
**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Docente
Área Norte de Ciego de Ávila**

**Intervención educativa sobre los riesgos del embarazo en gestantes
adolescentes del Policlínico Norte de Ciego de Ávila.**

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

Autor: Dr. Fernando Abraham Cañizares Téllez

**Ciego de Ávila
2018**

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Docente
“Área Norte de Ciego de Ávila “**

**Intervención educativa sobre los riesgos del embarazo en gestantes
adolescentes del Policlínico Norte de Ciego de Ávila.**

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

**Autor: Dr. Fernando Abraham Cañizares Téllez.
Aspirante a especialista en 1^{er} Grado en Medicina General Integral.**

**Tutora: Dra. Yanara Salas Villaurrutia.
Especialista de 1^{er} Grado en Medicina General Integral y Ginecobstetricia.
Profesor Instructor.**

**Ciego de Ávila.
2018**

Dedicatoria

A mi madre por ser el faro que siempre ha guiado mis pasos y a Antonio Ruiz Cabrera por enseñarme que las cosas más importantes de la vida no se encuentran en un libro de medicina.

Muchas Gracias

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo pre y post-prueba para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa en 66 embarazadas adolescentes pertenecientes al Policlínico Norte del municipio de Ciego de Ávila en el periodo comprendido de octubre del 2016 a junio del 2018 para elevar el nivel de conocimientos sobre los riesgos del embarazo en gestantes adolescentes. Se caracterizó el grupo de estudio según grupo de edad, escolaridad, estado civil, ocupación y edad de inicio de las relaciones sexuales. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimientos antes y después de la aplicación del programa educativo y que fueron sometidos a validación por criterio de expertos. Se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimientos final sobre los riesgos a los que están sometidas las gestantes adolescentes y el producto de la concepción lo cual convierte esta investigación en una importante herramienta de trabajo preventivo aplicable a las adolescentes del territorio.

Palabras clave: Intervención educativa, adolescentes, embarazo, nivel de conocimientos.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	6
▪ Marco teórico.....	7
▪ Método.....	21
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	28
▪ Conclusiones.....	42
▪ Recomendaciones	
▪ Referencias bibliográficas.	
▪ Anexos.	

INTRODUCCIÓN.

La adolescencia debe ser considerada como una etapa de la vida en sí misma, al igual que la niñez, la adultez, o la ancianidad. Es aquel período de transición en el que el niño se convierte en adulto. Por lo tanto, y siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera como embarazo en la adolescencia aquella gestación que tiene lugar en mujeres menores de 19 años, con independencia de la edad ginecológica. Muchos autores coinciden en la existencia de una diferencia marcada en el comportamiento de la patología obstétrica de las adolescentes por lo que estará en dependencia de su desarrollo psicosocial, medio familiar, orgánico y funcional, también se acepta el incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes de 15 años o menos, y / o edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente a los factores psicosociales, ambientales y familiares. (1-5)

Durante este período se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida. Son muchas las cosas que se prueban o que se intentan por primera vez durante la adolescencia, citando como ejemplo las relaciones sexuales. Uno de los problemas de salud pública que se identifican a nivel nacional, lo constituye el incremento del embarazo precoz, incidiendo este como problemática social que afecta a niñas y jóvenes, apreciando como resultado final el abandono de sus estudios y hogares, limitándose así sus proyectos de vida. (6-8)

Se define este período en una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundaria hasta la madurez sexual. (9-12)

La actividad sexual precoz y sin protección causa un aumento en la morbilidad y mortalidad durante el período de la adolescencia. (13-17)

Además de los efectos y costos que se evidencian más tarde en la vida teniendo importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la

joven embarazada. (18-22)

Por eso este problema constituye una preocupación de primer orden para los profesionales de la salud y se impone abordarlo a partir de un marco conceptual actualizado, sobre el desarrollo humano integral y la promoción de salud. (23-27)

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto. Tiene además implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional familiar y social. (25,26)

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres lo que equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. (28-33)

La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes. En Cuba el 8 % de la población es menor de 20 años y el riesgo de tener hijos con peso al nacer inferior a los 2500 g es casi 2 veces superior para estas madres en comparación con las de más edad. (34-39)

El mayor problema del embarazo en la adolescencia es el social, generalmente estas jóvenes abandonan sus estudios, enfrentándose a dificultades para su incorporación laboral. (40-44)

Se puede considerar que una adolescente embarazada da un salto en su vida, pues tiene que comenzar a vivir como adulto, para lo que no está preparada psíquica ni intelectualmente. (45-50)

En Cuba, igual que en los países desarrollados, existe una tendencia a la reducción de la edad monárquica. (1; 25-51)

Este proceso provoca el despertar temprano de necesidades sexuales sobre todo biológicas, y el arribo a la primera relación sexual precozmente, generalmente sin suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia. (14,21)

De forma global en la morbilidad de la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, (incluida la bacteriuria asintomática) los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. (52)

En el parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que implica un mayor peligro de parto traumático para el feto. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. (50-53)

Aún en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas. (53-56)

Son numerosos los argumentos para decir que el embarazo es un riesgo por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud, sobre todo de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo poblacional. (56,57)

El médico de familia, con su papel protagónico en el corazón de la comunidad, con su labor de orientación educativa a través de los círculos de adolescentes, pueda contribuir en esta tarea de forma satisfactoria. (57,58)

Todos los años, 14 millones de adolescentes entre 15-19 años se convierten en madres. Se desconoce incluso la cantidad de las que se hacen madres con menos de 15 años. En los países en desarrollo, entre una cuarta parte y la mitad de todas

las adolescentes tienen su primer hijo antes de los 18 años. De manera global los

nacimientos en menores de 20 años representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. (59)

Estudios preliminares realizados por la (OMS) afirman que mundialmente 3 de cada 10 mujeres embarazadas tienen menos de 18 años con un índice de mortalidad relacionado con el embarazo, valorando que esta situación o problemática social no es directamente proporcional al desarrollo económico de la población, a partir de evaluar como ejemplo el caso específico de los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU) el cual presenta una situación que los hace similares a nosotros y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental, en estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático del porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa. EE. UU es el país industrializado con mayor número de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11.1 % en la década de los 80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un descenso de embarazos, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. (39)

El Instituto de Seguro Social y el Nacional de Cancerología realizaron en Colombia en el 2013 una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas para explorar los conocimientos de riesgo para la salud en los adolescentes entre 12 y 17 años encontrando que el 17 % de ellos habían tenido coito, siendo mayor en los varones que entre las hembras, la edad promedio para la primera relación sexual fue 13.4 años en varones y 14.3 en adolescentes femeninas. Del total de la muestra que había tenido coito, el 52 % había quedado embarazada. En otros países similar problemática se aborda de manera diferente, pues a pesar de que existen pronunciamientos a favor de desarrollar la educación sexual no existe una voluntad política al respecto. (48)

En la medida que Cuba se fue registrando en un proceso de decrecimiento de la fecundidad, aumentaron las proporciones y tasas de embarazos en la adolescencia, de ahí que podría suponerse que en un país que se destaca por su equidad reproductiva, el embarazo en la adolescencia constituye un resultado

no esperado en el proceso de reproducción, cuyas causas hay que encontrarlas en factores sociológicos, psicológicos, culturales y otros, que son analizados en su evolución secular. (55)

Durante las investigaciones realizadas en nuestra provincia en el año 2015 se captaron 4 397 embarazadas de las que 775 se correspondían con edades menores de 20 años, representando un 17.6 % del total. En el 2016 y 2017 apreciamos un ligero incremento, a partir de evaluar que de una población de embarazadas en esos años de 4 229 y 4 359, correspondían a menores de 20 años 733 y 782 respectivamente. Representando un 17.3 y 17.9 % del total. En el último quinquenio en el municipio de Ciego de Ávila se registraron un total de 2449 embarazadas de las cuales el 10.37 %(254) pertenecían al Policlínico Norte; en el período que comprende el estudio se registraron un total de 234 gestantes en este policlínico y de ellas el 28.2 %(66) eran adolescentes. (39)

Problema científico

Se desconoce cuál es el nivel de conocimientos acerca de los riesgos del embarazo en las gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila.

Hipótesis de investigación:

La aplicación de una intervención educativa pudiera elevar el nivel de conocimientos en gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Norte del municipio de Ciego de Ávila.

Objetivos

General:

Aplicar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre los riesgos del embarazo en gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Norte del Municipio Ciego de Ávila en el período de octubre de 2016 a junio de 2018.

Específicos:

- Caracterizar las gestantes adolescentes del Policlínico Norte según edad, escolaridad, estado civil y ocupación.
- Determinar el nivel de conocimiento inicial de las gestantes adolescentes.
- Aplicar una intervención educativa en las gestantes adolescentes.
- Evaluar la efectividad de la intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

El embarazo en la adolescencia es la gestación que tiene lugar durante esa etapa de la vida, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años de edad; o las que tengan una edad ginecológica menor de 5 años. Se denomina *edad ginecológica* a la diferencia de la edad actual de la adolescente y la edad de aparición de la menarquía. El riesgo asociado al embarazo en adolescentes se relaciona entre otras cosas con el grado de madurez del aparato reproductor, ya que si la adolescente no ha completado su madurez biológica se incrementa el riesgo de complicaciones como son el bajo peso al nacer, tanto el asociado a la prematuridad, como a la malnutrición fetal intrauterina o el crecimiento fetal restringido, que es como se le conoce comúnmente; también se notifica un incremento de la enfermedad hipertensiva de la gestación, anemia materna, mayor índice de distocias del parto, pero en realidad muchos de los riesgos del embarazo a estas edades se asocian más a su inmadurez psicosocial, que a la biológica. Se estima que la madurez óptima se alcanza a lo sumo entre 2-4 años después de la primera menstruación (menarquía), pero esta supuesta "madurez" biológica dista mucho de la realidad. Algunas adolescentes maduran a los 18 años, otras a los 20, y algunas a los 15. Finalmente, y no por ello menos importante, está el proyecto de vida de la adolescente (sus aspiraciones intelectuales, políticas, artísticas, etc.), pues muchas veces estas se frustran ante la llegada prematura de un hijo, y en este aspecto influyen muchos elementos como son la procedencia de la adolescente (urbana o rural), las características de la familia (apoyo familiar), si tiene pareja estable que la apoya, y otros factores. Por lo tanto, *no hay una edad ideal para ser madre*, sino que esta es individual para cada mujer y cada pareja. En lo que sí coinciden todos los autores es en la existencia de una diferencia marcada en el comportamiento de la gestación en las adolescentes, teniendo en cuenta los datos antes enunciados. También se acepta el incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes con 15 años o menos y 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. (59)

Clasificación de adolescencia:

La adolescencia se clasifica en tres niveles: Adolescencia temprana y tardía.

Adolescencia temprana:

Está comprendida entre los 10 y los 14 años. Marca el final de la pubertad y el ingreso a la adolescencia. Durante este tiempo se produce la mayoría de los cambios orgánicos y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los conflictos característicos de esta edad son: Preocupación por la imagen corporal (pérdida del cuerpo infantil) y los cambios que están aconteciendo, Deseos de independizarse de los padres, pero simultáneamente necesidad de mantener la dependencia, Deseos sexuales aumentados pero restringidos por la duda, el temor al acercamiento al sexo opuesto, conflictos entre los deseos y las normas morales aprendidas, masturbación frecuente, angustia ante el crecimiento y la maduración, así como cambios en el trato por parte de los adultos. (9)

Adolescencia tardía:

Período comprendido entre los 15 y 19 años, se consolida la identificación sexual, aumenta la crítica a la autoridad en general, pero especialmente la de los padres, gran valoración del grupo, preocupaciones filosóficas y religiosas, persiste la angustia ante la sexualidad, pero el acercamiento es difícil (en ocasiones puede estar revestido por agresividad), comienzan las preocupaciones por elección de carrera o profesión y por el futuro en general, durante esta última fase debe haberse constituido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, la rivalidad con los padres comienza a ceder el paso a la identificación con ellos y a la internalización de las normas familiares y sociales, el grupo comienza a perder su importancia primordial quedando en primer plano el concepto del individuo. (9)

Es una etapa de la vida de grandes oportunidades, pero también es altamente vulnerable; las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planificado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. (10)

La edad óptima para la mujer embarazarse comprende entre los 20 y 30 años, pues en estas edades ya se ha adquirido la madurez biológica, psicosocial y algo no menos importante, se ha completado el proyecto de vida: sus aspiraciones

intelectuales, políticas y artísticas. El desconocimiento de este aspecto por la adolescente incrementa la probabilidad en siete veces de embarazo antes de cumplir los 20 años. (11)

Entre todas las conductas sexuales de riesgo, sin duda el inicio precoz de las relaciones sexuales posee una mayor trascendencia, pues es precisamente a partir de esta que se derivan todas las restantes. Los adolescentes, de un sexo y otro, comienzan a tener sus relaciones sexuales sin haber recibido información exacta y oportuna sobre sexualidad y reproducción, de manera que ese desconocimiento es causante actualmente de la alta incidencia de embarazos no planificados ni deseados a esas edades. (12)

La maduración sexual se manifiesta más claramente en el sexo femenino con la aparición de la menarquia, que ocurre en promedio a los 12 años y se regulariza con la ovulación en el año siguiente, etapa en que puede ocurrir el embarazo. (13)

El elevado índice de embarazo en las adolescentes demuestra que existe carencia en el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos. Aunque el método de planificación familiar ideal en la adolescencia es la abstinencia coital, hay que tener en cuenta que los coitos hacen parte de la vida sexual del adolescente, por lo que otros métodos pueden ser utilizados de forma inocua y segura. (15)

Los métodos anticonceptivos para adolescentes se clasifican en, preferentes (preservativo y anticoncepción hormonal oral), aceptables (diafragma y esponja vaginal, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable o intradérmica), menos aceptables (DIU, abstinencia periódica y contracepción quirúrgica) y de emergencia (intercepción postcoital). (16)

La anticoncepción de emergencia se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección y sus efectos secundarios son muy escasos, pudiendo reducir hasta en un 75 % el riesgo de que se produzca un embarazo después de un coito no protegido. Es una opción válida para las adolescentes sexualmente activas generalmente tienen relaciones sexuales sin protección, especialmente durante los primeros 6 meses de iniciada la actividad sexual, el acceso fácil a la anticoncepción de emergencia

puede ser importante para esta población, puesto que puede ayudar a prevenir un embarazo no planificado que por lo general termina con el aborto. (16)

La forma más común de la anticoncepción de emergencia es que la mujer tome una dosis especial de píldoras anticonceptivas, denominadas píldoras anticonceptivas de emergencia unas pocas horas o días después del coito, este método no se consideran una forma de aborto, ofrece muchas posibilidades de evitar los embarazos no deseados, y el aborto, sin embargo, aún no está ampliamente divulgado entre las adolescentes. Además, los jóvenes sexualmente activos tienden menos a usar anticonceptivos que los adultos, incluso dentro del matrimonio. En los matrimonios jóvenes esto puede deberse al deseo de tener un hijo o al hecho de que el matrimonio fue la consecuencia de un embarazo premarital. Pocas mujeres jóvenes practican la anticoncepción entre el matrimonio y el primer embarazo. (17)

En su mayoría, las mujeres que se casan jóvenes tienen por lo menos un hijo antes de los 20 años de edad. Inferior es aún la utilización de métodos anticonceptivos entre el inicio de las relaciones sexuales y el primer embarazo, lo que es causa con frecuencia de embarazos no deseados y de abortos de riesgo. Pocas son las parejas jóvenes no casadas que recurren a un método anticonceptivo la primera vez que tienen relaciones sexuales. La protección anticonceptiva durante la primera relación sexual aumenta con la edad. Las razones más comunes citadas por los adolescentes para explicar el limitado uso de anticonceptivos es que no esperaban la relación sexual. La segunda razón más común es que no estaban enterados de la anticoncepción. Otras razones por las cuales los adolescentes tienen una baja utilización de métodos anticonceptivos pueden ser más sutiles y aún más difíciles de abordar: falta de información, falta de acceso o dificultad para realizar la consulta y falta de madurez para tomar la decisión de uso de un anticonceptivo en pareja. Muchos adolescentes consideran que la anticoncepción es algo que atañe solo a los adultos casados que quieren espaciar sus hijos. Algunos hombres y también algunas mujeres tal vez estén en contra de la anticoncepción porque creen que fomenta la infidelidad de la mujer. Además, las actitudes sociales que condenan a las niñas que planean su vida sexual, combinadas con la percepción de que esos planes malogran el romanticismo, tal vez no detengan la actividad sexual,

pero pueden inhibir el uso de anticonceptivos. Esas actitudes contribuyen a que aumente la vulnerabilidad de las adolescentes a las ITS y al embarazo ectópico. Asimismo, las adolescentes, especialmente las que tienen relaciones con compañeros de más edad, pueden sentirse avergonzadas de discutir o negociar el uso de anticonceptivos, y algunas jóvenes no pueden usar anticonceptivos porque la relación sexual es indeseable y forzada. Debido a las características antes descritas, el embarazo no deseado es un evento frecuente entre las adolescentes, las cuales en no pocas ocasiones recurren al aborto con vistas a solucionar este evento inesperado. Por lo general, la gran mayoría de los embarazos que tienen lugar en una adolescente son involuntarios. Incluso entre las casadas jóvenes, muchos nacimientos son involuntarios, lo que precipita en no pocos casos la ocurrencia de matrimonios tempranos. (18)

En su mayoría, las jóvenes del mundo en desarrollo aún tienen su primer hijo dentro del matrimonio; por lo tanto, la edad mediana al nacer el primer hijo se mantiene muy próxima a la edad mediana al casarse. En los países desarrollados, donde la mayoría de las mujeres se casan después de los 20 años, las tasas de fecundidad entre las mujeres de 15-19 años son bajas. En tanto, en los países en los que la mayoría de las mujeres se casan jóvenes, las tasas de fecundidad entre las mujeres de 15-19 años siguen siendo altas, cerca o por encima de 100 por 1 000 mujeres. En casi todos los países, las mujeres provenientes de zonas rurales y las de menos instrucción son las que tienen mayor probabilidad de tener un hijo antes de los 20 años. Esto es más notorio entre las adolescentes, ya que las mujeres de zonas urbanas de 15-17 años tienen una tendencia menor a estar casadas, además de que es más elevada la proporción de las que están vinculadas al sistema de educación al compararlas con sus coetáneas de las zonas rurales. Este aumento parece deberse no tanto a la actividad sexual más temprana como al matrimonio más tardío, ya que la mayoría de las adolescentes alfabetizadas comienzan a tener relaciones sexuales más tarde que sus pares analfabetos, postergando igualmente el matrimonio. (59)

A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, la mayoría de los embarazos en las adolescentes no son planeados ni deseados y terminan mediante un aborto, lo que conlleva un alto riesgo para la adolescente. Se estima que alrededor de 25 millones de abortos se realizan en las menores de 20 años como consecuencia de un embarazo no deseado, ni planificado y mueren alrededor de doscientas mil cada año como consecuencia de las complicaciones de este proceder. (18)

Los índices de aborto inducido en Cuba anualmente se mantienen entre los más elevados a nivel mundial jugando un papel prominente en la regulación de la fertilidad. A nivel nacional la práctica del aborto es tradicional, transmitida entre generaciones y bastante afianzada ante lo “seguro” que resulta su desempeño. Está además comprobado que las adolescentes recurren a su práctica de manera iterativa en muchos casos, o sea, repiten el ciclo haciéndose usuarias del método, lo que denota el desconocimiento sobre las innumerables complicaciones de este método. Todos los años, 14 millones de adolescentes entre 15-19 años se convierten en madres. Se desconoce incluso la cantidad de las que se hacen madres con menos de 15 años. En los países en desarrollo, entre una cuarta parte y la mitad de todas las adolescentes tienen su primer hijo antes de los 18 años. De manera global los nacimientos en menores de 20 años representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. (19)

La probabilidad de que las adolescentes entre 15-19 años mueran por causas relacionadas con el embarazo y el parto son dos veces mayores a las de las mujeres con edades entre 20-30 años. Para las madres menores de 15 años, los riesgos se elevan todavía más hasta cinco veces superiores. Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la patología hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, entre otros, determinan un incremento de la morbilidad y mortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años. Se debe tener en cuenta que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (73-93 %), y el primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada. Entre ellos se encuentra la preclampsia o hipertensión inducida por la gestación, y es más frecuente en embarazadas jóvenes de bajo nivel socioeconómico. (58)

De forma global, se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por periodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las

hemorragias asociadas a afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición añadida, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. En relación con el feto, se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. En el periodo del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del polo cefálico. Estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del canal blando, que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto que presenta amplia variedad y grado de gravedad. (59)

En la literatura se señalan los peores resultados durante el embarazo, con relación al bajo peso al nacer, y la morbilidad y mortalidad son más frecuentes en las adolescentes que en la mujer adulta, y que las embarazadas adolescentes con bajo peso al comienzo del embarazo y/o ganancia insuficiente de peso al concluir este, son las que aportan mayor número de recién nacidos bajo peso. (20)

Está demostrada una relación directa entre menos edad y menor peso del neonato, probablemente este resultado perinatal adverso sea asociado a la inmadurez biológica, debido a la existencia de otros factores que pueden explicar este hallazgo y entre ellos podemos señalar: La mayor presencia de preclampsia eclampsia que se asocia a mayor prematuridad, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento fetal. Además, la mayoría de las adolescentes no planean su embarazo y éste las toma de sorpresa y por ende al menos en los primeros meses no van a tener los cuidados que amerita un embarazo; Incluso es frecuente encontrarse con estas pacientes que dicen desconocer estar embarazadas o que por temor a la reacción de sus familiares y la sociedad

prefieren ocultar el embarazo hasta etapas donde las manifestaciones clínicas son evidentes. (21)

Entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes cursan con trastornos hipertensivos (50% preclampsia – eclampsia) y se invoca una falla en el mecanismo inmunológico adaptativo entre el organismo materno y su huésped, que puede estar relacionada con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. (22)

Las gestantes adolescentes constituyen grupos de riesgo y elevan los índices de morbilidad y mortalidad materna, pero fundamentalmente infantil. De igual forma, tienden a experimentar partos prematuros y tener hijos con bajo peso al nacer, sobre todo cuando la madre es muy joven. Son muy claros los peligros que entraña una maternidad prematura, pues las gestantes se exponen a la muerte por una complicación durante el embarazo, parto e incluso puerperio. (23)

La población de adolescentes embarazadas en Cuba se comporta como un grupo “intervenido”, pues su atención es prioridad de los lineamientos del Programa Nacional Materno Infantil, cuyo pilar fundamental es la atención basada en el enfoque de riesgo y cuyo núcleo básico es el médico y la enfermera de la familia. Por eso, cuando estudiamos la morbilidad y mortalidad en la gestante adolescente y su producto, hemos encontrado un comportamiento similar, e incluso en muchos casos inferiores a las que se notifican en madres entre 20-35 años. Solo indicadores que miden más desarrollo social que complicaciones médicas se comportan con mayor frecuencia en las adolescentes, como el bajo peso al nacer y la prematuridad, por lo general secuelas de trastornos nutricionales en la madre, fundamentalmente la malnutrición por defecto. Sin embargo, cuando se ha intervenido precozmente a estas gestantes adolescentes malnutridas, se han logrado reducir estos indicadores adversos. La morbilidad desde el punto de vista social es la que más influye al estudiar la problemática de las adolescentes embarazadas, la frustración de su proyecto de vida, cuya manifestación principal es el abandono de los estudios, constituye un pesado lastre para una joven que no se encuentra

preparada para encarar un cambio tan brusco en su vida. El embarazo precoz en edades tempranas y sus posibles complicaciones son conocimientos que deben dominar todos los profesionales de la salud que laboren en el nivel primario de atención. Es precisamente en la atención primaria de salud donde contamos con las mejores opciones para ganar esta batalla, y son los médicos y enfermeras que laboran a nivel de la comunidad en conjunto con los trabajadores sociales y comunicadores sociales, quienes cuentan con las posibilidades de planificar las estrategias de enfrentamiento de esta problemática, y alcanzar las metas que todos aspiran. Resulta, por tanto, imprescindible brindarles todas las herramientas, incluida la información indispensable, para que puedan diseñar estrategias y realizar acciones en la comunidad dirigidas a enfrentar la problemática del embarazo precoz. (59)

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema de embarazo en la adolescencia no escapa a esta tendencia. (38)

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”. (27)

Objetivos de la intervención

La intervención psicoeducativa, 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. (27)

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 concienten 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. (28)

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. (29,30)

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 la organización, asumiendo la complejidad de la misma.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera (30)

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. (31)

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 déficits en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social). (32)

Agentes de la intervención

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

Entre profesionales

Para profesional (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 la Dra Ochandategui Camejo 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 %. (32,33,34)

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. (35)

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 luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %. (43)

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. (36)

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. (36, 37, 38)

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 o falsar 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 valorar los cambios. (39, 40)

MÉTODO.

Se realizó un estudio pre-experimental del tipo antes- después de la intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre los riesgos del embarazo en gestantes adolescentes del Policlínico Norte del Municipio Ciego de Ávila, durante el período comprendido entre octubre de 2016 a junio de 2018.

Universo y muestra

Se trabajó con el universo de 66 adolescentes embarazadas que coincidieron con la muestra y que cumplieron con los criterios de inclusión en el período de tiempo y área de salud antes mencionada.

Criterios de inclusión

- Toda embarazada adolescente que residiera y permaneciera físicamente en áreas pertenecientes al Policlínico Norte.
- Las gestantes adolescentes que decidieron participar de forma voluntaria, previo consentimiento informado de ellas y de sus tutores legales (Anexo 1), en las actividades educativas diseñadas en la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes que en cualquier momento y por cualquier motivo decidieron abandonar la investigación.
- Pacientes que presentaran algún tipo de discapacidad física o mental, que le impidiera la participación y comprensión adecuada de las actividades educativas realizadas.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario (Anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por el autor y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del Policlínico Norte del Municipio Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (Anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en la adolescencia en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: consta de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: Se solicitó el consentimiento informado (anexo 1) a todas las adolescentes y tutores legales que formaron parte de la investigación.

El autor del estudio aplicó la encuesta 1 (Anexo II) para caracterizar las variables seleccionadas en las féminas estudiadas e identificar las necesidades de aprendizaje sobre el embarazo en la adolescencia en cuanto a: conocimiento sobre los días fértiles, edad propicia para tener un embarazo, riesgos del embarazo en la adolescencia para la madre y recién nacido, variables seleccionadas según los objetivos trazados cuya aplicación permitió posteriormente elaborar la intervención educativa que fue desarrollada.

Etapa de intervención propiamente dicha: La muestra fue conformada por un grupo de 66 adolescentes embarazadas. La intervención se elaboró en base a las necesidades reales y sentidas de aprendizaje de los adolescentes, planificada para impartirla en un período de 1 mes y medio con un total de 6 encuentros, con una frecuencia semanal y duración de las actividades de 60 minutos. Se realizaron demostraciones prácticas, debates, análisis, discusión grupal y otras actividades de participación con los adolescentes.

Etapa evaluación y análisis de los resultados: Se aplicaron las últimas 6 preguntas de la encuesta inicial y se evaluó el grado en que se modificó el nivel de conocimientos sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia en las participantes del estudio después de la intervención, bajo los principios de la primera, una semana después de finalizada la intervención educativa.

. Métodos teóricos:

Análisis histórico lógico: Se seleccionó 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 conocimientos que poseían las gestantes adolescentes sobre los riesgos del embarazo.

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 confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético - Deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos empíricos:

Técnica de recolección de la información

La encuesta: Método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, se aplicó a las gestantes adolescentes identificando necesidades de aprendizaje y aplicando una intervención educativa para corregirlos.

Procesamiento estadístico:

Se aplicó la técnica de McNemar la cual consistió en comparar el nivel de conocimientos que poseían los profesionales antes y después de la intervención comunitaria.

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicó la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de los cuatro variables en estudio, es decir adecuado (1) e inadecuado (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p. En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechazo la hipótesis Ho.

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

Aspectos éticos:

Se llevó a cabo un proceso de negociación con las gestantes adolescentes explicando detalladamente en qué consistió 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 resultó 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 Procedimientos establecidos para los trabajos de terminación de residencia.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los colaboradores, siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua	10 a 11 años 12 a 13 años 14 a 15 años 16 a 17 años 18 a 19 años	Se evalúan 5 grupos según clasificación	Porcentaje según categorías
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Técnico Medio Universitario en curso	Se evalúan 5 grupos según clasificación	Porcentaje según categorías
Estado civil	Cualitativa nominal Politómica	- Soltera - Casada -Unión consensual	Se evalúan 3 grupos según clasificación	Porcentaje según categorías

Ocupación	Cualitativa nominal Politómica	- Estudiante. - Trabajadora. - Ama de Casa.	Se evalúan 3 grupos según clasificación	Porcentaje según categorías
Inicio de las primeras relaciones sexuales	Cuantitativa Discreta	10 a 11 años 12 a 13 años 14 a 15 años 16 a 17 años 18 a 19 años	Se evalúan 5 grupos según clasificación	Porcentaje según categorías
Nivel de conocimiento sobre los días fértiles dentro del ciclo menstrual	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: contestar inciso 6.4 Inadecuado: contestar incisos 6.1, 6.2, 6.4	Validación según cuestionario	Adecuado Inadecuado
Nivel de conocimiento sobre la edad propicia para el embarazo.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: contestar inciso 7.4 Inadecuado: contestar incisos 7.1, 7.2, 7.3, 7.5	Validación según cuestionario	Adecuado Inadecuado
Nivel de conocimiento sobre los riesgos del embarazo para la madre.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: mencionar 3 o más riesgos. Inadecuado: mencionar menos de 3 riesgos. Riesgos: aborto, anemia, infecciones, HTA, RPM,	Validación según cuestionario	Adecuado Inadecuado

		poca ganancia de peso, abandono de lactancia materna, ruptura uterina, daño psicológico...		
Nivel de conocimiento sobre los riesgos para el producto de la concepción.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: mencionar 3 o más riesgos. Inadecuado: mencionar menos de tres riesgos. Riesgos: anemia, poca ganancia de peso, abandono de lactancia materna, malnutrición, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, abandono materno, retardo en el desarrollo psicomotor...	Validación según cuestionario	Adecuado Inadecuado
Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado: marcar 4 o más incisos. Inadecuado: marcar menos de 4 incisos.	Validación según cuestionario	Adecuado Inadecuado

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Título: Intervención educativa sobre los riesgos del embarazo en gestantes adolescentes del Policlínico Norte de Ciego de Ávila.

Tabla 1. Adolescentes embarazadas según grupos de edades.

Grupo de Edades	No	%
10-11	0	0
12-13	0	0
14-15	6	9.1
16-17	25	37.9
18-19	35	53.0
Total	66	100

Fuente: Cuestionario

La distribución de las adolescentes según grupos etáreos es analizada en la Tabla 1, se observó que la mayor frecuencia se presentó en las edades de 18 a 19 años con 35 adolescentes embarazadas para un 53 % lo cual coincide con el estudio realizado por Álvarez en La Habana (34), no así con los estudios de Villanueva, Paraño Montero, Rodríguez otros. (28, 30, 38, 43)

Aunque la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el mayor descenso de la tasa de fecundidad específica en edades superiores hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumente; el número absoluto de hijos de adolescentes también aumenta por el aumento del número de población adolescente: el grupo de mujeres de 18 a 19 en América Latina subió desde 8 millones en 1950 a algo más de 22 millones a la vuelta del siglo. (40)

Seguido por orden de frecuencia de las adolescentes que tenían 16 y 17 años con un total de 25 casos representando el 37.9 % y de las adolescentes embarazadas con 14 y 15 años de edad con 6 pacientes para el 9.1 % respectivamente. No se reportó ningún caso en las edades más tempranas comprendidas de 10 y 13 años.

Tabla 2. Adolescentes embarazadas según escolaridad.

Escolaridad	No	%
Primaria	0	0
Secundaria	28	42.4
Preuniversitario	11	28.8
Técnico medio	19	16.7
Universitario en curso	8	12.1
Total	66	100

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 2 se muestra la distribución de las participantes en relación al grado de escolaridad donde se encontró un predominio de las adolescentes embarazadas que tenían como nivel escolar la secundaria con 28 gestantes lo cual representa el 42.4 % del total.

Autores nacionales en relación con la escolaridad de las embarazadas adolescentes reflejan diversos resultados. Beltrán Abreu en su investigación sobre factores causales y repercusiones sociales de maternidad precoz en Nuevitas, provincia de Camagüey, de 65 embarazadas adolescentes el 65.32% representado por 42 gestantes, tenían el nivel escolar de secundaria lo cual coincide con nuestra investigación. (45)

López Nodarse y Álvarez obtuvieron un nivel más alto predominando el preuniversitario. Paraño Montero (30) encontró en su investigación que el mayor porcentaje de embarazo en la adolescencia se encuentra en aquellas con nivel secundario y preuniversitario. En Cuba el promedio de años de escolaridad ha

estado aumentando y esa tendencia continuará incrementándose para elevar el nivel cultural de la población (2, 34, 44)

Otro autor nacional en investigación realizada a 500 mujeres embarazadas menores de 20 años que acudieron a la consulta de regulación menstrual y al servicio de legrado de un Hospital Ginecobstétrico de Ciudad de La Habana no encontraron notables diferencias en cuanto a la relación de las parejas de las estudiantes de secundaria o preuniversitario, lamentando que entre estas 500 adolescentes habían 28 que se encontraban en la enseñanza primaria. En la literatura internacional revisada se encontró discrepancias significativas en relación al nivel de escolaridad de las embarazadas: Villanueva en su trabajo sobre los factores sociodemográficas asociados a depresión de embarazo realizado en México halló que predominaba el nivel primario con 33 embarazada para un 51.04%. (25, 28)

Con respecto al antecedente del nivel de escolaridad, en un trabajo realizado en Chile, sobre embarazo en la adolescencia, se encontró una diferencia significativa entre los grupos, ya que el 43% de las embarazadas que desertaron previo al embarazo, solo alcanzaron un nivel de escolaridad básica versus el grupo de adolescentes que desertaron durante el embarazo, donde solo el 11.06% alcanzó el nivel educacional de secundaria. (17)

Diversos autores señalan que, desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel escolar muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño. (2,15)

Tabla 3. Adolescentes embarazadas según estado civil.

Estado Civil	No	%
Soltera	18	27.3
Casada	12	18.2
Unión consensual	36	54.5
Total	66	100

Fuente: Cuestionario.

Referente al estado civil (Tabla 3) se observó un predominio de las adolescentes embarazadas en unión consensual con 36 casos (54.5%) siendo poco más de la mitad de la muestra estudiada.

Al analizar el comportamiento del estado civil, autores nacionales coinciden al encontrar un predominio de las embarazadas adolescentes solteras lo cual discrepa de este estudio al igual que otro estudio realizado en Chile reporta en su investigación sobre embarazo en la adolescencia que las adolescentes embarazadas eran en su gran mayoría solteras. (22,32, 33)

Paraño Montero identifica en su investigación que la mayoría de las adolescentes embarazadas mantenían inestabilidad en la pareja. (30)

Álvarez encontró diferencias estadísticamente significativas en los grupos estudiados y fue 2 veces más probable el embarazo en aquellas adolescentes casadas, con relación a las solteras o con unión consensual para constituir un factor de riesgo, considerando que la formación y ampliación de la familia se ha visto matizada por un incremento de las parejas jóvenes, con embarazos casi inmediatos y también con una mayor fragilidad, lo que se refleja en la alta disolución de uniones formalizadas o no en la historia matrimonial. (34)

Diversos autores señalan que las madres adolescentes casadas tienen una mayor probabilidad de experimentar el divorcio que las mujeres casadas que son madre después de los 20 años. Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que de esta manera creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser

madre tampoco lo está para ser esposa y, posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro que tampoco lo está para ser padre y esposo. No resulta difícil aventurar que la situación no es la más adecuada para completar el desarrollo psicológico y personal de ambos y que el nuevo estado civil no va a ser, sino agravar la situación que dio lugar al embarazo. (21,28, 45, 55)

Tabla 4. Adolescentes embarazadas según ocupación.

Ocupación	No	%
Estudiantes	27	40.9
Amas de Casa	20	30.3
Trabajadoras	19	28.8
Total	66	100

Fuente: Cuestionario.

En la Tabla 4 se registra la ocupación de las adolescentes embarazadas que participaron en la investigación, se encontró un predominio de estudiantes con 27 casos lo que representa el 40.9 % del total de las participantes en el estudio. Con relación a esta variable, datos demográficos en Cuba señalan que las cifras de estudiantes se encuentran por encima del 80%, en la población entre 10 y 19 años, debido a que la educación como mínimo hasta el 9no Grado tiene carácter institucional, gratuito y obligatorio, pero sin embargo se señala que la cifra de estudiantes desciende cuando se realiza un estudio en adolescentes embarazadas, donde se encuentra entonces un predominio de las Amas de Casa, ya que la casi totalidad de las jóvenes que se encuentran en esta situación y que por cualquier causa decide continuar con el embarazo, se ve precisada a abandonar los estudios, para atender su embarazo y posteriormente a su hijo. Estos hallazgos demográficos sobre la ocupación coinciden con esta investigación, al señalar un predominio de las adolescentes estudiantes. Por ejemplo, estudios nacionales reportan: Álvarez encontró que un 62% de sus embarazadas estudiaban y Vázquez Márquez reportó un 56.50%. Alfonso Fraga en su estudio: Reproducción en la adolescencia. Una caracterización

sociodemográfica muestra que la mitad de las embarazadas adolescentes evaluadas para un 52.36% estuvieron representadas por amas de casa, lo cual consideró esta variable como un factor de riesgo de embarazo en la adolescencia. Resaltó que es 6 veces más probable el embarazo en aquellas que realizan labor doméstica respecto a las que estudian o trabajan. (6-8, 14, 24, 34)

Paraño Montero encontró que el 87,1% de las adolescentes por él estudiadas eran amas de casa, dato que se encuentra muy por encima de lo registrado por otros autores, lo que pensamos se deba a patrones culturales de la población que estudió. Al analizar la ocupación de las embarazadas en el artículo: Gestación en la adolescencia, los resultados arrojan que el mayor porcentaje (87,1 %) de las adolescentes eran estudiantes, Ruiz Velasco resalta en su estudio que muchas muchachas quedan embarazadas durante su vida estudiantil. Otras investigaciones internacionales que un mayor número de embarazadas eran ama de casa. (15, 20, 26,28)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) coinciden en señalar que el embarazo en estas edades limita las oportunidades de educación y trabajo, en este último aspecto la OPS informa que en América Latina y el Caribe existe un 14% de desempleo en mujeres por razones asociadas a el embarazo en edades tempranas, con la consiguiente afectación económica tanto para la mujer, como para su descendencia, además de afectar a la sociedad, pues muchas de ellas se ven precisadas a solicitar ayuda económica al estado en algún momento de su vida, estimándose que los costos en este sentido son millonarios.(21,37,39)

Se hace necesaria la incorporación de las adolescentes a actividades de estudio y trabajo, donde desempeña un importante papel en este sentido los círculos de adolescentes (15).

Mientras ha estado ocurriendo una acelerada maduración sexual de las adolescentes, la maduración social sigue siendo aún más compleja, o sea, la persona adquiere el desarrollo pleno de la adultez a mayor edad, la mecanización de la agricultura, la construcción de fábricas más complejas, la

incorporación de todos los dominios de la vida moderna, obligan a prolongar el período de formación técnico - profesional de los trabajadores. La maduración social más tardía es una necesidad y una consecuencia del desarrollo (54)

Tabla 5. Adolescentes embarazadas según edad de comienzo de relaciones sexuales.

Edad de comienzo de la primera relación sexual	No	%
10-11 años	3	4.5
12-13 años	7	10.6
14-15 años	7	10.6
16-17 años	36	54.5
18-19 años	13	19.8
Total	66	100

Fuente: Cuestionario.

En la Tabla 5 se ilustra la distribución de las adolescentes embarazadas según la edad de comienzo de sus primeras relaciones sexuales, observándose un predominio de las que tuvieron su primera experiencia sexual entre 16 y 17 años con un 54.5 % (36 adolescentes embarazadas). Al analizar el comienzo de la vida sexual autores nacionales discrepan con los resultados de la presente investigación al reportar un predominio del comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, los estudios de Álvarez, Leyva Fabar y Rodríguez registraron un 58%, 56.47%, 54%, respectivamente en el grupo de 14 a 15 años de edad. (34, 38, 43)

Luego de este primer grupo estuvieron las que tenían entre 18 y 19 años con un 19.8 % (13 adolescentes embarazadas), debe señalarse que solo el 25.7 % de los casos inició su vida sexual cuando tenía entre 12 y 15 años.

Las jóvenes con inicio temprano de relaciones coitales tienen un riesgo mayor de presentar un embarazo en edades tempranas de la vida. Se ha observado que las niñas alcanzan la pubertad y la madurez sexual a una edad más temprana que en décadas anteriores, condición que puede estar asociada con

una iniciación precoz de relaciones sexuales. Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes en Cuba menores de 17 años son sexualmente activos. Coca Robaina en su investigación encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones amorosas antes de los 20 años. (51)

En Chile distintos estudios indican que el 40% de las adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales, siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%) (33). En los Estados Unidos, las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en el 56 % de esta población, ocupando el primer lugar en embarazos en la adolescencia, dentro de los países desarrollados, a pesar que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas. (47)

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción. (54)

Otros autores coinciden en que la actividad sexual se despierta por causas no sexuales, y en muchos casos la precocidad es una evasión a una realidad que incluye fracasos escolares o de otro tipo que le produce a la adolescente una baja autoestima. (48,50)

Con relación a las jóvenes encontradas en esta investigación con vida sexual activa, es un fenómeno que se debe entre otros aspectos al hecho de que la pubertad está comenzando cada vez más temprano, no solo en Cuba sino también en el mundo, lo que hace que las inquietudes sexuales comiencen también precozmente, además los adolescentes transitan por una nueva situación social, que los hace cada vez más autónomos, donde el grupo de amigos cobra una nueva dimensión e influye en la toma de decisiones en este sentido, además de despertar en ellos curiosidad sobre este y otros aspectos relacionados con la sexualidad, lo que hace que necesiten orientaciones adecuadas para evitar que este normal acontecimiento que experimentan todos

los individuos, pueda llegar a convertirse en un problema y por tanto una experiencia que los marque negativamente. (1-3)

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre días fértiles del ciclo menstrual antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	7	10.6	60	90.9
Inadecuado	59	89.4	6	9.1
Total	66	100	66	100

* Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar = 0.000 ($p < 0.05$)

En la Tabla 6 se muestra la distribución de las adolescentes embarazadas según sus conocimientos acerca de los días fértiles dentro del ciclo menstrual, observándose que antes de realizar la intervención educativa el diagnóstico arrojó que solo 7 de las encuestadas poseían conocimientos adecuados lo cual representa el 10.6 % del total, sin embargo luego de la intervención se logra aumentar el número de participantes con calificación de adecuado llegando a 60 gestantes adolescentes lo que representa un 90.9 % de la muestra, lo cual resultó una modificación positiva y estadísticamente significativa. Con relación al conocimiento sobre los días fértiles del ciclo menstrual, Soto Martínez en un estudio de caso-control en adolescentes, realizado en la Provincia de Guantánamo, uno constituido por embarazadas y otro por no embarazadas, encontró en ambos grupos respuestas incorrectas con respecto a los días fértiles del ciclo menstrual, con un 89.2% y 67.6% respectivamente. (11)

Ibarra encontró que la totalidad de las adolescentes desconocían los días fértiles dentro del ciclo menstrual. (18) Salaverry en Perú y Beltrán Molina en Venezuela coinciden en señalar que solo 1 de cada 5 adolescentes conoce el periodo fértil, lo cual eleva el riesgo en países donde varios estudios han señalado que el método del ritmo es muy utilizado. (22-41)

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre la edad propicia para el embarazo antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	16	24.2	61	92.4
Inadecuado	50	75.8	5	7.6
Total	66	100	66	100

Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar = 0.001 ($p < 0.05$)

En la Tabla 7 se describe la distribución de las adolescentes embarazadas según sus criterios sobre la edad propicia para el embarazo. Antes de la intervención solo 16 (24.2%) encuestadas respondieron adecuadamente sobre este aspecto y 50 (75.8%) lo hizo de forma inadecuada. Después de la intervención el 92.4% de las adolescentes embarazadas respondió adecuadamente sobre este aspecto lográndose una modificación positiva de los conocimientos en este aspecto y que resultó por demás significativa según los resultados de la prueba. Con relación a este tema en Cuba, Soto Martínez en su investigación encontró que en el primer grupo constituido por adolescentes embarazadas predominaron las respuestas incorrectas con un 81.1% y en el segundo de adolescentes no embarazadas, la respuesta fue correcta en un 62.2%. (11)

Fonseca en un estudio realizado en Cacocum encontró que antes de la intervención educativa el 96% respondió de forma incorrecta sobre la edad adecuada para el embarazo, luego de la misma el 70% respondió correctamente. (60)

En el ámbito internacional estudios realizados por el Centro de estudios de estado y sociedad (CEDES), en Argentina señala que, aunque el 95% de los adolescentes tienen información sobre educación sexual, la mayor parte de ellos

desconoce la edad propicia para tener un hijo; similar resultado al de Donoso Sima en Chile. (34, 57)

Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre los riesgos del embarazo para la madre y el producto de la concepción antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	5	7.6	59	89.4
Inadecuado	61	92.4	7	10.6
Total	66	100	66	100

Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar = 0.001 ($p < 0.05$)

En la Tabla 8 se refleja la distribución de las adolescentes embarazadas encuestadas según sus conocimientos acerca de los riesgos del embarazo en la adolescencia tanto para la madre como para el feto o futuro bebé, encontrándose que antes de la Intervención educativa el 7.6 % de las adolescentes embarazadas (5) tenían conocimientos catalogados como adecuados y después de la intervención se logra elevar este número hasta un 89.4 % lo cual resultó una modificación positiva en 54 participantes con un resultado estadísticamente significativo según la prueba.

Teniendo en cuenta el conocimiento sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia, Soto Martínez en su estudio encontró que en el grupo de adolescentes embarazadas el 67.6% no conoce los riesgos de un embarazo en esta edad, mientras que en el grupo de adolescentes no embarazadas el 56.6% si conoce los riesgos de un embarazo. (11)

Calero por su parte en señala que el 67.7% de los adolescentes del sexo masculino perciben el riesgo para la madre y para el niño, mientras que esta cifra se eleva a 78.1% en las del sexo femenino. En Chile y Colombia la mayoría de los adolescentes encuestados reconoce el riesgo de un embarazo a esta edad.

(14)

Analizando el conocimiento de los riesgos del embarazo en la adolescencia tenemos que, en una investigación realizada en Guantánamo por Soto Martínez, en el cual se conformaron dos grupos de estudio, uno que incluyó adolescentes sin antecedentes obstétricos y el otro de adolescentes embarazadas, encontrándose que en el primero el 56.6% conoce los riesgos de un embarazo a esta edad. (3)

Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos antes y después de la intervención educativa.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	26	39.4	64	97
Inadecuado	40	60.6	2	3
Total	66	100	66	100

Fuente: Cuestionario.

Prueba de McNemar = 0.000 ($p < 0.05$)

En la Tabla 9 se muestra la distribución de las adolescentes embarazadas según sus conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos, antes de la intervención el 39.4 % de las encuestadas (26) tenían conocimientos adecuados respecto al tema y posterior a la intervención se alcanza un 97 %(64) de conocimientos adecuados evidenciándose de esta manera una positividad en la modificación que además resulto significativa en la prueba.

En relación al conocimiento que sobre los métodos anticonceptivos tienen las muchachas podemos destacar que Coca Robaina señala que cerca de la mitad de todas las adolescentes no utilizan anticonceptivos en sus relaciones sexuales, a pesar de que no deseaban tener un hijo, muchas muchachas desconocen métodos de protección los resultados de esta investigación superan ampliamente esta cifra, pero coinciden con otros autores que plantean el poco uso de anticonceptivos por los adolescentes y la despreocupación ante la protección de la actividad sexual. (36, 51, 56, 57)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural analizado y así en Cuba se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%. Para muchos el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medios anticonceptivos por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivo. (12)

En una investigación realizada en Guantánamo por Soto Martínez, en el cual se conformaron dos grupos de estudio, uno que incluyó adolescentes sin antecedentes obstétricos y el otro de adolescentes embarazadas, encontrándose que el 98% conoce los métodos anticonceptivos por lo que en este grupo predominaron los conocimientos adecuados. En el grupo de las embarazadas, los conocimientos referentes a los métodos anticonceptivos fueron catalogados como deficientes y el 75.7%, señala al aborto como un método anticonceptivo. (3)

CONCLUSIONES.

La mayoría de las gestantes adolescentes que participaron en el estudio resultaron encontrarse entre las edades de 18 a 19 años, predominando el nivel educacional secundario, la unión consensual, mayormente estudiantes y la edad de inicio de las relaciones sexuales predominante fue de 16 a 17 años. La intervención educativa resultó efectiva aumentando el nivel de conocimiento de las mismas acerca de los riesgos del embarazo en las adolescentes.

RECOMENDACIONES.

Extender la aplicación de esta intervención educativa a todos los centros educativos, secundaria básica, politécnica y preuniversitaria, del municipio Ciego de Ávila dada la alta prevalencia de embarazos en la adolescencia; y de esta manera contribuir al aumento de los conocimientos respecto al tema para disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paraño Montero, W; Narvadez P, Víctor: Repercusión biológica, psicológica social del embarazo en jóvenes menores de 20 años. Rev. Cubana de Obstet y Ginecol, 1998 Vol. 4: 53-63.c-16/4/17.
2. Silvia, JC: Prevención de embarazos no deseados en adolescentes en Bogotá, Colombia. 2002.
3. Peláez M J. Adolescencia y Juventud. Desafíos Actuales. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 2003.C -14/01/17.
4. López Nodarse, M; Freves Madan, L, Roche Pérez C: Embarazo en la adolescencia, resultados de dos. Rev. Cubana de sexología y sociedad; 2006: 2 (4): 12-16.
5. Fridman LH. Obstáculos para la salud de las adolescentes. Network esp 2010; A (2):4-6.
6. Eggleston, E; Witch, J; Jackson, J: Consistency of Seef. Reports of sexual activity among young adolescents in Jamaica. International Planning Perspectives, 2012. 26(2): 79-83.
7. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. 2012.
8. Alfaro, B, jeannevive, O: Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes, Hospital Escuela ODRA, León, 2010-2013.
9. Rodríguez Rodríguez, O. Principales factores de riesgo que influyen en el momento del embarazo en la adolescencia. Camagüey. 2013.
10. Castro Espín, M Crecer en la adolescencia. Rev Sex Soc 2013; 2(4): 2-6.
11. Núñez de Villavicencio Por, F: Psicología y Salud. 2013.
12. Álvarez Sintés R y Coli: Temas de Medicina General Integral: Volumen 1 Salud y Medicina. La Habana Ed. Ciências Médicas, 2013.
13. Montgomery KS: Planned adolescent pregnancy: what they need. ISSMS. Pediatr Nurg EUA, 2013. 24 (1): 19-29.
14. Peláez Mendoza, J. Adolescente embarazada. Rev. Cubana de sexología y Sociedad, 2013. 1 (2). 2-3.
15. Gala Hernández, O. Las relaciones amorosas en los jóvenes sin experiencias de

intervención grupal. I Congreso cubano de educación, orientación y terapia sexual. La Habana. Científico Técnico. 2013.

16. Coca Robaina, N: Repercusión del embarazo en la adolescencia. Camagüey. 2013.
17. Michea A, L; Millán Klusse, T; Abujatum, S: Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas: maternidad Hospital San Juan de Dios. Bol. Hosp San Juan de Dios, 2013; 48 (5): 267-72.
18. Lanza Águila, M; Bembibre Tabeada, R: Impacto del programa crecer en la adolescencia. Rev. Cubana de Medicina general Integral, 2013.; 15 (1): 32-5.
19. Cortes Alfaro, A; García Roche, R; Monterrey Gutiérrez, P: SIDA adolescencia y riesgos. Rev. Cubana de Medicina General Integral, 2013; 16 (3): 243-50.
20. Taylor D Chavez G, Chabra A. Risk factors for adult paternity in birth to adolescent. Obstet Gynecol 2014; 199-205.
21. Cabral, BE. Ecología de la sexualidad. Rev Sex Soc 2014; 1(3): 4-17.
22. Alfonso Fraga J. Reproducción en la adolescencia. Una caracterización sociodemográfica. Rev Sex Soc 2014: 1(3) 2-5
23. Ramirez Valles J, Zimmerman M. Sexual risk behavior among youth: Modeling the influence of prosocial and socioeconomic factors. Healthsocbehav 2014; 39: 237-53.
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2011. La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2014.
25. Vázquez Márquez A. Embarazo en la adolescencia: Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Gynecol 2014; 27(2): 158-64.
26. Infante Pereira, Olga E. Adolescencia. Editorial Científico Técnica. 2014.
27. Deary, I, Aguas, R y Sadles, A. Personality and stress in consultant psychiatrist. International Journal of SO, 2014.
28. Blum, RV; Resmick, MD: Adolescent sexual decision – making, contraception, pregnancy, abortion, motherhood. Pediatric Ann. 2014.
29. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. RevMéd Chile 2014; 132:65-70.
30. Leyva Fabar, M: Embarazo en la adolescencia, algunos factores asociados.

2014.

31. Vázquez Márquez, A; Chives F, Armilar Chives, AM; Sánchez Pérez, M. Repercusión materna del embarazo precoz. Rev. Cubana de Obstet y Ginecol, 2014. 211 (1-2): 40-4.
32. Rodríguez, Yamila. Heridas de la soledad. Juventud Rebelde, 2014.
33. Ehler, VI; Maja, T; Sellers, E. Adolescent mothers utilisation of reproductive health services in the canteng. Province of South África, 2014. 23(3): 43-53.
34. Thomas, BH; Dicenso, A; Eriffth, C. Adolescent sexual behaviour results from an Notorio simple. Can I Public Health, 2014; 89 (2): 94-7.
35. Wallis, C: Children havin children. Time, 2015. 126(3): 32-41.
36. López Nodarse M, Flores Madam M, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. Resultados de dos: (1ra Parte). RevSexol Soc. 2(4):10-13 2015.
37. Navarro González M. Ramos Planco M. El aborto provocado desde una perspectiva sociológica. Rev Sex Soc 2015; 4(9): 2-4.
38. Vázquez Márquez A Morbilidad y Mortalidad en el embarazo precoz. Rev Cubana ObstetGinecol 2015; 24(3): 137-44.
39. Anchavaleta, H: Embarazo en adolescentes XI Congreso Latino de Obstetricia y Ginecología, 2015. 47: 139-48.
40. Cortes Alfaro, A; Del Pino Chivas, A; Sánchez Rodríguez, M; Alfonso Valiente, A; Fuentes Abreu, J: Comportamiento sexual, embarazo, aborto y regulación menstrual en adolescentes de tecnológicos de Ciudad Habana, Rev. Cubana Obstet. Y Ginecol, 2015. 25(1): 34-8.
41. Peláez Mendoza, J: Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Facultad de Medicina "10 de Octubre". Rev. Cubana Obstétrica y ginecología, 2015. 22(1): 11-25.
42. Valdés Banda, F; Walle Virgen, D. Prevalencia y factores de riesgos para complicaciones obstétricas en adolescentes. Ginecol y Obstet, 2015. 64: 209-13.
43. De la Gorza Quintanilla, C; UlaysJuarez, J; Hernández Escobar, C. Primigesta adolescente. Ginecol y Obstet de México, 2015. 65: 533-37.
44. Beltrán Abreu, L. Factores causales y repercusiones sociales de maternidad Precoz en Nuevitas. Camagüey, 2015.
45. Ávila Vergara, MA; Morgan Ortiz, F; Fragosa Sosa, O. Condiciones perinatales

-
- en recién nacido de madres adolescentes del estado de señales. México. Ginecol y Obstet de México, 2015. 65: 15.
46. Aldana, E; Ancille C, A: Depresión durante el embarazo en adolescentes. Perinatal – Reprod. Hum, 2015; 11: 184-9
 47. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada, características y riesgos. Ginecología Infanto Juvenil. Socudef-2016.
 48. Peláez Mendoza J, Sarmiento Barceló José: Cesárea en la adolescente; Morbilidad materna y perinatal. Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil. Socudef 2016.
 49. Ruiz Velazco, Peraza Z. Gestación en la adolescencia. ClinObstet 2016; 35: 177.
 50. Embarazo en adolescentes. Diagnóstico. Santiago de Chile. Ernan UNICEF. 2016.
 51. Carvalho Fortes, PA, Paula Kurita, G: Opinión de los estudiantes de medicina y enfermería sobre la anatomía de los adolescentes en los servicios de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 2016. 4(6): 388, Dic.
 52. Curlin, J. Pregnancy in the adolescent. FenallArkansas, Medicina Social, 2016. 64(6): 215.
 53. Villanueva, L; Peláez Fajardo, M; Iglesias Luis, F. Factores sociodemográficos asociados a depresión de adolescentes embarazadas. Ginecol y Obstet. De México, 2016. 68.143.
 54. Álvarez, Ibis: Embarazo en la adolescencia. Editora Política. La Habana, 2016:7-22.
 55. Arteaga Mora, R; Caispanta Maldonado, A; Almeida Llerena, G. Adolescencia y embarazo. S.I.S.N. 2016.
 56. Hernández Cabrera, J; Rodríguez Pérez, L. Gestantes adolescentes desnutridas en comportamiento perinatal, algunos factores concurrentes. Rev. Cubana de Obstet y Ginecol, 2016.: 24 (2); 86-91.
 57. Peláez Mendoza, J. Adolescente embarazada. Características y riesgos. Rev. Cubana Obstet. Ginecol, 2017. 23(1): 13-17.
 58. García Cardona, M; Ávila, R; Reyes López Fidardo, T: Disponibilidad y uso del servicio de atención a la madre y el niño. Influencia del Jefe de familia. PolinstalReprod. Hum, 9(1): 29-36
 59. Orlando RR, Stalina SA, Eduardo CL, Evelio CC. Obstetricia y Ginecología. 3ra

ed. La Habana. 2014.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento informado

Yo: _____ apruebo mi participación en la investigación: "Intervención educativa sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia", una vez que se me ha explicado y he entendido la importancia de la misma para nuestra comunidad y para en el orden personal.

Se me garantiza que toda la información que voy a brindar tiene carácter confidencial y que sólo se utilizará con fines investigativos.

El autor de la investigación me garantiza que puedo retirarme de la misma si lo considero oportuno, sin que esto constituya medida represiva alguna contra mi persona. Y una vez adquiridos los conocimientos ser emisora de los mismos.

Y para que así conste firmo la presente el día ____ del mes _____ año _____.

Participante _____ Firma

Tutor legal _____ Firma

Médico _____ Firma

Anexo II

ENCUESTA

Estimada paciente se está realizando una investigación en el Policlínico Norte con el objetivo elevar el nivel de conocimientos en las adolescentes embarazadas. Agradecemos su cooperación y sinceridad que será de gran utilidad para el desarrollo de la presente investigación.

Nombre de la paciente: _____

Datos Generales:

1. Grupo de Edades:

10-11 años _____

12-13 años _____

14-15 años _____

16-17 años _____

18-19 años _____

2. Escolaridad:

3.1 Primaria _____

3.2 Secundaria _____

3.3 Preuniversitaria _____

3.4 Técnico medio _____

3.5 Universitaria en curso _____

3. Estado civil:

4.1 Soltera _____

4.2 Casada _____

4.3 Acompañada _____

4. Ocupación:

Ama de casa _____

Estudiante _____

Trabajadora _____

5. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

10-11 años _____

12-13 años _____

14-15 años _____

16-17 años _____.

18-19 años _____

6- Marque con una X cual considera usted que son los días fértiles dentro del ciclo menstrual:

6.1 Una semana antes de la menstruación _____

6.2 Durante la menstruación _____

6.3 Una semana después de la menstruación _____

6.4 De 14-16 días después de la menstruación _____

7.-De los grupos de edades que se relacionan a continuación marque con una X la que usted considera que son las edades más propicias para el embarazo:

7.1 Entre 14-15 años _____

7.4 Entre 20-30 años _____

7.2 Entre 16-17 años _____

7.5 A cualquier edad _____

7.3 Entre 18-19 años _____

8- Mencione los riesgos que usted conoce que pueda presentar en el embarazo la adolescente:

9- Mencione los riesgos que usted conozca que pueda presentar el bebé de una madre adolescente:

10.-Marque con una X los métodos anticonceptivos que usted conoce:

-
- 10.1 Dispositivos intrauterinos _____
 - 10.2 Condón _____
 - 10.3 Diafragma _____
 - 10.4 Abstinencia _____
 - 10.5 Tabletas _____
 - 10.6 Vacunas _____
 - 10.7 Implantes _____

Muchas gracias por su colaboración

Sólo para el investigador:

11- Puntuación alcanzada: _____

Nivel de conocimientos

Pregunta 6

Adecuado: contestar inciso 6.4

Inadecuado: contestar incisos 6.1, 6.2, 6.4

Pregunta 7

Adecuado: contestar inciso 7.4

Inadecuado: contestar incisos 7.1, 7.2, 7.3, 7.5

Pregunta 8

Adecuado: mencionar 3 o más riesgos.

Inadecuado: mencionar menos de 3 riesgos.

Riesgos: aborto, anemia, infecciones, HTA, RPM, poca ganancia de peso, abandono de lactancia materna, ruptura uterina, daño psicológico...

Pregunta 9

Adecuado: mencionar 3 o más riesgos.

Inadecuado: mencionar menos de tres riesgos.

Riesgos: anemia, poca ganancia de peso, abandono de lactancia materna, malnutrición, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, abandono materno, retardo en el desarrollo psicomotor...

Pregunta 10

Adecuado: marcar 4 o más incisos.

Inadecuado: marcar menos de 4 incisos.

Anexo III

Proyecto de intervención educativa

Para cumplimentar este objetivo, se procedió a dividir la muestra en cuatro grupos de 22 pacientes cada uno, con el objetivo de facilitar el desarrollo de las actividades educativas planificadas, así como para garantizar la mejor comprensión de las mismas.

Se escogieron como temas a desarrollar:

- Adolescencia.
- Embarazo en la adolescencia.
- Métodos anticonceptivos.

Las actividades de la Intervención Educativa se desarrollaron de la siguiente manera:

Sesión #1

Tema: "Introducción al Programa Educativo"

Objetivos:

1. Presentar a los participantes y crear relaciones afectivas entre los mismos.
2. Presentar el curso y sus objetivos.
3. Aplicar cuestionario inicial.

Introducción

Se realizó por parte del autor la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica "Presentación Cruzada", esta consiste en:

Se le indico al grupo que intercambiaran información de pareja durante 3 ó 4 minutos. Luego cada miembro de cada pareja presenta en plenario al otro integrante de la misma.

Desarrollo

Se abordaron los temas relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos.

Se aplicó el cuestionario inicial.

Cierre

Breve resumen de la labor a realizar y de precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos, Material de oficina.

Sesión #2 y 3

TEMA: "Características de la Adolescencia"

Objetivo: Características generales de esta etapa de la vida, así como los cambios que se producen en las esferas biológicas y psicosociales de las adolescentes.

Contenidos: Edades que comprende la adolescencia. Etapas en las que se divide la misma. Cambios en el organismo femenino en las diferentes etapas. Cambios en las esferas sexuales y psicológicas. Ciclo menstrual.

Técnicas: Charla Educativa complementada con Animación.

Tiempo: 1 hora.

Medios:

- Power Point.
- Pizarra.

Sesiones #4 y 5

TEMA: "Embarazo en la Adolescencia"

Objetivos:

- Dar a conocer la edad más propicia para el embarazo.
- Explicar los riesgos para la madre y el recién nacido del embarazo en la adolescencia.

Contenidos; Edad más propicia para el embarazo. Riesgos del embarazo en la adolescencia para la madre y el recién nacido. Métodos anticonceptivos.

Técnicas: Actividad 1: Técnicas de refranes, se reparten pequeñas tiras de papel con la parte del refrán y cada una de las participantes va leyendo y completando según corresponda.

Actividad 2: Charla Educativa complementada con Animación.

Debate participativo.

Tiempo: 1 hora.

Medios:

- Pizarra.
- Ilustraciones.
- Power Point

Sesión #6

Tema: Conclusiones

Objetivo:

- Aplicar la encuesta final para evaluar bajo los mismos principios el nivel de conocimiento por los sujetos investigados.

Desarrollo:

Se aplicó nuevamente el cuestionario (Anexo 3) con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento adquirido por los sujetos investigados, en cuanto al embarazo en la adolescencia.

Cierre

Opinión de los sujetos investigados sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta Intervención Educativa.

Tiempo: 1 hora.

Métodos de enseñanza: Debate grupal.

Medios: Humanos.

Material: Papel y lápiz,