especialmente dirigida al desarrollo de las variables controladas mediante la actividad educativa.

En los Científicos

- ❖ 1-. Análisis –Síntesis: El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema

- ❖ 2-. Análisis histórico – lógico: se estudió la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia para obtener información a partir de las hojas de cargo y las historias clínicas de las pacientes adolescentes.

En los Estadísticos con

1-. Estadística Descriptiva mediante la utilización de tablas de frecuencia absoluta y relativa de número y por ciento.

Técnicas y procedimientos de recolección de datos

- La recolección de los datos fue a través de análisis de documentos y formularios, por encuesta a pacientes (fuentes activas o primarias), (Anexo I y 3). Se exploró la obtención de la información y se aplicó una encuesta inicial con la que se obtuvo información sobre la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, planificación familiar, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, antecedentes natales, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo de las madres adolescentes.

Se utilizaron técnicas participativas diversas y, el procedimiento general que se siguió, constó de 3 fases:

Primera fase: Diagnóstica y exploratoria. Aplicación de encuesta.

Segunda fase: Aplicación del modelo de intervención educativa.

Primeramente realizamos un diagnóstico basado en las necesidades reales e inquietudes de las adolescentes, en el mismo se incluyeron los resultados de la encuesta inicial sobre conocimientos en salud sexual, anticoncepción y embarazo en la adolescencia. Se utilizaron técnicas grupales participativas para identificar las temáticas escogidas por las adolescentes, técnicas de participación y sucesos de la vida cotidiana, de esta forma se registraron una serie de temáticas surgidas de ellas y condicionada por nosotros, como problemas fundamentales del hogar y necesidades insatisfechas de adolescentes.

Recolección y procesamiento estadístico de los datos.

A partir de la información contenida en las hojas de Cargo del Departamento de Estadística del Policlínico de Florencia y la encuesta realizada a las embarazadas adolescentes, se creó una base de datos usando el Soft Ware Excel 2003, contenido en una computadora Pentium 4 de 256 mb de memoria RAM, con 1 ghz de velocidad; el paquete estadístico que se utilizó fue el SPSS para Window versión 10.0.

-Ética: Se aplicó la declaración del consentimiento informado de los pacientes y, también, de los familiares que aportaron información sobre todas las adolescentes embarazadas.

La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por los encuestados y también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio. (Anexo 4)

OPERACIONALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS

DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES
1.Edad	-De 10-12 años -De 13-15 años -De 16-18 años -De 19 años	Según la edad.
2.Escolaridad	-Estudios primarios sin concluir. -Estudios primarios concluidos. - Estudios secundarios concluidos. -Estudios pre-universitarios concluidos.	Según nivel de escolaridad.
3. Ocupación	-Continuación de estudios. -Ama de casa. -Trabajadora.	Según la ocupación.

4. Estado civil.	-Acompañada. -Casada. -Soltera. -Divorciada.	Según el estado civil.
5. Planificación familiar	-Embarazo deseado. -Embarazo no deseado.	Según el deseo de embarazo. Si_____ no_____
6. Métodos anticonceptivos	- Utilización siempre. -Utilización frecuentemente. - Nunca.	Según el uso de métodos anticonceptivos.
7. Antecedentes obstétricos	-Embarazo ectópico. -Gestorragia. -Mortalidad fetal. -Diabetes gestacional. -HTA en el embarazo. -Infecciones vaginales. -Infecciones urinarias. -Talla materna menor de 150 cm. - CIUR. -Ninguna.	Según el antecedente obstétrico.
8. Antecedentes natales	-Cesárea. -Parto normal.	Según antecedentes natales.

	-Complicaciones en el recién nacido.	
9. Conducta sexual.	-Sexualidad reprimida. -Sexualidad normal. -Cambios frecuentes de pareja. -Prostitución.	Según la conducta sexual.
10. Situación económica.	-Cubre todas las necesidades. -Cubre parcialmente todas las necesidades. -Depende de otras personas u instituciones para cubrirlas.	Según la situación económica.
11. Información del riesgo Preconcepcional.	-Se mantiene informado. -Carece de información.	Según el nivel de conocimiento sobre RPC
12. Presencia de apoyo.	-Apoyo por parte de familiares. -Apoyo por parte de amigos.	Según la presencia de apoyo.

	<ul style="list-style-type: none"> -Apoyo por parte de vecinos. -Apoyo por parte de Instituciones. - Apoyo por parte de la pareja. 	
--	---	--

-Tratamiento estadístico de los datos.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y los datos se procesaron utilizando una microcomputadora. Empleo de una PC Pentium IV. Mediante un software estadístico SPSS para Windows versión 10.0. y el apoyo del software Excel 2003 Además se realizó la revisión y validación de la misma. Para el tratamiento estadístico de los datos de la información se usaron las medidas: frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencia absoluta para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

La encuesta constó de 12 ítems, esta constituyó el sustento informativo de parte del trabajo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio del Embarazo en la adolescencia en el mundo y en Cuba, particularmente, es de relevante importancia epidemiológica, socioeconómica y humana por cuanto los estilos de vida y ciertas normas de comportamiento mediadas por determinados factores circunstanciales adversos, así como la ineficacia de los recursos económicos en muchos casos y, el carecer de una cultura sanitaria sistematizada sobre la reproducción humana, influyen con gran peso en procesos de embarazo en la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia, en su desarrollo biopsicosocial, presenta una sucesión de signos y síntomas propios de la entidad. No obstante, cuando se interviene a tiempo y con las condiciones requeridas, este proceso puede y debe no ser tan traumático para la adolescente, debido a que el trabajo sistemático sobre este grupo de féminas en edad fértil, con riesgos preconceptionales, sería controlado sistemáticamente durante la labor preventiva por el equipo de trabajo del consultorio del médico de la familia, con énfasis en el que hacer del grupo de promoción y prevención.

De esta forma, a los efectos de esta investigación, se diseñó un estudio prospectivo de serie de casos. Los datos fueron tomados de Historias Clínicas, modelos de balances estandarizados de dichos años para todos las adolescentes que permanecen en el área.

Así mismo, fue tenido en cuenta un conjunto de dimensiones con sus variables e indicadores correspondientes que facilitaron la obtención de la información necesaria y esencial para el estudio en cuestión.

En general, se incluyeron en el trabajo 24 madres, es decir, todos los casos del Municipio de Florencia en el período comprendido entre octubre 2009 y octubre 2010, en especial los casos del área.

Control Semántico

Estrategia educativa: Es el sistema de procedimientos caracterizados por una intención comunicativa e instructiva-educativa para mejorar el modo de actuación respecto a la prevención del embarazo en la adolescencia y sus consecuencias.

Embarazo en la adolescencia: Se define como aquel embarazo que se produce en una mujer [adolescente](#) entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.

Educación sexual: Es el comienzo de forma imperceptible con que la familia educa sexualmente a través de los modelos de identificación y del contacto corporal del lenguaje del cuerpo.

A continuación, se exponen los resultados más relevantes obtenidos durante la investigación sobre educación sexual en embarazadas adolescentes del área de Florencia y que se explican a través de tablas y gráficos.

TABLA No. 1 Distribución de la muestra según la edad de las adolescentes.

Edad	Número	%
De 10-12 años	0	0
De 13-15 años	6	25
De 16-18 años	14	58,3
De 19 años	4	16,7
Total	24	100

Fuente: Encuesta

Se observó que el mayor número de las gestantes corresponde a las edades entre 16-18 años para un total de 14, que representa un 58,3% con diferencias muy significativas contra el resto de los intervalos de edades y seguido de las 6 adolescente de 13 a 15 años. Coincidiendo con la bibliografía revisada, que plantea los riesgos mayores para la madre y el feto aparecen cuando la gestación es más temprana, por esta razón se formula que, a menor edad, mayor son los riesgos (13,14,15)

TABLA No. 2 Distribución de la muestra según la escolaridad de las adolescentes.

Escolaridad	Número	%
Estudios primarios sin concluir.	1	4,2
Estudios primarios concluidos.	1	4,2
Estudios secundarios concluidos.	17	70,8
Estudios pre-universitarios concluidos.	5	20,8
Total	24	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla No.2 se puede apreciar que las adolescentes con estudios secundarios concluidos representaron un número de 17, lo que representa un 70,8%. Las que presentaban estudios pre-universitarios concluidos con un total de 5, para un 20,8%. Este predominio del nivel educacional secundario aportó datos significativos, dado por su directa relación con la adecuada maduración del aparato reproductor femenino. Podemos señalar que si coincidimos en ver el embarazo en la adolescencia como un factor importante de deserción escolar. Coincidiendo con la bibliografía consultada. ¹⁶

TABLA No. 3 Distribución de la muestra según la ocupación de las adolescentes.

Ocupación	Número	%
Continuación de estudios.	6	25
Ama de casa	8	33,3
Trabajadora.	10	41,7
Total	24	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla No.3 se muestran el predominio de las adolescentes a presentar deserción escolar representada por 10 trabajadoras y 8 ama de casa para un 75% del total de las madres, lo cual repercute negativamente en el desarrollo intelectual de estas jóvenes y en el desarrollo de los proyectos de vida futuros de esas adolescentes, según la bibliografía consultada.¹⁷

TABLA No. 4 Distribución de la muestra según el estado civil de las adolescentes.

Estado civil	Número	%
Acompañada.	6	25
Casada.	2	8,3
Soltera.	15	62,5
Divorciada.	1	4,2
Total	24	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla No.4 se muestran el predominio de las adolescentes a encontrarse solteras para un número de 15, que representa un 62,5%. Coincidiendo con la bibliografía consultada donde refiere que los adolescentes de nuestros tiempos prefieren no tener responsabilidades de las parejas estables.¹⁸

TABLA No. 5 Distribución de la muestra según la planificación familiar de las adolescentes.

Planificación familiar	Número	%
Embarazo deseado.	15	62,5
Embarazo no deseado.	9	37,5
Total	24	100

Fuente: Encuesta

En la TABLA No. 5 se aprecia que existen 15 madres con tendencia al embarazo deseado, para un 62,5%. No coincidiendo con la bibliografía consultada donde plantea que las madres de estas edades tienen preferencia por hacer rechazo al embarazo, pero por las características de nuestra área de salud las adolescentes por ir en contra de sus padres terminan siendo madres, a lo que se denomina ¡niñas con niñas!.¹⁸

TABLA No. 6 Distribución de la muestra según los métodos anticonceptivos usados por las adolescentes.

Métodos anticonceptivos	Número	%
Utilización siempre.	3	12,5
Utilización frecuentemente.	15	62,5
Nunca.	6	25
Total	24	100

Fuente: Encuesta

Como se puede apreciar en la tabla anterior 15 casos utilizaron frecuentemente métodos anticonceptivos, presentaron un 62,5%. El adolescente tiene conocimiento de los métodos anticonceptivos, pero no lo utilizan por el simple hecho de pensar que a ellos no les va a tocar. ¹⁹

TABLA No. 7 Distribución de la muestra según los antecedentes obstétricos de las adolescentes. N=24

Antecedentes obstétricos	Número	%
Embarazo ectópico	1	4,2
Gestorragia.	1	4,2
Mortalidad fetal.	0	0
Diabetes gestacional.	0	0
HTA en el embarazo.	2	8,3
Infecciones vaginales.	6	25
Infecciones urinarias.	3	12,5
Talla materna menor de 150 cm.	2	8,3
CIUR.	0	0
Ninguna.	9	37,5

Fuente: Encuesta

Se observó que el mayor número de las madres presentó algún antecedente obstétrico de patologías para un total de 15, que representa un 62,5%, Arrojando como dato importante que la mayoría del adolescente presentaron alguna patología en nuestra área de salud. Coincidiendo con la bibliografía consultada.

TABLA No. 8 Distribución de la muestra según los antecedentes natales de las adolescentes. N=24

Antecedentes natales	Número	%
Cesárea.	1	4,2
Parto normal.	23	95,8
Complicaciones en el recién nacido.	0	0

Fuente: Encuesta

Como se puede apreciar en la tabla anterior 23 madres presentaron parto normal y ningún tubo complicaciones en sus recién nacidos, para un 95,8%. Guardando relación con las características anatómicas de las adolescentes de nuestra área de salud.²¹

TABLA No. 9 Distribución de la muestra según la conducta sexual de las adolescentes.

Conducta sexual	Número	%
Sexualidad normal.	9	37,5
Sexualidad reprimida.	0	0
Cambios frecuentes de pareja	14	58,3
Prostitución.	1	4,2
Total	24	100

Fuente: Encuesta

En la Tabla No.9 se muestran el predominio de las adolescentes que presentan cambios frecuentes de pareja para un total de 14, que representa un 58,3%. Esta edad es propicia para este tipo de situaciones producto de que las adolescentes son muy influenciables y cambian con mucha facilidad de decisiones y de gustos.

²¹

TABLA No. 10 Distribución de la muestra según la situación económica de las adolescentes. N=24

Situación económica	Número	%
Cubre todas las necesidades.	1	4,2
Cubre parcialmente todas las necesidades.	22	91,6
Depende de otras personas u instituciones para cubrirlas	1	4,2
Total	24	100

Fuente: Encuesta

Como se puede apreciar en la tabla anterior 22 madres presentaron situación económica media porque cubrieron parcialmente todas las necesidades básicas, para un 91,6%. Coincidiendo con estudios anteriores donde se plantea que las adolescentes no tienen estabilidad económica y depende de la pareja y familiares para lograrlo.²²

TABLA No. 11 Distribución de la muestra según la información de riesgo preconcepcional de las adolescentes.

Información de riesgo preconcepcional	Número	%
Se mantiene informado.	11	45,8
Carece de información.	13	54,2
Total	24	100

Fuente: Encuesta

Como se puede apreciar en la tabla anterior 13 madres no se mantuvieron informadas sobre los riesgos preconcepcionales, para un 54,2%. Coincidiendo con la bibliografía consultada donde refiere que a esta edad las adolescentes prestan interés a otros temas de carácter personal y estas temáticas quedan generalmente excluidas.²²

TABLA No. 12 Distribución de la muestra según la presencia de apoyo que recibieron las adolescentes.

N=24

Presencia de apoyo	Número	%
Apoyo por parte de familiares.	7	29,1
Apoyo por parte de amigos.	6	25
Apoyo por parte de vecinos.	4	16,7
Apoyo por parte de Instituciones.	1	4,2
Apoyo por parte de la pareja.	8	33,3

Fuente: Encuesta

Se observó que el mayor número de las madres que presentó algún apoyo por parte de la pareja fue de 8, seguido de las que recibieron apoyo por parte de familiares que fue de 7, que representaron un total de un 62,4%, Se tuvo en cuenta que 2 de las madres recibieron estos apoyos al mismo tiempo, no coincidiendo con la bibliografía consultada. ¹⁰⁻²³

DISCUSIÓN

Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes embarazadas en el Área de Salud de Florencia en el período entre 2009 y 2010.

La educación sexual en las embarazadas adolescentes es una prioridad a resolver en el banco de problemas del Municipio de Florencia a partir del hecho de que no es un problema resuelto. Nuestro personal médico y de enfermería, como tarea fundamental, hace un esfuerzo extraordinario por lograr en la comunidad, un aumento en los conocimientos acerca de los factores de riesgo sobre este tema.

Queda mucho camino por recorrer en materia de prevención y promoción por una salud reproductiva eficaz. Es usual que, al captar embarazos en la adolescencia en nuestro servicio, se constaten evidentes factores de riesgo tales como edad, escolaridad, ocupación, estado civil, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo, lo que trae como consecuencia un aumento en las probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia.

Las pacientes atendidas en nuestras áreas de salud, por presentar las características predisponentes a la obtención de un embarazo en la adolescencia, reciben los beneficios del Programa de riesgo Reproductivo, Programa Nacional de planificación familiar y Programa Nacional de educación sexual. No obstante, la problemática continúa debido, fundamentalmente, a tradicionalismos culturales rurales que aún persisten en la población del territorio.

De esta forma, se hace un esfuerzo significativo por disminuir situaciones de salud, pero aun así continúa persistiendo la incidencia y prevalencia de casos que, desde el punto de vista sociopsicológico y psicosocial afectan la deseada funcionalidad afectiva y efectiva de las familias por el advenimiento del embarazo en la adolescencia que no siempre son atendidos en seguimiento eficaz por parte de los progenitores.

En sentido general, en nuestro municipio, por sus condiciones de ruralidad, son atendidas pacientes que, con mucha o poca cultura en materia de salud, abusan

de su integridad como ser bioético-social, puesto que tienden a un aumento progresivo de sus factores de riesgo materno.

El médico y la enfermera de los CMFs tienen una compleja tarea, y es la de identificarse con ese grupo de pacientes con tendencia a la exposición a factores de riesgo preconceptionales entre otros que conllevan al embarazo en la adolescencia y que con un comportamiento simétrico eficiente se lograría la disminución de casos a través de una adecuada planificación familiar, unida a una aplicación eficaz de la promoción y prevención a las adolescentes en edad fértil.

CONCLUSIONES

Después de todo lo expuesto se concluye señalando que es innegable la influencia que él tiene el embarazo en la adolescencia sobre las futuras generaciones. La estrategia de intervención resultó efectiva ya que se lograron avances significativos en cuanto a los factores de riesgos más relevantes como la edad, escolaridad, ocupación, estado civil, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo, por lo que deben constituir la diana de los esfuerzos que el médico y la enfermera deben desarrollar en su prevención, sobre todo en la comunidad. Se concluye que un programa de Salud Pública que contemple estos aspectos contribuiría a reducir la morbimortalidad perinatal.

RECOMENDACIONES

Valorar la posible generalización de la estrategia propuesta a los CMF del área de salud de Florencia

Bibliografía

1. Chirinos de Cova MA. Embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer. 1993; 9(2):117-131.
2. García Nápoles JE. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral I. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2001. p. 159.
3. Rodríguez Iglesia G, Delgado Calzado J, Pérez Rivero I. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescentes obstétricas críticamente enfermas en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(3): 141-5.
4. Salud reproductiva de los adolescentes. MMWR [en línea] 2005 enero 10. Disponible en: <http://WWW.lecciones aprendidas. htm>. [fecha de acceso 14 de mayo de 2006].
5. Rivero Herrera M. Adolescencia, conducta desviada. Educación política. Belascoaín. N 864 Ciudad de la Habana. 1995 p.4.
6. Valdés Díaz J. et al. Lactancia materna y madre adolescente. Rev Cubana Ped. 2000; 62(4): 560-565.
7. Sarmiento Rossiu JA. Los peligros del embarazo en la adolescencia y algunas medidas para tratar de evitarlos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001, 3(1): 47-53.
8. Larson J, Svanberg L. Teenage deliveries in a swedish population in the 1970'. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 62: 467-472.
9. Ortiz Lee C. Consecuencias médico-biológicas del embarazo en la adolescencia. Sex y Soc 2002; 8(18): 30-32.
10. Lanza Águila M del R, Bembidre Taboada R, Soto Cantero A, Martín Llamas G. Impacto del programa crecer en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr 2000, 15(1): 32-5.
11. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Rev Cubana Ped 2000; 72(1): 54-9.
12. Donoso Siña E, Bécquer Valdivieso J, Villarroel del Pino L. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Rev Panam Salud Pública 2003; 14(1): 3-8.

13. Barnet,B. La planificación reduce la mortalidad .Rev Network en español 2003, 9(2):4-8,12.
14. Rosselot J. Adolescencia: problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe. Pediatría 2 ed. Menehello: Inter-Médica 2004
15. Pelaez Mendoza J. Adolescente Embarazada: Características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005;23(1): 13-17
16. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex No.7, 2005:5-45.
17. González Pérez G, Silva Ayzaguer L. Cuba 1982: factores de riesgo de la mortalidad infantil. Rev Cubana Med General Integral 1988; 4(1):7-21.
18. Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de investigaciones de ciencias de salud, Universidad de Asunción Paraguay, 2007: 23.
19. [Pubertad normal, Dra. Andreina Cattani, Univ. Católica de Chile](#)
20. El Ataque temprano de Pubertad en Girlsm, 2001, el Centro de Investigación de Nacional para las Mujeres y Familias, Acceso 1 de noviembre de 2009.
21. Mayor S (May 2006). El embarazo y parto son causas principales de muerte en las muchachas adolescentes en los países en vías de desarrollo. *BMJ* 328 (7449): p. 1152
22. Makinson C (1985). Las consecuencias de salud de fertilidad" adolescente. *el Fam Plann* 17 (3): pp. 132–9. [doi:10.2307/2135024](#). [PMID 2431924](#).
23. La Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente. No solo es un simple problema: El Eslabón de Prevención del Embarazo adolescente a Otros Problemas Sociales Críticos. Retrieved May 27, 2006.
24. Locoh, Therese. El Matrimonio temprano Y Maternidad En África Subsahariana. Retrieved Julio, 2006
25. [Tasas en Globales año \(2002-2006\)](#)
26. Mehta, Suman, Groenen, Riet, & Roque, Francisco. Los Naciones Unidas la Comisión Social y Económica para Asia y el Pacífico. (1998). los adolescentes

en Times Cambiantes: Los problemas y Perspectivas para la Salud Reproductor Juvenil en La Región de ESCAP.Consultado 7 de Julio.

27. [Tasas en nationmaster 2005 y evolución 1997 - 2005](#)

28. [Para ver las estadísticas de 2007 seleccionando idioma -ES-, 5.-Salud maternal - Improving maternal health y después Salud reproductiva - Reproductive Health Madres adolescentes - Young mothers - Nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años, 2007, Seleccionar país mediante el cursor y si se quiere aumentar el tamaño con el zoom](#)

29. [Ver estadísticas seleccionando idioma -ES-, 5.-Salud maternal - Improving maternal health y después Salud reproductiva - Reproductive Health Madres adolescentes - Young mothers - Nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años, 2007, Seleccionar país mediante el cursor y si se quiere aumentar el tamaño con el zoom.](#)

30. [edc.org](#): Los novios abusivos. 2007

Anexo 1

ENCUESTA

Encuesta,

Objetivo: para obtener información atendiendo a las variables edad, escolaridad, ocupación, estado civil, planificación familiar, métodos anticonceptivos, antecedentes obstétricos, antecedentes natales, conducta sexual, situación económica, información del riesgo preconcepcional y presencia de apoyo en las madres adolescentes.

CONSIGNA:

Estimada paciente, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio sobre los principales factores de riesgo del embarazo en la adolescencia y la educación sexual en el área de Florencia. Esperamos, como siempre, su colaboración.

GRACIAS.

TACHE CON UNA CRUZ (x) CUÁL O CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS ESTÁN RELACIONADOS CON USTED.

1- Edad:

-De 10-12 años_____

-De 13-15 años_____

-De 16-18 años_____

-De 19 años_____

2. Escolaridad:

- Estudios primarios sin concluir _____
- Estudios primarios concluidos. _____
- Estudios secundarios concluidos. _____

- Estudios pre-universitarios concluidos. _____

3. Ocupación:

- Continuación de estudios. _____
- Ama de casa. _____

- Trabajadora. _____

4. Estado civil.

- Acompañada. _____
- Casada. _____
- Soltera. _____

- Divorciada. _____

5. Planificación familiar

- Embarazo deseado. _____

- Embarazo no deseado. _____

6. Métodos anticonceptivos

- Utilización siempre. _____
- Utilización frecuentemente. _____

- Nunca. _____

7. Antecedentes obstétricos

- Embarazo ectópico. _____
- Gestorragia. _____
- Mortalidad fetal. _____
- Diabetes gestacional. _____
- HTA en el embarazo. _____
- Infecciones vaginales. _____
- Infecciones urinarias. _____
- Talla materna menor de 150 cm. _____
- Crecimiento Intrauterino Retardado. _____

- Ninguna. _____

8. Antecedentes natales

- Cesárea. _____
- Parto normal. _____

- Complicaciones en el recién nacido _____

9. Conducta sexual.

- Sexualidad reprimida. _____
- Sexualidad normal. _____
- Cambios frecuentes de pareja. _____

- Prostitución. _____

10. Situación económica.

- Cubre todas las necesidades. _____
- Cubre parcialmente todas las necesidades. _____

- Depende de otras personas u instituciones para cubrirlas. _____

11. Información del riesgo Preconcepcional.

- Se mantiene informado. _____

- Carece de información. _____

12. Presencia de apoyo.

- Apoyo por parte de familiares. _____
- Apoyo por parte de amigos. _____
- Apoyo por parte de vecinos. _____
- Apoyo por parte de Instituciones. _____
- Apoyo por parte de la pareja. _____

Anexo 2

PROGRAMA EDUCATIVO

REUNIÓN # 1

- Objetivos:
 1. Crear un ambiente de desinhibición y confianza.
 2. Presentar la estrategia educativa y la metodología a seguir.
 3. Valorar las expectativas del grupo con relación a la estrategia educativa.
- Actividades:
 - Presentación de los participantes.
 - Expectativas.
 - Discusión en grupo: "El embarazo en la adolescencia".

REUNIÓN # 2

- Objetivos:
 1. Identificar la edad adecuada para tener un embarazo.
 2. Reconocer la necesidad de una adecuada educación y preparación para enfrentar el embarazo.
- -Actividades:
 - Apertura.
 - Presentación del tema: Embarazo normal. Complicaciones del embarazo en la adolescencia.
 - Cierre. Cadena de asociaciones.

Reunión # 3

- Objetivos:
 1. Analizar las ventajas de una pareja estable para evitar situaciones y [conflictos](#) entre los jóvenes al comenzar la vida sexual.
 2. Reflexionar acerca de los riesgos que tienen al asumir un embarazo en la adolescencia como [conducta](#) sexual irresponsable.
- Actividades:
 - Apertura: Comentario sobre la reunión anterior.
 - Presentación del tema: Sexualidad en la adolescencia
 - Cierre. Completar frases incompletas.

Reunión # 4

- Objetivos:
 1. Identificar como evitar el embarazo en la adolescencia.
 2. Reflexionar sobre la madures sexual de las adolescentes y las patologías a que se expondrían por la misma.
- Actividades.
 - Apertura.
 - Comentarios iniciales. [Juego](#) "El correo ".
 - Presentación del tema: ¿Cómo no embarazarse precozmente cuando aún no se es madura sexualmente?
 - Cierre: El barco se hunde.

Reunión # 5

- Objetivos
 1. Debatir información sobre el parto y sus riesgos.
- Actividades:
 - Apertura. ¿Eres realmente cubana?
 - Comentarios Iniciales.
 - Presentación del tema: [video](#) "Trabajo de parto y Puerperio normal".
 - Cierre: Encuentro de conocimiento "sabe más, quien lee más".

Reunión # 6

- Objetivos:
 1. Reflexionar acerca de los riesgos que tienen al asumir una conducta sexual irresponsable.
 2. Realizar un video [debate](#) sobre un capítulo de la teleserie "Doble Juego", "Caso Matilde".
- Actividades:
 - Apertura.
 - Comentarios iniciales.
 - Presentación, [análisis](#) y debate del capítulo a partir de las preguntas elaboradas por el coordinador.

Reunión # 7

- Objetivos:
 1. Analizar las situaciones y [conflictos](#) que viven los jóvenes al enfrentarse a un embarazo sin estabilidad económica.
- Actividades:
 - Apertura: Comentario sobre la reunión anterior.
 - Presentación del tema: Embarazo sin estabilidad económica en la adolescencia.
 - Cierre. Completar frases incompletas.

Reunión # 8

- Objetivos
 1. Valorar el nivel de información sobre el riesgo preconcepcional.
 2. Evaluar el apoyo individual recibido por otros en esta etapa de la vida.
- Actividades:
 - Apertura. ¿Eres realmente cubana?
 - Comentarios Iniciales.

- Presentación del tema: Aplicación de juego de preguntas y respuestas y debatir si se sienten queridos.

Cierre: encuestas anónimas.

Reunión # 9

- Objetivos:
 1. Integrar los temas abordadas en la Estrategia Educativa.
 2. Valorar la trascendencia de lo debatido y su [utilidad](#) para su vida futura.
- Actividades:
 - Apertura Juego: "Esto me recuerda"

Anexo 3

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS DE AFIRMACIÓN O NEGACIÓN UTILIZADA PARA EVALUAR LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

1. ¿Sabe usted la edad adecuada para tener hijos?
2. ¿Es necesario tener un buen nivel educacional?
3. ¿El embarazo en la adolescencia irrumpe el curso de los estudios?
4. ¿Puede una madre joven asumir por sí sola la crianza de su hijo?
5. ¿Con la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos tienes igual riesgo de quedar embarazada?
6. ¿Tiene la embarazada adolescente posibilidades de presentar riesgos obstétricos?
7. ¿Sabe usted el riesgo que puede traer consigo el cambio frecuente de pareja?
8. ¿Existe en el hogar una situación económica estable y adecuada para afrontar el nacimiento y la crianza de un hijo?
9. ¿Tienen la suficiente información sobre los riesgos preconceptionales que enfrentan las adolescentes?
10. ¿Apoyaría usted el embarazo de su hija adolescente?

Anexo 4

Consentimiento Informado.

El que suscribe _____

Hago constar mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio sobre educación sexual en embarazadas adolescentes, declaro que he sido informada del objetivo del estudio por el cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para las adolescentes significa minimizar la aparición de embarazo en la adolescencia.

Doy mi consentimiento para que se me realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento en

Florencia a los ____ días del mes de _____ del año 2010.

Firma _____.