

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICO DOCENTE “SUR” DE CIEGO DE ÁVILA.

**Intervención educativa sobre el embarazo en adolescentes pertenecientes
al poblado Corea del policlínico “Sur”**

Autora: Dra. Jessica Hernández Primero.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de

Medicina General Integral.

Ciego de Ávila

2021

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POLICLÍNICO DOCENTE “SUR” DE CIEGO DE ÁVILA

Intervención educativa sobre el embarazo en adolescentes pertenecientes al poblado Corea del policlínico “Sur”

Autora: Dra. Jessica Hernández Primero.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Nielvis Crespo Marín

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Ciego de Ávila

2021

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar conocimientos relacionados sobre el embarazo en adolescentes pertenecientes al poblado Corea del policlínico docente Sur” de Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre febrero 2020 a abril 2021. El universo de estudio está constituido por 38 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades de la adolescencia avanzada, el sexo femenino y el nivel de escolaridad secundaria. Casi la mitad de los adolescentes presentaban conocimientos adecuados sobre consecuencias del aborto, mientras que en los aspectos de consecuencias del embarazo en la adolescencia, ciclo menstrual y anticoncepción, los conocimientos adecuados iniciales eran sobre un tercio o inferior. En todos los aspectos tratados se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos, incluyendo la evaluación global sobre sexualidad, por lo que se consideró acertada la intervención educativa aplicada.

Palabras clave: Adolescente, Embarazo/comorbilidades, intervención educativa.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
☐ Introducción.....	1
☐ Objetivos.....	4
☐ Marco teórico.....	5
☐ Método.....	18
☐ Análisis y discusión de los resultados.....	24
☐ Conclusiones.....	33
☐ Referencias bibliográficas.....	34
☐ Anexos	

INTRODUCCIÓN

El embarazo durante la adolescencia puede calificarse como un problema de salud pública y una verdadera tragedia social al vincularse con consecuencias no deseadas ni previstas como el aborto ilegal, el abandono y maltrato de los niños y variados conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas, abandono de los estudios, dificultades en la inserción laboral y variados problemas de salud del niño y su madre, entre otras. Además de constituir un riesgo médico elevado, lleva aparejado dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo, lo que se conoce como el "Síndrome del fracaso". Por tanto, es la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro ¹.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia constituye un impedimento para mejorar las condiciones educacionales y socioeconómicas de la mujer, sobre todo en los países subdesarrollados, donde este problema alcanza dimensiones preocupantes debido a su elevada frecuencia y al limitado acceso de las adolescentes a los servicios de salud ⁵.

El embarazo precoz es un problema común en las sociedades a nivel mundial: 7,3 millones de adolescentes se convierten en madres cada año, de las cuales 2 millones son menores de 15 años, un número que puede aumentar a 3 millones en el año 2030, si la tendencia actual continúa. Esta situación se acentúa especialmente en las sociedades más pobres y con mayor falta de educación. Se estima que unas 70.000 adolescentes de los países en desarrollo mueren cada año por complicaciones durante el embarazo o el parto. Además, las niñas que quedan embarazadas antes de los 15 años en los países de bajo y medianos ingresos, tienen el doble de riesgo de muerte materna. En la inmensa mayoría de los países latinoamericanos no existe una política oficial que promueva la educación sexual como parte de la educación general y en los pocos países que sí la tienen, aún falta mucho por hacer para que esta política se convierta en realidad. La educación de la sexualidad es un derecho que tiene todo ser humano como parte de una educación integral ^{3,4}.

La elevada fecundidad adolescente constituye un verdadero desafío de la salud sexual y reproductiva a nivel internacional y Cuba no está exenta de esta situación. La tasa específica de embarazo en adolescentes constituye una creciente preocupación y ocupación del Ministerio de Salud Pública y otros sectores en su prevención y la minimización del negativo impacto en el orden social, educativo y de salud ⁵.

El embarazo en adolescentes había registrado una tendencia a la disminución entre 1994 y 2005, de 60 a 44.9 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad. Sin embargo, en los años próximos comenzó un proceso de incremento. Para el 2020 su valor fue de 52, lo que representa alrededor del 16% del total de la fecundidad. En el último decenio en el país, este comportamiento muestra una resistencia a variar, aún cuando se han realizado numerosas acciones. En especial, la fecundidad en menores de 15 años, se mantiene casi constante con alrededor de 400 nacimientos anuales. Este es por demás un grupo altamente vulnerable sobre el que debemos continuar prestando especial atención. Las provincias que registran los valores más elevados de nacimientos por cada mil muchachas entre 15 y 19 años y muy por encima de la media nacional en 2020: Camagüey, Villa Clara, Granma, Las Tunas, Holguín.

La provincia de Ciego de Ávila durante el último año mostró un ascenso de los embarazos en un 5.8%, al igual que ocurrió en el resto de las áreas de salud en el Policlínico Sur se evidenció un incremento de los casos de adolescentes embarazadas sobre años anteriores.

Maurer ⁸, definen a la educación de la sexualidad desde un Enfoque Alternativo y Participativo como: “El proceso activo que potencia al individuo para el encuentro libre, pleno y responsable con el otro sexo y con la propia sexualidad, en correspondencia con sus necesidades y las del contexto, garantizando el protagonismo y la capacidad de elegir los límites personales de la sexualidad, así como el respeto a la de las personas con que se relaciona.”

Esta conceptualización es contentiva de las cualidades y relaciones, que deben distinguir y manifestarse en el proceso educativo de la sexualidad, al enfatizar en el fomento de relaciones positivas entre ambos sexos, en correspondencia

con los principios morales de la sociedad, basados en la igualdad, el respeto, la ayuda mutua, así como en el desarrollo en el individuo de actitudes, valores, convicciones y conocimientos que le permitan comprender su sexualidad como parte y expresión de su personalidad ⁸.

En Cuba se han desarrollado diversos estudios relacionados con la educación de la sexualidad, estas ofrecen propuestas interesantes para la educación de la sexualidad, específicamente referidas a la educación inicial, y a niños y adolescentes con necesidades educativas especiales. Otras investigaciones consultadas enriquecen la teoría sobre el estudio de la sexualidad, centradas en una perspectiva de género ⁸⁻¹⁰.

En Cuba 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. Este inicio de las relaciones sexuales ocurre cada vez a edades más tempranas, y nuestro país no escapa a esta situación, de ahí la importancia de que los adolescentes, tanto hembras como varones, estén bien informados sobre el tema, y educarlos en valores que refuercen el amor y el respeto en las relaciones de pareja, y que la decisión de comenzar su vida sexual sea siempre sobre esa base ^{7,9}.

A pesar de que se han diseñado acciones para disminuir los riesgos y propiciar la calidad de los indicadores del Programa Materno Infantil esta situación es cada vez más crítica, pues las mismas, han tenido un carácter espontáneo y no han estado sustentadas en un diagnóstico de los riesgos y en las necesidades de orientación desde la educación y la promoción para la salud de los adolescentes.

Problema: Bajo nivel de conocimiento sobre el embarazo en adolescentes, pertenecientes a la comunidad de Corea del policlínico docente “Sur” de Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo General: Evaluar la eficacia de una de intervención educativa para modificar conocimientos sobre el embarazo en adolescentes pertenecientes al poblado Corea del policlínico docente “Sur” de Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar el grupo de estudio según variables sociodemográficas de interés.
2. Determinar el conocimiento de las adolescentes sobre el riesgo del embarazo en la adolescencia.
3. Aplicar una intervención educativa para modificar los conocimientos del grupo de estudio sobre la temática de interés.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimiento sobre riesgo del embarazo en adolescentes una vez terminada la estrategia de intervención educativa.

H₁: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera modificar el nivel de conocimientos sobre el embarazo en los adolescentes, pertenecientes al poblado Corea del policlínico docente “Sur” de Ciego de Ávila.

H₀: La aplicación de una propuesta de intervención educativa no modifica el nivel de conocimientos sobre el embarazo en los adolescentes, pertenecientes al poblado Corea del policlínico docente “Sur” de Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

En la mayoría de países en vías de desarrollo el embarazo ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer constituyéndose un problema social, económico y de salud pública que causa consecuencias graves para el hijo, la pareja, familia, el ambiente y la comunidad donde se desenvuelven ¹².

La adolescente mujer no culmina la madurez tanto biológica, mental y social por ende no se encuentra capacitada para enfrentar las adversidades que se presentan durante un embarazo como son carencias nutricionales, patologías asociadas al embarazo, crisis familiares que se profundizan si la familia es poco receptiva para aceptar y proteger a la adolescente embarazada ¹².

Los principales conflictos que afectan a la salud sexual y reproductiva en esta población son: el inicio no elegido, involuntario, desprotegido de su vida sexual, la exposición a embarazos no deseados, el riesgo a una infección de transmisión sexual, cuya expresión más dramática es el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y finalmente el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) ¹².

La palabra adolescente deriva del verbo latino “adolescere”, y su transcripción correcta es “en crecimiento” lo cual indica que es una etapa donde es más evidente la transición de niños a adultos caracterizada por múltiples cambios, siendo la adolescencia una de las etapas más importantes del ciclo vital del ser humano ¹³.

En cuanto a esta etapa del desarrollo humano se deben tener los conceptos claros y es así que la pubertad es la parte del desarrollo del organismo humano donde el crecimiento físico alcanza su madurez completa, en cambio que la adolescencia se caracteriza por modificaciones integrales del individuo las cuales son intensas y sin armonía que originan en la persona gran inseguridad por los cambios en el desarrollo sexual y también con relación a la aceptación de la sociedad ¹³.

Pubescencia: periodo previo a la pubertad el cual se caracteriza por el crecimiento físico acelerado produciéndose cambios faciales y corporales, junto a la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios ⁵.

Pubertad: etapa de la vida del ser humano donde se manifiesta la madurez sexual, involucrada con los cambios biológicos y fisiológicos. En las mujeres aparece la menarca que es el apareamiento del primer ciclo menstrual y en los varones la presencia de espermatozoides en la orina, generalmente se establece esta etapa a los 12 años para las mujeres y los 14 años para los varones, en la misma se considera amplias divergencias individuales como la etnia, la alimentación, ambientales como el clima y las condiciones socioeconómicas ⁵.

La pubertad consiste en una serie de elementos predecibles que implican una secuencia de cambios biológicos, conocidos como características sexuales secundarias, estos cambios implican a su vez el apareamiento de un impacto psicológico y social. La estadificación o documentación de tales eventos biológicos está referida a la publicada por Marshall y Tanner, en la cual se encuentran sistematizados los cambios mamarios, genitales y de vello pubiano tanto para el varón como para la mujer, divididos en 5 categorías que abarcan desde el estadio prepuberal al grado de desarrollo completo equiparado a la del adulto ¹⁴.

Etapas de la adolescencia.

La adolescencia se la divide en tres etapas, cada una con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo ^{14,15}.

Existen otras clasificaciones dadas por distintos autores, pero para la investigación se consideró la siguiente ⁵:

1. Adolescencia temprana de 10 a 14 años de edad.
2. Adolescencia media de 15 a 16 años de edad.
3. Adolescencia tardía de 17 a 19 años de edad.

Adolescencia temprana: biológicamente corresponde al periodo peripuberal, caracterizada por los grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, telarquia en la mujer y la espermaquia que son las primeras eyaculaciones nocturnas en el varón. En la parte psicológica de esta etapa el adolescente, comienza a perder interés por los padres e inicia amistades

principalmente con personas del mismo sexo. En lo intelectual aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías, pero no controla sus impulsos y plantean metas vocacionales irreales ⁵.

La separación emocional respecto a los padres se inicia de una manera casual e imprecisa, así aparece el deseo de independencia o de iniciar conductas de oposición y de rebeldía en contra de su autoridad, súbitamente aprovechando los malos entendidos que surgen por comentarios y críticas de los adultos hacia las actitudes y conductas de los adolescentes, además en esta etapa el adolescente experimenta sentimientos de inseguridad, soledad y cierta melancolía, aspiraciones de realizar nuevas actividades que se entrelaza con descuido e indiferencia para satisfacer sus anhelos ⁵.

En esta etapa la preocupación principal de los adolescentes gira en torno a los cambios rápidos que surgen en su constitución física que va delineando la nueva figura corporal lo que genera dudas e inquietudes respecto a estos cambios haciéndoles pensar en su normalidad o anormalidad. Los adolescentes comparan sus cuerpos con los de otros compañeros, surgiendo una curiosidad firme y progresiva sobre la anatomía sexual ⁵.

Adolescencia media: Adolescencia propiamente dicha, donde han completado su crecimiento y desarrollo somático. Para muchos adolescentes constituye las edades de inicio de la experiencia y actividad sexual, los adolescentes se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Los adolescentes siguen muy preocupados por su aspecto físico, pretendiendo poseer el cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda. ⁵

En esta etapa los adolescentes comprenden que el aspecto físico es la mejor carta de presentación con esto realizan hasta lo indecible para lograr pertenecer a ciertos grupos diversos, el núcleo de amigos es el medio básico para considerarse con valía y aceptación ante la sociedad, esta actitud da como resultado el desinterés por la familia, traduciéndose en la ausencia del adolescente en el núcleo familiar. Aparece una disposición manifiesta hacia una relación heterosexual se dan los ensayos del noviazgo, citas e inicio de la actividad coital. La misma autora indica que los adolescentes que atraviesan

esta etapa, si se encuentran desprotegidos o con grandes dificultades en el funcionamiento familiar sin duda cursaran una de las etapas más peligrosas por tal razón, todo programa de intervención, recreación tiene beneficio personal y social incalculable ⁵.

Adolescencia tardía: esta etapa se caracteriza por los escasos cambios físicos, los adolescentes admiten su imagen corporal, reinician el acercamiento sus padres, sus valores presentan una perspectiva más adulta, valoran la importancia de las relaciones íntimas, el grupo de amigos va perdiendo categoría y van desarrollando su propio sistema de valores trazando metas vocacionales más reales ⁵.

La autonomía personal e independencia están en vías de lograrse completamente por ello aparece una conducta conciliatoria con los padres y otros adultos a través de un dialogo sereno y prestando atención a las sugerencias y consejos de los adultos. Sin embargo, los adolescentes que mantienen problemáticas tanto a nivel personal o familiar presentan resistencia a admitir nuevas responsabilidades que se ve manifestado en conductas de negación al crecimiento. A nivel cognitivo el pensamiento adolescente se hace más abstracto estableciendo compromisos más complejos y de mayor responsabilidad situación que ve reflejada en el aumento de su confianza lo que define su vocación para un proyecto de vida futuro ⁵.

Desarrollo psicosexual del adolescente.

El desarrollo sexual de los adolescentes se caracteriza por el nacimiento y la maduración de los impulsos sexuales en busca de la satisfacción a través del amor, además el adolescente experimenta sentimientos y emociones que se reflejan en la expresión facial y cambios en el organismo ^{14,15}.

Sexualidad del adolescente: el apareamiento del ciclo menstrual en la mujer y las primeras emisiones de esperma en el varón condicionan la aptitud para la procreación visto desde el punto de vista biológico, conjuntamente con la atracción sexual y el despertar amoroso. El ser humano es un organismo sexuado por ello, la sexualidad se la define, como la búsqueda de placer por intermedio del acercamiento a la otra persona a través de caricias,

comunicación gestual, contacto sensual y la capacidad de compartir emociones y sensaciones ⁵.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana se define como un aspecto central del individuo que se encuentra presente a lo largo de toda su vida, la sexualidad incluye los impulsos sexuales que van dirigidos al placer y la reproducción, la orientación sexual en sus diferentes manifestaciones, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la identidad de género que es la relación psicológica con el cuerpo el sentirse hombre o mujer ⁸.

La sexualidad se la vive y se la expresa a través de ideologías, fantasías, aspiraciones, creencias, actitudes, valores, experiencias, relaciones con la familia mediante lazos afectivos y la sociedad ¹⁶.

El comienzo de la adolescencia viene precedido por la pubertad que se manifiesta por la maduración sexual pero se la debe diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del proceso fisiológico, también involucra los cambios en la esfera psicológica y social, en todos estos aspectos se produce la conformación de funciones nuevas que incluye la autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción con la sociedad por lo que de ella derivaran los trastornos psicosociales como el embarazo no deseado, trastornos de la personalidad entre otros ¹⁶.

Para lograr una sexualidad placentera y enriquecedora es importante diversificar la función sexual y reproductiva, siendo la primera importante en el ejercicio del derecho a la felicidad y la otra persigue un objetivo específico que en ocasiones repercute de manera negativa en la integridad del individuo ¹⁷.

Embarazo en la Adolescencia.

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre dentro de los dos años de la edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo que transcurre desde la menarquia, cuando la adolescente aún es dependiente de su núcleo familiar de origen, este suele ocurrir en edades comprendidas entre los 11 y 17 años, lo que implica riesgos tanto psicológicos y biológicos para la madre y el recién nacido ¹⁷.

Una definición más sencilla menciona que el embarazo en la adolescencia es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente ¹⁷.

A nivel global el embarazo en la adolescencia es reconocido por los impactos importantes que ocasiona en el bienestar físico y en la salud reproductiva de las mujeres adolescentes, así como también en el ritmo del desarrollo de una nación afectando a amplios sectores de la población, acarreando graves consecuencias para la salud materno infantil, su atención consume grandes cantidades de recursos económicos, esta problemática se presenta de manera desigual en la población, al afectar sobre todo a los sectores más vulnerables como adolescentes pobres, mal informados, con baja escolaridad y con poca capacidad en la toma de decisiones, y que podría prevenirse o mitigarse con medidas de bajo costo ¹⁷.

Las adolescentes de menor edad poseen menor preparación lógica en cuanto a sus decisiones sexuales en comparación con los adultos por lo tanto su actividad sexual es con más frecuencia esporádica o incluso forzada, lo que contribuye a un menor uso de métodos anticonceptivos y más riesgo de un embarazo. También las mejores expectativas de los adolescentes en el ámbito educativo y laboral conllevan una menor probabilidad en embarazos tempranos. En los países no industrializados existen leyes que permiten al adolescente contraer matrimonio sumado a la pobreza y la escasa educación de las mujeres se asocian con tasas elevadas de embarazos en estas edades ¹⁸.

En las adolescentes embarazadas menores de 15 años, el embarazo puede inducir serios trastornos, biológicos. Además de interferir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo, surgiendo la necesidad de ingresar prematuramente a un empleo el cual generalmente es mal remunerado. La censura de la sociedad sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, desencadenando matrimonios apresurados que generalmente no perduran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos ¹⁸.

El inicio temprano de la actividad sexual, la educación sexual y el acceso a servicios de planificación familiar influye sobre la tasa de embarazo en la adolescencia y por ende en la tasa de nacimientos en las madres adolescentes, se estima que del 70 a 80% de los adolescentes entre 15 a 19 años de edad ya han iniciado su vida sexual activa. A medida que disminuye la edad de inicio de la actividad sexual aumenta el riesgo de embarazos no deseados y disminuye el uso de métodos anticonceptivos ¹⁹.

Se plantea que el uso de técnicas anticonceptivas en mujeres sexualmente activas menores de 20 años es del 70 a 80% en relación con el 90% de las mujeres mayores de 20 años. Cuanto menor es la experiencia sexual del adolescente mayor es el riesgo de usar una técnica anticonceptiva. De hecho, más del 65% de las veces, el inicio de la actividad sexual en la adolescente se lleva a cabo sin técnica anticonceptiva ¹⁹.

Las adolescentes que ya son madres suelen provenir de familias económicamente desfavorecidas, las madres adolescentes por lo general presentan rendimiento escolar bajo antes de quedarse embarazadas y su núcleo familiar suele tener un nivel educativo bajo, a menudo provienen de familias monoparentales donde su propia madre tuvo un hijo durante la adolescencia y fuera del matrimonio, por otro lado en ciertos grupos sociales es posible que vean el embarazo como algo positivo que no interfiere con su objetivo a largo plazo ^{19,20}.

El embarazo en edades tempranas depende no solo de factores biológicos sino también de factores sociales y personales. La adolescente embarazada además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada de mayor edad debe enfrentarse, a la desprotección, lo que lleva a una mayor preocupación sobre su salud y situación socioeconómica de manera especial las adolescentes menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social ^{19,20}.

El embarazo en la adolescencia es catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un embarazo de riesgo, porque afecta no solo a la madre sino también al recién nacido, existiendo muchas complicaciones en el ámbito obstétrico ya que el cuerpo de la adolescente no se encuentra

preparado para el proceso de gestación y del parto, el recién nacido podrá sufrir de desnutrición, bajo peso, malformaciones congénitas e incluso la muerte neonatal y perinatal ⁸.

Así mismo indica que a más de los riesgos para la salud de la adolescente, implica el impacto y la afectación psicosocial de un embarazo no planeado, provocando en las adolescentes cambios irreversibles muchas veces traumáticos, que contribuye a la deserción escolar, interrupción de los proyectos de vida y crisis en el núcleo familiar ^{19,20}.

Otros autores ^{21,22}, manifiestan que en el embarazo en adolescentes involucra una serie de complicaciones biomédicas, psicológicas y sociales con un costo elevado a nivel personal, familiar y social, estas adolescentes todavía no tienen una identidad definida y dependen en su gran mayoría emocional y económicamente de su familia, la cual tampoco está preparada ni emocional ni económicamente para afrontar esta crisis.

Aspectos psicológicos y sociales del embarazo adolescente.

Frecuentemente el embarazo en la adolescencia, es un embarazo no deseado, producto de una relación débil de pareja y en muchos casos fortuito, todo ello determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por miedo a la reacción del núcleo familiar, amigos, docentes y la sociedad en general ¹⁹⁻²¹.

Este comportamiento de temor y de vergüenza generalmente lleva a la captación y control prenatal tardío o insuficiente produciendo consecuencias negativas antes y después del nacimiento, constituyéndose el embarazo en la adolescencia una condición médica importante que se deriva de la conducta sexual precoz de los adolescentes conjuntamente al uso inadecuado de métodos anticonceptivos ¹⁹⁻²¹.

Causas para el embarazo en la adolescencia.

En los últimos 30 años el embarazo y la maternidad adolescente ha llamado la atención mundial ya que posee característica multidimensional y de causa multifactorial entre las que se encuentran tanto las psicológicas como las sociales siendo el embarazo en adolescente más observado en países en vías de desarrollo y presente entre clases sociales menos favorecidas pero

pudiendo presentarse en todos los estratos sociales, así mismo el embarazo adolescente ocurre frecuentemente en adolescentes que tienen un nivel educativo bajo. Haciendo pensar que sea este un fenómeno mundial transitorio, porque de mejorarse las condiciones que la favorecen, este problema podría decrecer ¹⁹⁻²¹.

Factores familiares: este fenómeno es más evidente en familias disgregadas, pudiendo darse el caso que la adolescente sea hija de una madre soltera o de una madre que tuvo su primer hijo igualmente en la adolescencia, otro factor es la falta de comunicación con los padres, las dificultades familiares, falta de afecto por parte del entorno familiar ya que estas adolescentes se aferran a la primera relación romántica que viven ¹⁹⁻²¹.

Factores socioculturales: entre estos factores tenemos los insuficientes recursos económicos, baja escolaridad, falta de madurez, la ausencia de valores de responsabilidad en cuanto a su desarrollo sexual, paradójicamente en la actualidad la sociedad influye sobre los adolescentes a un libertinaje total, pero luego condenan a los embarazos adolescentes, en la edad de 11 a 19 años los adolescentes son vulnerables a las escenas sexuales que se transmiten por medios como la televisión y esto despierta su interés por conocer más sin darse cuenta que podrían salir afectados ¹⁹⁻²¹.

Además, el desconocimiento tanto por miedo o vergüenza de métodos preventivos eficaces, el desconocimiento de los servicios de salud, la violación sexual, estar bajo los efectos del alcohol y las drogas, la presión e influencia de las amistades a tener relaciones sexuales, búsqueda de la identidad se relacionan con esta problemática ¹⁹⁻²¹.

Factores individuales: entre los factores de riesgo individual se encuentran la menarquia precoz, anhelos académicos bajos, ímpetu, ideas de omnipotencia y apego a las creencias y tabúes que castigan la regulación de la fecundidad y la irrisoria habilidad de planificación familiar además del predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes ¹⁹⁻²¹.

Consecuencias de un embarazo en la adolescencia.

Según, Nolzco ²², el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biológico psicológico y social de gran importancia, que en la adolescencia cobra mayor relevancia por los riesgos y complicaciones que conlleva para el binomio conformado por la madre y el hijo. Los mismos autores plantean que la inmadurez física que presenta la madre adolescente aumenta el riesgo para su morbilidad y mortalidad.

Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir con complicaciones relacionadas con el parto en comparación con mujeres mayores de 20 años de edad, pero aquellas adolescentes embarazadas por debajo de los 15 años aumentan 5 veces el riesgo obstétrico. Estos riesgos son el resultado de situaciones biológicas determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general y de factores psicosociales ²³.

Refiriéndose a las complicaciones biológicas se pueden citar las siguientes ^{22,23}:

- a) Del embarazo: anemia, escasa ganancia de peso materno, infecciones de vías urinarias, bacteriuria asintomática, infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, diabetes gestacional.
- b) Del parto: parto prolongado, parto operatorio, desgarro del canal blando del parto y hemorragias, utilización de instrumentos durante el parto
- c) Del puerperio: endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica, infecciones de la rafia, mastitis entre otras.
- d) Perinatales: bajo peso y depresión al nacer.

La anemia de tipo microcítica hipocrómica que corresponde a déficit de hierro, se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo siendo más común en mujeres que tienen una dieta inadecuada, donde los malos hábitos originados por caprichos propios de la edad adolescente contribuyen a este déficit, sumado a esta la atención prenatal tardía o deficiente aumenta su apareamiento ^{22,23}.

Durante el embarazo se producen modificaciones tanto anatómicas y funcionales que incrementan el riesgo de padecer infección urinaria en cualquiera de sus manifestaciones como bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda habiendo una relación estrecha entre estas patologías y el incremento de la morbilidad perinatal ^{22,23}.

El estado nutricional de la madre es un importante factor que determina en el crecimiento fetal y el peso del recién nacido, la gestante adolescente al estar en un periodo de crecimiento y tener una madurez fisiológica incompleta sus requerimientos nutricionales son altos por lo que entran en competencia con el feto para obtener los nutrientes necesarios para su crecimiento, estableciendo que su ganancia de peso debe ser superior en comparación a la embarazada adulta para lograr un neonato de peso adecuado, esta situación se acentúa más en países con menor desarrollo donde se asocian la desnutrición materna con un bajo peso del recién nacido ^{22,23}.

La epidemiología de los estados hipertensivos se da en los extremos de la vida reproductiva femenina sobretodo en embarazos adolescentes ocurridos de menor edad, la preeclampsia es más frecuente en las embarazadas jóvenes, en el desarrollo de este cuadro clínico se involucra una posible falla del sistema inmunológico adaptativo el cual no permite una correcta interrelación entre el organismo materno y el huésped, además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo cuyas manifestaciones clínicas pueden estar separadas o asociadas incluso dando como resultado prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino en el feto ^{22,23}.

El aborto provocado se ubica entre el segundo o tercer lugar como causa de las muertes maternas, más de un tercio de estas muertes maternas es en adolescentes donde por lo general existe el desconocimiento del embarazo por los padres o tutores, las complicaciones como el shock hemorrágico, shock séptico, anemia grave, perforaciones uterinas y viscerales aumenta la mortalidad ^{22,23}.

La etapa de la adolescencia constituye por sí sola un factor de riesgo para estas entidades, además se encuentra en relación a condiciones establecidas

como la malnutrición materna, anemia, las infecciones genito urinarias, según estudios que indican estas complicaciones son más frecuentes en mujeres de edades más tempranas sobre todo menores de 15 años ^{22,23}.

Con respecto a las complicaciones durante el periodo del parto menciona que mientras más joven es la adolescente más alteraciones pueden ocurrir durante el parto, esto se debe principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, estrechez del canal del parto, condicionando el apareamiento de desproporción cefalopélvica, distocias de presentación esto expresado en el trabajo de parto prolongado y cesárea o el uso de instrumentos durante el parto como el fórceps lo que conlleva mayores desgarros del cuello uterino, vagina, vulva y periné aumentado la probabilidad de hemorragias e infecciones maternas y daños al neonato ^{22,23}.

Las complicaciones perinatales para las adolescentes se estima en un 15%, en comparación con las madres entre 20 – 39 años la incidencia de recién nacidos con muy bajo peso al nacer, recién nacidos prematuros, muertes neonatales, aspiración meconial durante el parto y muertes del lactante durante el primer año de vida es mayor en las adolescentes aumentando mientras más joven es la madre y con peor nivel económico, la gastrosquisis aunque es excepcional tiene una tendencia marcadamente superior en los lactantes de madres adolescentes por motivos que aún no están claros ^{22,23}.

Otro estudio realizado en mujeres de América Latina se identifican varias consecuencias adversas de los embarazos adolescentes relacionados a la salud de la madre y del niño estos incluyen mayor riesgo de hemorragia posparto, episiotomía, endometritis puerperal, bajo peso del recién nacido al nacer, partos prematuros, las adolescentes entre 15 a 19 años tienen más probabilidades de morir durante el parto, así mismo indican que las consecuencias son más marcadas para las madres menores de 15 años con mayores riesgos de muerte materna, neonatal y anemia grave ²⁴.

En el embarazo adolescente se presentan más episodios de: eclampsia, ruptura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino, síndrome de dificultad respiratoria, complicaciones posparto, APGAR bajo del

recién nacido y malformaciones congénitas, así como anemia y en el caso extremo mortalidad materna, perinatal y neonatal ^{24,25}.

Para la prevención del embarazo durante la adolescencia, se ha diseñado una amplia variedad de intervenciones educativas. Estas se pueden agrupar en función de diversos criterios. Si atendemos al objetivo que se quiere lograr, las intervenciones son de 3 tipos: intervenciones educativas con un enfoque tradicional, donde la prevención se aborda mediante el desarrollo de habilidades por parte del adolescente y centradas en el retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales; intervenciones de promoción de la anticoncepción, donde se busca mejorar el nivel de conocimiento y la tasa de uso de los métodos anticonceptivos, y, por último, intervenciones combinadas, donde la prevención se aborda aunando las 2 anteriores. Por otro lado, en función del lugar donde se realiza la intervención educativa, existen intervenciones realizadas desde el ámbito clínico, desde el ámbito escolar y/o desde el comunitario ^{26,27}.

La variabilidad respecto a las intervenciones, así como las diferentes clasificaciones realizadas en revisiones anteriores, dificultan la interpretación respecto a qué tipo de intervención es más efectiva para la prevención del embarazo durante la adolescencia ^{26,27}. Así, la revisión realizada por Kirby ²⁸, apunta a que los programas educativos deben abordar la prevención mediante estrategias multifacéticas donde no solo se considere el componente sexual, sino que se valore la parte no sexual y el desarrollo de habilidades o actitudes por parte del adolescente.

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 del embarazo en la adolescencia no escapa a esta tendencia ²⁸.

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" ²⁸.

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 ²⁸.

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 ²⁸.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas ²⁸.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la eficacia en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar conocimientos relacionados sobre el embarazo en adolescentes pertenecientes al poblado Corea del policlínico docente “Sur” de Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre febrero 2020 a abril 2021.

Universo y muestra

El universo de estudio está constituido por 38 adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años pertenecientes al área de salud antes referida, en el periodo en que se enmarco el estudio. Se trabajó con la totalidad de los adolescentes del universo por cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Todos los adolescentes cuyos padres (menores de edad) estuviesen de acuerdo de participar en el estudio y firmen el acta de consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adolescentes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del policlínico Sur en Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos

relacionados con el riesgo 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.

La intervención se realizó en tres etapas:

Etapa diagnóstica: Se les explicó a los adolescentes las características del estudio, con el objetivo de motivarlas con el tema, se aplicó una encuesta referente al problema de estudio, todas hechas de manera cerrada y comprensible, evaluándose en los mismos criterios sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Etapa de intervención: La segunda etapa correspondió a la elaboración de un programa educativo sobre el conocimiento del riesgo del embarazo en la adolescencia. Se aplicó luego el programa educativo propuesto en cuatro encuentros, con una hora de duración y una frecuencia de 7 días entre las mismas.

Etapa evaluativa: Se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, para evaluar la efectividad de la intervención, al final del cuarto encuentro.

Métodos del nivel teórico:

- Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: Se analizaron y compararon las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados el embarazo en la adolescencia.
- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la comunidad y en específico para los adolescentes, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones de educación y prevención el problema de investigación en el área de salud de estudio.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La encuesta: Es un 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 las adolescentes seleccionadas en la muestra.

Charla educativa: Variante abreviada de la clase la cual debe ser preparada convenientemente. La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de las participantes.

Variable independiente: Programa de intervención

Variable dependiente: Conocimiento según diferentes aspectos

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 14 a 16 años De 17 a 19 años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer	Según sexo de pertenencia	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario	Según nivel de escolaridad terminado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
------------------------	--------------------------------	------------------------	---	--

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo del embarazo en la adolescencia, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Análisis e interpretación del MC NEMAR.

Para la correlación de las variables nivel de conocimiento, se utiliza la técnica de McNemar, asume la hipótesis H_0 de que las proporciones antes y después no son significativamente diferentes entre sí, por lo cual no existen cambios significativos en las muestras antes y después, contra la hipótesis alternativa H_1 que plantea que existen cambios significativos en las proporciones en las diferentes mediciones de las variables. Se trabaja con un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Hipótesis matemática:

Si $p \leq \alpha$ (Se rechaza H_0)

Si $p > \alpha$ (No se rechaza H_0)

H_0 : Las proporciones de las variables antes y después no son significativamente diferentes entre sí.

H_1 : Las proporciones de las variables antes y después son significativamente diferentes entre sí.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	a	b	a +b
	Inadecuado	c	d	c +d
		a +c	b +d	n

a: Adecuado y Adecuado

b: Adecuado antes e Inadecuado después

c: Inadecuado antes y Adecuado después

d: Inadecuado e Inadecuado

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención educativa está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los padres de los adolescentes su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistirá en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Adolescentes según edad y sexo. Ciego de Ávila. 2021.

Sexo	Grupo de edades				Total	
	De 14 a 16 años		De 17 a 19 años			
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	7	43,8	10	45,5	17	44,7
Femenino	9	56,3	12	54,5	21	55,3
Total	16	100,0	22	100,0	38	100,0

Fuente: cuestionario

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según grupos de edades agrupados en rangos y el sexo de pertenencia.

Se pudo observar que predominó el grupo de edades de 17 a 19 años sobre el de 14 a 16 años con 21 y 17 participantes respectivamente.

El sexo más frecuentemente observado resultó el femenino, con 21 de las participantes para el 55,3 % del total y mayoría porcentual del grupo de 14 a 16 años con 9 de ellas para el 56,3 % del mismo.

En el estudio realizado en Granma, Cuba por Torres Rodríguez ²⁹, el grupo de edad más representado fue el de 14-16 años, con un total de 26 participantes para un 52 %, siendo el de 11-13 años el menos representado con un total de 7 participantes para un 14%. El grupo de 17-19 tuvo un total de 17 participantes para un 34%. Esta es la etapa de la adolescencia en que los mismos por lo general comienzan a tener sus primeras relaciones sexuales. La orientación sexual debe considerarse un trabajo perteneciente a la esfera de las acciones preventivas y en este sentido, se hace necesario llevarla a cabo en todos los grupos etáreos.

Malán Guzmán ³⁰, en un estudio similar refiere que el sexo que predominó fue el masculino para un 56,8% sobre el femenino para un 43,2%. Siendo el grupo etario predominante el de 15 a 16 años para un 39,6% seguido por el de 10 a 14 años para un 35,2% y por último el de 17 a 19 años para un 25,2%. En los primeros grupos de edad el sexo predominante fue el masculino sin embargo

entre los 17 a 19 años se comportan de la misma manera ambos sexos (12,6%).

Tabla 2. Adolescentes según sexo y nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
Primaria	3	18,8	1	4,5	4	10,5
Secundaria	11	68,8	14	63,6	25	65,8
Preuniversitario	3	12,5	7	31,8	9	23,7
Total	17	100,0	22	100,0	38	100,0

La tabla 2 muestra la distribución de adolescentes según el grado escolar vencido y el sexo biológico de pertenencia.

Se pudo observar que predominó el nivel de escolaridad secundario con 25 adolescentes para un 65,8 % del total con 11 de ellos entre los masculinos para un 68,8 % y 14 féminas que representaron el 63,6 % de estas. El nivel de escolaridad menos representado resultó el primario con 4 adolescentes para un bajo 10,5 %.

Respecto al ámbito de actuación, la mayoría de las intervenciones se han realizado en el entorno escolar, donde la enseñanza de los contenidos educativos se imparte mediante una metodología vertical, siendo una persona formada en el tema y perteneciente al programa educativo la que imparte los contenidos ⁴².

Con respecto a los conocimientos poco satisfactorios de los adolescentes, un estudio realizado en Cuba por Galindo ¹¹, se manifiesta, que el bajo nivel de escolaridad deviene en una inadecuada educación sobre salud sexual y reproductiva lo cual se ha visto que fomenta la experimentación sexual y se pierde la oportunidad de reducir la probabilidad de un embarazo no deseado y por lo tanto va en perjuicio de los jóvenes. Hernández Nuñez ¹², concluye en un estudio similar que los adolescentes de menor edad presentaron conocimientos no satisfactorios sobre el tema, lo que puede estar influenciado, porque por su propia edad han recibido menos información ya sea en la escuela o en su

hogar, además por el desarrollo propio en cada etapa de la adolescencia ya que la etapa temprana y media se caracteriza por los cambios físicos acelerados más que por los cambios cognitivos y psicológicos, no admitiendo consejos ni ayudas.

Tabla 3. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	30	24	54
	Inadecuado	52	46	98
		82	70	152

Prueba de McNemar

Ji cuadrada=9.59 gl=1 Valor de P=0.0020

La tabla 3 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario, donde se observa que se elevó el porcentaje de respuestas correctas en este acápite.

Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada. Lo que nos traduce la eficacia de la intervención educativa en este aspecto.

Gómez ³¹, destaca que el correr riesgos forma parte del desarrollo de la persona siendo maneras que tiene el adolescente de crecer y hacerle frente a la vida. Los adolescentes que participaron en su estudio no son conscientes de los riesgos que corren al mantener relaciones sexuales, otros conocen bien las consecuencias dentro de las cuales está el embarazo.

En un estudio similar realizado por Fleites Santana ³², este refiere que antes de la intervención solo el 16,7% de los adolescentes estudiados tenía

conocimientos adecuados sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia, luego de la intervención se elevó hasta el 80 % de adolescentes con conocimientos adecuados y modificación de conocimientos sobre anticonceptivos, complicaciones de un embarazo durante el periodo de la adolescencia, complicaciones de un aborto en la adolescencia y sobre la edad apropiada para tener un embarazo ($p < 0,01$).

Con los resultados del estudio concuerdan con un estudio realizado en Otavalo y referido por Cabrera ³³, donde existe por parte de los adolescentes un gran desconocimiento sobre el riesgo reproductivo, además con un gran número de adolescentes con vida sexual activa sin protección.

Tabla 4. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre el ciclo menstrual evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	34	30	64
	Inadecuado	46	42	88
		80	72	152

Prueba de McNemar

Ji cuadrada=2.96 gl=1 Valor de $P=0.08$

La tabla 4 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre el ciclo menstrual, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Al terminar el programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario, donde se observa que a pesar de que los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron, aunque no resultó en un aumento considerable, por lo que al aplicar la prueba de McNemar, no hay diferencia significativa al antes y después, lo que nos traduce que la aplicación del programa no fue eficiente.

En el estudio de Flores-Valencia ³⁴, esta impartió contenidos combinados con información biológica y de riesgos de tener relaciones sexuales sin protección, toma de decisiones, roles de género, negociación y rechazo de relaciones sexuales. El 34 % de los adolescentes habían iniciado su vida sexual activa y de éstos solo el 39 % utilizó condón como método anticonceptivo. Los autores mencionan que el inicio de la vida sexual de los adolescentes sin conocimientos previos sobre los cambios puberales como el ciclo menstrual facilita el contagio de ITS y el embarazo no planeado. La educación en anticoncepción puede contribuir en la reducción de embarazos en esta edad ³⁵.

Malán Guzmán ³⁰, refiere que los adolescentes de menor edad presentaron conocimientos no satisfactorios sobre el tema, lo que puede estar influenciado, porque por su propia edad han recibido menos información ya sea en la escuela o en su hogar, además por el desarrollo propio en cada etapa de la adolescencia ya que la etapa temprana y media se caracteriza por los cambios físicos acelerados más que por los cambios cognitivos y psicológicos, no admitiendo consejos ni ayudas.

Tabla 5. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre consecuencias del aborto, evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	44	49	93
	Inadecuado	48	53	101
		92	102	194

Prueba de McNemar

Ji cuadrada=0.0000 gl=1 Valor de P=1.0000

La tabla 5 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre consecuencias del aborto, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron, **aunque** no resulto en un

aumento considerable, por lo que al aplicar la prueba de McNemar, no hay diferencia significativa al antes y después, lo que nos traduce que la aplicación del programa no fue eficiente.

Fleites Santana, ⁴⁵ reporta en su estudio que antes de realizar la intervención educativa solamente el 6,7 % de los adolescentes objeto de estudio tenía conocimientos adecuados sobre las complicaciones del aborto. Una vez desarrollada la intervención se pudo elevar hasta un 76,7 %.

El aborto no es un método anticonceptivo y por tanto se debe evitar que se acepte como algo muy natural, sencillo e inocuo, puede ser después causa de lesiones en el cuello uterino, cáncer cérvico uterino u otras complicaciones. En Cuba se sabe que el desconocimiento y la falta de educación sexual en la mujer la hace acudir a él confiada en las condiciones en que se produce en el país: centros de salud adecuados, personal especializado, las mejores medidas de asepsia y antisepsia; e irresponsablemente, algunas jóvenes, como no sienten nada y es tan rápido, abusan del mismo con frecuencia, aunque conocen otras medidas para evitar el embarazo ³⁶.

Tabla 6. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre anticoncepción, evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	42	18	60
	Inadecuado	58	34	92
		100	52	152

Prueba de McNemar

Ji cuadrada=20.01 gl=1 Valor de P=0.0000

La tabla 6 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre anticoncepción, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario donde se observa que se elevó el porcentaje de respuestas correctas. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

En general, todos los estudios que evalúan un cambio en el nivel de conocimiento encuentran una mejora significativa en el nivel de conocimiento que se traduce en cambios en el comportamiento que conduzcan a la prevención del embarazo, como un aumento en la tasa de uso de los métodos anticonceptivos y/o desarrollo de habilidades de negociación respecto al uso de estos. Esta apreciación coincide con lo reportado por las revisiones de Oringanje ²⁶, y Kirby ²⁸, donde el enfoque múltiple es el que mejores resultados aporta en términos de prevención.

Nair y colaboradores ³⁷, refiere en un estudio similar que en la intervención educativa se encuentra una mejora significativa y positivo en las actitudes para el nivel de conocimiento sobre anticonceptivos, embarazo en la adolescencia e infecciones de transmisión sexual ($p < 0,01$). Similar resultado refiere Oman y colaboradores ⁵¹, en su estudio donde refiere una mejora significativa para el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, aunque se mantienen las barreras para usarlos, anatomía y enfermedades de transmisión sexual.

En estudios similares se reporta que, en cuanto al cambio en las actitudes, para valorar la efectividad de las intervenciones en modificar actitudes, se encontró tras la intervención una mayor disposición por parte de los participantes a usar el preservativo o la píldora anticonceptiva hacia el uso de los métodos anticonceptivos ³⁸⁻⁴⁰. Similar a lo encontrado en el presente estudio.

Tabla 7 Adolescentes según nivel global de conocimiento sobre sexualidad y reproducción en la adolescencia, evaluado antes y después de la intervención.

		Nivel de conocimiento después		
		Adecuado	Inadecuado	
Nivel de conocimientos antes	Adecuado	44	24	68
	Inadecuado	52	32	84
		96	56	152

Prueba de McNemar

Ji cuadrada=9.59 gl=1 Valor de P=0.0020

La tabla 7 muestra la distribución de adolescentes según el nivel global de conocimientos sobre sexualidad y reproducción en la adolescencia, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en estos temas y a su vez como punto de comparación evaluativo, la minoría de los participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos global sobre elementos referentes a sexualidad y reproducción en la adolescencia.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta cifra aumentó evaluándolos con conocimientos generales adecuados sobre la mencionada alteración y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

Torres Rodríguez ²⁹, al final del estudio reportó que se favoreció el mismo con un total de 48 adolescentes con nivel de conocimiento adecuado para un 96%, quedando sólo 2 adolescentes con nivel de conocimiento inadecuado para un 4%, demostrándose de esta forma la eficacia del programa aplicado, así como el papel primordial que juega el equipo básico de salud en la prevención y promoción de salud de la comunidad.

Por otro lado, la investigación de Taylor ⁴¹, halla un mayor número significativo de participantes que deciden abstenerse de mantener relaciones sexuales. La investigación de Hill ⁴², obtiene que los participantes muestran

significativamente una mayor predisposición hacia el retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia se muestran efectivas para la mejora en el nivel de conocimiento y la modificación de las actitudes y de la tasa de uso de los métodos anticonceptivos. Taylor ⁴¹, reporta en su estudio que luego de la intervención se observa que hay menos estudiantes que tienen actitudes positivas hacia el embarazo en la adolescencia, mayor cantidad quiere abstenerse de relaciones hasta finalizar la escuela, mayor comunicación hacia los padres y una mayor proporción de estudiantes usando anticonceptivos ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

Predominaron las edades de la adolescencia avanzada, el sexo femenino y el nivel de escolaridad secundaria. Se puede observar la eficacia de la intervención cuando nos referimos a nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, nivel de conocimiento sobre anticoncepción y en cuanto a nivel global de conocimiento sobre la sexualidad y reproducción. La intervención no fue eficaz en cuanto a nivel de conocimiento sobre el ciclo menstrual y nivel de conocimiento sobre consecuencias del aborto, aún así se considero acertada la intervención educativa aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvache, O. El embarazo en adolescentes, un problema pendiente de solución. Pasto: Fundación Universitaria Konrad Lorenz; [en línea]. 2017 [citado 09/02/2017]. Disponible en: <http://www.ucc.edu.co/prensa/2017/Paginas/embarazo-en-adolescentes-aborto-pobreza-desigualdadsocial.aspx>
2. Gálvez, M; Rodríguez, L; Rodríguez, CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev cubana Med Gen Integr [en línea]. 2017;32(2) [citado 23/02/2017]; [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015&lng=es&nrm=iso
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. En: Organización Panamericana de la Salud-OMS. 12 Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe Técnico 6. México; Organización Panamericana de la Salud. (2018) Salud del Adolescente. Washington.
4. SEMLAC. “Desafíos de cara al embarazo adolescente” 2019 (www.redsemlac-cuba.net/sociedadcultura/desaf%C3%ADos-de-cara-al-embarazo-adolescente.html) Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S166881042009000200010&script=sciarttext&tlng=pt>
5. Molina, AM; Pena R. Díaz, CE; Antón M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia Ginecología. 2019;45(2): e218.
6. Ministerio de Salud Pública de Cuba. (MINSAP). “Anuario Estadístico de Salud”. La Habana: Ministerio de Salud Pública. 2019.
7. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Programa de Atención Materno Infantil. Principales indicadores. 2018. [monografía en Internet] Consultado: agosto 2020. Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/dpsch%20/materniinf.htm>
8. Maurer, C; Vergara, T. Embarazo adolescente: un desafío para las políticas públicas. Osomo: INSP; Chile 2017. [citado 23/02/2019] Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/84599411/Embarzoadolescente-un-desafío-para-las-políticas-públicas>

9. Sánchez, I. B. La educación para la sexualidad en la atención a los escolares adolescentes con trastornos de la conducta. 2006 (Tesis doctoral). Universidad de Holguín Oscar Lucero Moya. Cuba.
10. Estrategia nacional intersectorial de articulación para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos 2017. Consultado el 11 diciembre 2019. http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_eniap.pdf
11. Galindo, C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Revista desarrollo y sociedad; 2014. Consultado el 13, diciembre 2019. <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n69/n69a06.pdf>.
12. Hernandez Nuñez J., Valdés Yong M., Moreno González YM., Pérez Pérez MA. Factores influyentes en el primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev cubana Med Gen Integr; Cuba. 2014 Mar. 30(1): 36-47.
13. Chano Ichau EA & Landa Quilca JK. Salud sexual y reproductiva con enfoque de género en jóvenes adolescentes del Colegio Nacional Técnico “Víctor Manuel Guzmán” (tesis de pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador. 11, noviembre, 2018. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/3468>
14. Luparello RC. Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2017 (tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. Consultado el 15 de noviembre 2019. http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf
15. Guapizaca Morocho MJ & Pintado Roldán PA. El embarazo precoz y sus impactos en el rendimiento y entorno familiar de las adolescentes de los colegios Santa Mariana de Jesús, Ciudad de Cuenca. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador, 2017. Consultado el 15 mayo 2019. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2323/1/tps575.pdf>

16. Chamba Uchuari AA. Conocimientos y prácticas sobre sexualidad para prevenir el embarazo en adolescentes del colegio “Fernando Suarez Palacio” del barrio Carigan. Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador; 2017. Consultado el 1 agosto 2019. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11598/1/Tesis%20Alexandra%20Chamba.pdf>
17. Masabanda Pilataxi PA. Nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculadas en las instituciones educativas fiscales para el curso académico 2015-2017 en el distrito 17D07 de Quito-parroquia urbana Chillogallo (tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Consultado el 14 de junio 2019. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4717/1/T-UCE-0006-99.pdf>
18. Kliegman, R., Stanton, B., ST. Geme, J., Schor, N. Y Behrman, R. Nelson tratado de pediatría. Barcelona, España: Editorial Elsevier, 2018. Consultado el 25 de julio de 2019.
19. Calvopiña Parra A R. Factores de riesgo psicosociales que influyen en el embarazo y maternidad adolescente (tesis de pregrado). Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador, 2017. Consultado el 13 junio 2019. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE0007-70.pdf>
20. Rentería Valencia NM. Factores psicosociales que inciden en el embarazo en adolescentes (12-17 años) del colegio Simón Plata Torres de la zona urbana de la ciudad de Quinindé en los años 2016-2017 (Tesis de maestría). Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador. Consultado el 17 de agosto 2019. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE0007-70.pdf>
21. Calvopiña Parra A R. Factores de riesgo psicosociales que influyen en el embarazo y maternidad adolescente (tesis de pregrado). Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador, 2017. Consultado el 13 junio 2019. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE0007-70.pdf>
22. Nolzco, M., Rodríguez, L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes, Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina 2006.

23. Meza Mejía L M. Complicaciones y frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas a realizarse en el Hospital Gineco obstétrico “Enrique Sotomayor” a partir de septiembre del 2014 a febrero de 2016. Universidad Estatal de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Consultado el 18 de julio 2019.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1868/1/TESIS%20LIZBETH%20MEZA%20PDF.pdf>
24. Azevedo, J., Favara, M., Haddock, S., López, L., Müller, M., Pevora, E. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, 2018. Consultado 18 de enero 2019.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WPOSPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>
25. Vega G., De Icaza T., Becerril A., Ávila J. “Resultados Perinatales de Hijos de Madres Adolescentes, Comparados con Hijos de Madres No Adolescentes en un Hospital de Segundo Nivel en México” European Scientific Journal, 2017, México, vol. 12, pp. 25-34. Consultado el 25 septiembre 2019 ISSN 1857-7881.
<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2616.v12n21p25>.
26. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes. Biblioteca Cochrane Plus 2019. Número 8. Oxford.
27. Colomer J, Grupo PrevInfand. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Recomendaciones PrevInfand/PAPPS [Revista en internet]. 2017 [consultado 11 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/endits.html>
28. Kirby D. Antecedents of adolescent initiation of sex, contraceptive use, and pregnancy. Am J Health Behav. 2002; 26:473---85.
29. Torres Rodríguez L, y colaboradores. Intervención educativa para prevenir embarazos en la adolescencia. Revista Médica. Granma. Multimed 2014; 18(4).

30. Malán Guzmán CD. El embarazo en adolescentes, colegio Aurelio Guerrero, Archidona. Riobamba – Ecuador. 2015– 2017.
31. Gómez-Sotelo, M., Gutiérrez-Malaver, R., Izzedin-Bouquet, L. Sánchez-Martínez, N. Herrera-Medina, M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. salud pública, 2002, 14(2): 189-199.
32. Fleites Santana N, y colaboradores. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. Policlínico Área VII, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba. 2015.
33. Cabrera J & Tixicuro J. Conocimientos sobre el riesgo reproductivo en adolescentes de los quintos y sextos cursos del colegio experimental Jacinto Collahuazo sección nocturna del cantón Otavalo, provincia Imbabura, periodo 2006-2007 (tesis pregrado). Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador. Consultado el 21 febrero 2018. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2050/1/Tesis%20sobre%20Riesgo%20Reproductivo.pdf>
34. Flores-Valencia M. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev. Salud Pública. 19 (3): 374-378, 2017.
35. Quintero PP, Castillo RN, Roba BC, Padrón GO, Hernández ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Revista Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Feb [citado 2018 Jun 06]; 16(1): 132-145. Disponible en: <https://goo.gl/Q8HEJL>
36. Suárez Linares J. Otra mirada al embarazo en la adolescencia. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2011 [cited 31 Mar 2018] ; 10 (1): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2011000100020&script=sci_arttext
37. Nair MK, Paul MK, Leena ML, Thankachi Y, George B, Russell PS, et al. Effectiveness of a reproductive sexual health education package among school going adolescents. Indian J Pediatr. 2012; 79 Suppl 1:64---8.
38. Green J, Oman RF, Lu M, Clements-Nolle KD. Long-term improvements in knowledge and psychosocial factors of a teen pregnancy prevention intervention implemented in group homes. J Adolesc Health. 2017; 60:698-705.

39. Hernández Millán ZL, Bravo Polanco E, López Hernández P, Águila Rodríguez N, Cepero Águila L. Efectividad del programa psicoeducativo de educación sexual y reproductiva. *Rev Cubana Enferm.* 2017; 31:3---18.
40. Bonell C, Maisey R, Speight S, Purdon S, Keogh P, Wollny I, et al. Randomized controlled trial of 'teens and toddlers': A teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery. *J Adolesc.* 2018; 36:859---70.
41. Taylor M, Jinabhai C, Dlamini S, Sathiparsad R, Eggers MS, de Vries H. Effects of teenage pregnancy prevention program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health Care Women Int.* 2014; 35:845---58.
42. Hill JC, Lynne-Landsman SD, Graber JA, Johnson KJ. Evaluating a pregnancy and STI prevention programme in rural, at-risk, middle school girls in the USA. *Health Educ J.* 2017;75: 882---94.

ANEXOS

Anexo I

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El _____ que _____ suscribe:

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio, declaro que he sido informado del objetivo del estudio, por lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta antes y después 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 Ciego de Ávila a los _____ del mes de _____ del año 20__.

Firma del sujeto: _____

Firma del investigador: _____

Anexo II

Cuestionario antes y después de la intervención educativa

Edad: _____

Sexo: femenino: _____ masculino: _____

Tu participación será muy útil, es por ello que necesitamos que respondas todas las preguntas cuidadosamente, todo lo que aquí se exponga es totalmente confidencial y no será divulgado.

1. Según sus conocimientos conoce sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia, marque con una X la que corresponda.

- a) ☐ Puede traer afecciones médicas y psicológicas para la madre y el bebé
- b) ☐ Puede eliminarse recurriendo al aborto.
- c) ☐ Puede hacer más responsables a los futuros padres.
- d) ☐ Puede hacer la vida más agradable.
- e) ☐ Los niños nacidos de embarazadas adolescentes tienen un peso normal y no tienen riesgos para la vida.
- f) ☐ Las adolescentes embarazadas tienen alto riesgo de presentar anemias, niños con bajo peso y parto antes de tiempo.
- g) ☐ El embarazo en la adolescencia es una de las causas de abandono escolar y dificulta la realización de las aspiraciones futuras.

2. Según sus conocimientos refiera sobre el correcto periodo del ciclo menstrual, marque con una X la que corresponda.

- a) ☐ El periodo de menstruación dura de 4 a 5 días
- b) ☐ El ciclo menstrual aparece cada 15 días.
- c) ☐ Aparece cuando se tiene relaciones sexuales precoces
- d) ☐ Aparece cuando se ha alcanzado un desarrollo sexual óptimo para la reproducción.

3. Según sus conocimientos refiera cuales son los riesgos del aborto en la adolescencia, marque con una X la que corresponda.

- a) ☐ Histerectomías (extracción quirúrgica del útero)
- b) ☐ Esterilidad/infertilidad
- c) ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- d) ☐ Muerte de la madre o el niño
- e) ☐ Malformaciones en el recién nacido
- f) ☐ No sé

4. Según sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos, marque con una X la que corresponda.

- a) ☐ El uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad de la mujer
- b) ☐ El condón no disminuye el placer sexual

- c) ____ El condón es el único medio anticonceptivo
- d) ____ El aborto no es un método anticonceptivo
- e) ____ La píldora y dispositivos intrauterinos son anticonceptivos
- f) ____ El método del calendario siempre es efectivo.
- g) ____ No sé

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,f,g

Inadecuado: Contestar incisos: c,d,e

Pregunta 2:

Adecuado: Contestar incisos: a,d

Inadecuado: Contestar incisos: b,c

Pregunta 3:

Adecuado: Contestar incisos: a,b,d

Inadecuado: Contestar incisos: c,e,f

Pregunta 4:

Adecuado: Contestar incisos: b,e

Inadecuado: Contestar incisos: a,c,d,f,g

Calificación Final:

Adecuado: Contestar 4 preguntas correctamente.

Inadecuado: Contestar tan solo 2 preguntas correctamente.

Anexo III

Programa de intervención educativa

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 4 actividades que serán impartidas todos los lunes en horario de la mañana. Impartidas por el médico en el consultorio médico de familia de Corea del área de salud del policlínico “Sur” en Ciego de Ávila

Primer encuentro:

Título: Embarazo en la adolescencia.

Objetivos: 1- Identificar los riesgos del embarazo en la adolescencia.

2- Exponer las consecuencias para la adolescente del hábito de fumar

3- Caracterizar las características anatómicas y fisiológicas en el ámbito sexual en el adolescente.

4- Ciclo menstrual

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

Introducción: Durante este primer encuentro se procederá a la presentación de cada uno del participante de acuerdo a su nombre, edad y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Técnica participativa: "¿Qué crees de la vida?"

Desarrollo: Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista y porque es importante tener un proyecto de vida.

En un segundo momento se mostrará una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con las principales manifestaciones anatómicas (el pene, testículos, escroto, labios mayores y menores, clítoris, vagina, útero, trompas de falopio, ovarios y se explicará sobre la edad correcta para tener relaciones sexuales, así como la explicación del ciclo menstrual en la mujer. Luego de esto se realizará una conferencia sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia,

Segundo encuentro:

Título: Aborto

Objetivos: 1- Identificar las consecuencias del aborto en la adolescencia

2 –Trazar medidas para prevenirlos

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se comenzará explicando a los participantes en que consiste el aborto; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos este fenómeno, luego se pasará a explicar por parte del médico las consecuencias del aborto en la adolescencia y las medidas de prevención a tomar para evitar el embarazo no deseado. Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

¿Sabe usted cuáles son los posibles métodos anticonceptivos que se pueden usar para evitar el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual?

Tercer encuentro:

Título: Anticonceptivos.

Objetivos: 1- Analizar brevemente las complicaciones y repercusión psicosocial de las infecciones de transmisión sexual.

2- Describir el uso de los diferentes anticonceptivos.

Tipo de actividad: Conferencia, Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Pancartas

Introducción: Se realizará un breve resumen del tema tratado en la clase anterior y se realizarán preguntas de control.

Desarrollo: En un primer momento se dará una charla dirigida a identificar las complicaciones que conllevan las enfermedades de transmisión sexual, así como la repercusión psicosocial en el adolescente. Se analizará además la repercusión del embarazo no deseado en la adolescencia.

En un segundo momento se realizará una conferencia con un Power Point abarcando todo lo referido a la utilización o no de algún elemento o

sustancia para prevenir un embarazo y sobre el uso del condón para evitar las enfermedades de transmisión sexual, las posibilidades de tratamiento de estas infecciones, insistiendo una vez más en la importancia del uso del condón en cada relación sexual.

Al finalizar la actividad se entregará mini boletín que ayudará a definir la conducta sexual sin riesgo: que es cuando usa algún método anticonceptivo en todas sus relaciones sexuales.

Por último, se exhortará a participar del último encuentro, donde se podrá comprobar los conocimientos aprendidos.

Cuarto encuentro:

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

Técnica Participativa: Despedida

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que los participantes expresarán como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Luego de culminada la intervención se aplicará nuevamente el cuestionario inicial para evaluar la modificación del conocimiento sobre conducta sexual de riesgo en este grupo etario y así darles salida a los objetivos de la investigación.

