

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA
Policlínico Universitario “José A. Más Naranjo”**



Título: “Intervención educativa sobre prevención del embarazo en adolescentes”.

En opción al título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Autor: Dr. Orel López Iglesia

CIEGO DE ÁVILA, 2018

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

TÍTULO: “Intervención educativa sobre prevención del embarazo en adolescentes”.

En opción al título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

AUTOR: Dr. Orel López Iglesia

**INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Filial de Ciencias de la Salud
“Arley Hernández Moreira”**

TUTORA: Dra. Caridad Rosa Franco Almaguer. Especialista de Primer Grado en Higiene y Epidemiología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente

Policlínico Universitario “José A. Más Naranjo”

CIEGO DE ÁVILA, 2018

Dedicatoria

"A mis padres, a mis pequeñas niñas, mi esposa, mi abuelito y amigos incontables que me ayudaron siempre en toda mi carrera."

"A mi tutora y profesores "

Exergo

"Para los niños trabajamos porque los niños son los que saben querer... porque los niños son la esperanza del mundo"

José Martí

Agradecimientos:

*“El saber agradecer” es una gran virtud por eso no
puedo olvidar, agradecer a:*

*“Mi tutora, profesores, la profe Benita Mabel Beltrán por
su ayuda en esta investigación ”*

*“A todos los que han contribuido para concluir
exitosamente mi carrera como médico ”*

*! A nuestro siempre Comandante en Jefe Fidel a Raúl y a
la Revolución!*

¡ Gracias!

RESUMEN

Se realizó una investigación cuanti-cualitativa, con el problema científico: ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos en relación a la prevención del embarazo en las y los adolescentes pertenecientes al consultorio médico de la familia 9 del Policlínico José A. Más Naranjo en el período de marzo 2017 a 2018? El objetivo general: Implementar un programa educativo sobre prevención del embarazo en las y los adolescentes pertenecientes al consultorio médico de la familia en el área de salud mencionada. El universo está compuesto por los 68 adolescentes pertenecientes al consultorio 9 de Primero de Enero que cumplieron los criterios de inclusión para esta investigación que se desarrolló en tres etapas de trabajo. Se aplicó cuestionario confeccionado para la investigación. Se constató una mala evaluación en el nivel de conocimiento sobre el tema. Fueron diseñadas un número mínimo de seis acciones necesarias para elevar el nivel de conocimientos teniendo en cuenta las carencias detectadas. Después de aplicada la intervención se constata mejoría en la casi totalidad de la muestra y por ítems, encontrando algunos casos evaluados de mal en los aspectos que se relacionan con los criterios sobre el aborto ante un embarazo no deseado y como anticonceptivo. No obstante, se constató la efectividad de la intervención diseñada al lograr altos resultados cognitivos en los y las adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia, Embarazo, Nivel de conocimientos, Prevención

INDICE

I- INTRODUCCIÓN.....	1
II- MARCO TEÓRICO.....	7
III- MATERIALES Y METODOS.....	23
IV- RESULTADOS Y DISCUSION	45
V- CONCLUSIONES.....	60
VI- RECOMENDACIONES	61
VII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
VIII- ANEXOS	

INTRODUCCION:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.(1, 28)

Es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros.(1,2)

La adolescencia se considera como un grupo de mayor vulnerabilidad tanto para las infecciones de transmisión sexual, como para la práctica de conductas sexuales inadecuadas, además de un estilo de enfrentamiento desacertado ante situaciones estresantes como la primera relación sexual, el uso de métodos anticonceptivos o el embarazo en ésta etapa de la vida. (3-5)

En las adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se separa progresivamente del psicológico y social, pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos. (6)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (4)

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. (7)

Un aspecto de la salud de los adolescentes, al que se ha prestado atención, pero que desde hace algunos años preocupa cada vez más, es el comportamiento reproductor y especialmente el problema de las consecuencias psico - sociales y fisiológicas del embarazo y del parto en la adolescencia. La sexualidad entre los adolescentes hoy en día es mayor y comienza más temprano que sus antecesores. Esta situación, unida en su mayor parte al desconocimiento y no uso de los métodos anticonceptivos, son causas del incremento de embarazos en los jóvenes adolescentes. Desafortunadamente algunos no tienen otra solución que un matrimonio precoz y de poca estabilidad condenado al fracaso desde sus inicios.(7)

Desde el punto de vista metodológico, el embarazo en la adolescencia no es asunto estrictamente fisiológico ni de manejo irresponsable de la sexualidad, por parte de las personas adolescentes ni de familias disfuncionales ni falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino que es producto de múltiples interrelaciones, de éstos y otros factores; obedece al funcionamiento mismo de la sociedad; es la construcción de un modelo sobre el comportamiento sexual entre los miembros de esa sociedad lo que va a determinar que en un nivel más concreto los jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales.(9) La gestación, en esta etapa de la vida, tiene un riesgo mucho mayor para su salud y la de su futuro bebé, si decide convertirse en mamá, pues puede producir complicaciones invalidantes definitivas en los planos orgánico, social y psicológico. (8)

El rápido aumento de la población de adolescentes y la proporción creciente de las que quedan embarazadas, constituye un problema actual de salud, de importancia indiscutible, debido a las múltiples complicaciones del embarazo en este grupo, entre las que se citan: parto pre término, toxemia, anemia, recién nacido de bajo peso al

nacer, etc., además de las repercusiones sociales desfavorables tales como: La deserción escolar, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente a su hijo y la imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro y estable emocionalmente. (1,8-10)

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. (10) Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.(11, 12) Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.(13) En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. (11,12)

Cuba se encuentra entre las naciones con una baja tasa global de fecundidad, sin embargo, se halla entre las naciones con elevada tasa de fecundidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes, con cifras de 23%. (13,14) Las complicaciones y la morbilidad y mortalidad peri natales de estas gestantes se verán incrementadas en cualquier estadística consultada. (15,16)

Son numerosos los argumentos que existen para plantear que el embarazo en la adolescencia tiene un riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud vinculadas sobre todo a la educación sexual y sanitaria con el interés de reducir las tasas de embarazos en este grupo etario, lo cual garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia, y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. (17)

El único método válido para contribuir a evitar el embarazo en la adolescencia, con todos los riesgos que trae aparejado, es una buena educación para la sexualidad

(18) La comunicación sobre temáticas sexuales debe adecuarse al tono juvenil, no se trata de discursos moralistas, ni de explicaciones científicas, sino de esclarecer inquietudes humanas. Es conveniente aprovechar ejemplos de la vida cotidiana, del círculo familiar y de los conocidos. Hay que evitar las exageraciones dramáticas supuestos problemas que el joven podrá encontrar en la vida sexual y de relación. Se debe dimensionar justamente las dificultades, sin disminuir las posibilidades que tienen ellos para enfrentarlas.(19)

El médico de la familia dentro del marco de la salud pública en Cuba, juega un importante papel en la atención de los adolescentes, si se tiene en cuenta que es precisamente en esta etapa difícil de la vida, donde se forja el hombre del mañana y se solidifica la personalidad. (20) Aún es poca la información que transmite el equipo de salud médico-enfermera de la familia, quienes deben ser los principales promotores en la educación para la salud y en la prevención de enfermedades que inciden en el desarrollo del adolescente, pues existen diversas vías para actuar en y con el adolescente, el objetivo fundamental debe ser actuar sobre el joven sano y no sobre el que ya ha tenido sus primeros fracasos en esta importante esfera de la vida, además, hay importantes fisuras en el trabajo intersectorial en el municipio y la comunidad.(21)

Por todo lo anteriormente expuesto se enfatiza en la importancia de disminuir la incidencia del embarazo en la adolescencia y lograr un cambio de comportamiento de los adolescentes en relación a este tema, considerando que se han desarrollado programas destinados a mejorar la educación sexual de los jóvenes en Cuba, sin embargo, se precisa de la realización de un mayor número de programas y de masificar su difusión e implementación para así poder lograr avances en la problemática actual del tema. Según opinión autoral.

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y aunque contrariamente a lo que ocurre en otros países, en Cuba no está penalizado, se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, aún

así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad.(15,22)

Las principales razones por las que una adolescente optan por el aborto, es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja, ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja. (22)

El embarazo en la adolescencia es también un problema para la provincia de Ciego de Ávila donde se reportaron en 2016 cifras de 733 adolescentes embarazadas y se mantuvieron las cifras sin muchas variaciones el año 2017 que se reportaron 782 (Según estadísticas del territorio y del Anuario Estadístico Nacional)(23) El municipio de Primero de Enero, tiene una situación similar pues las adolescentes embarazadas han ido en ascenso paulatino cada año, en 2016 fueron 55 y 2017 fueron 49, en 5 primeros meses de este año se han reportado 17 según datos recogidos por el Departamento de Estadística Municipal.(24)

Justificación

A pesar de contar en Cuba con el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescente (25) donde se definen las estrategias generales para trabajar este problema de salud y de realizarse en el sistema de salud acciones para evitar el embarazo en la adolescencia, las jóvenes pertenecientes al consultorio médico de la familia 9 (Reperto Zapatería) del Policlínico José A. Más Naranjo, continúan incidiendo en este problema y se mantiene el embarazo precoz en esta etapa de la vida como una situación a resolver, ya que está repercutiendo directamente en el bajo peso al nacer que en estos momentos continúa siendo un problema de salud, con la agravante de la situación socio-económica que caracteriza esta población, pues desde el 2013 al 2017 se han reportado (23) casos de adolescentes embarazadas.(24)

Problema científico

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos en relación a la prevención del embarazo en los adolescentes pertenecientes al consultorio médico de la familia 9 del Policlínico José A. Más Naranjo en el período de marzo 2017 a marzo 2018?

Hipótesis

Un programa educativo en los adolescentes donde se faciliten los conocimientos necesarios posibilitará elevar el nivel de conocimientos en relación a la prevención del embarazo en la adolescencia en el consultorio médico de la familia 9 del Policlínico José A. Más Naranjo

Objetivo General:

Implementar un programa educativo sobre prevención del embarazo en los adolescentes pertenecientes al consultorio médico de la familia 9 del Policlínico José A. Más Naranjo en el período de marzo 2017 a 2018.

Objetivos Específicos:

- 1-** Caracterizar el grupo de estudio según variables epidemiológicas y socioculturales de interés en la investigación.
- 2-** Evaluar el nivel de conocimientos que sobre la prevención del embarazo en la adolescencia y factores de riesgo que tiene la muestra seleccionada en el estudio.
- 3-** -Diseñar estrategia relacionada con el aporte de conocimientos a los adolescentes en relación al embarazo.
- 4-** -Determinar los conocimientos adquiridos por los adolescentes en relación al embarazo en la adolescencia después de aplicado el programa educativo.

MARCO TEÓRICO

En la mujer el embarazo es un evento trascendental en la vida, que puede ser vivido de diferentes maneras según las características orgánicas, psicológicas y sociales de las féminas y de su entorno familiar. Según Santamaría, citado por Lugones Botell (26) a partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que se conoce como un embarazo, para esta etapa de la vida es necesario la aceptación por parte de la mujer y el hecho de saber llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.(26)

Por su lado, Elgueta, citado por Lugones Botell(26) señala que se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín graviditas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico). (15)

Existe coincidencia en la literatura científica que los signos y síntomas de un embarazo son: falta de menstruación, amenorrea, cambios en el tamaño de las mamas, cambios en el color, hay dolor y pigmentación de la areola, aumento de la

micción (polaquiuria) por presión del útero sobre la vejiga, cloasma gravídico, hiperpigmentación de los pómulos y estrías que aparecen en los senos y en el abdomen, línea media alba, etc. (Estos son los signos presuntivos). Entre los signos de probabilidad se encuentran: aumento de la circunferencia abdominal, aumento del tamaño del útero, ablandamiento del cuello uterino, aumento del flujo vaginal, y la prueba biológica de embarazo positiva. También se consideran los signos de certeza del embarazo, los cuales son: percepción y movimientos de los ruidos cardíacos fetales, movimientos activos y pasivos del feto, imagen geográfica del feto y la palpación del feto.(11,12, 26)

Toda esta sintomatología hace que la maternidad sea un rol de la edad adulta, pero cuando ocurre en el período en que la mujer no lo puede desempeñar adecuadamente el proceso se perturba en diferente grado y este es el caso de la adolescencia.(27) Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática (28)

La palabra adolescencia lleva consigo una alta carga de información. Cuando se analiza pausadamente, acuden a la mente conceptos como adaptación, identidad, transición, cambios biológicos, etc. Esta palabra tiene su origen del latín “adolescens”, participio-presente del verbo “adolescere”, crecer.(1,29)

Muchas son las definiciones dadas por diversos estudiosos al término adolescencia, desde que el mismo comenzó a suscitar la curiosidad de estos personajes, en medio de sus respectivas civilizaciones. No obstante todos contemplan gran similitud, basados en los rasgos comunes que caracterizan a los adolescentes humanos.(30)

Según Elkonin, 1971; ICCP, 1985; Kon, 1990; Petrovsky, (citados por Pérez Martín LM.2004) (31) la adolescencia constituye el período comprendido desde los 11 ó 12 años hasta los 15 ó 16, aunque los límites son imprecisos ya que no dependen de la edad cronológica del sujeto, sino de su propio desarrollo personal y social. Es un momento clave en el proceso de socialización del individuo, pues en él se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto

profesionales como en sus relaciones con otras personas: la familia, la pareja y amigos. (Domínguez García, 2003) (32).

La definición dada por la Organización Mundial de Salud (OMS), criterio asumido en la investigación, expresa la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica".(33) Con fines prácticos, esta organización considera que la adolescencia comprende el período de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años y la juventud desde los 15 hasta los 24 años. Sin embargo, esto varía según los países, entre ellos, el nuestro, ya que en Cuba a los 21 años se considera que el individuo es adulto.(33)

Hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones. Tan solo en América Latina y el Caribe la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región.(14)

Existe consenso en plantear que la adolescencia comprende tres etapas: la temprana, la media y la tardía, teniendo en cuenta las series 10 a 13, 14 a 16 y 17 a 19 años, cada una caracterizada por cambios anátomo-fisiológicos y psicológicos que definen motivaciones, intereses, necesidades, roles y relaciones interpersonales.(1,28)

Esta etapa de la vida implica un proceso de cambio, en donde el aparato psíquico cobra un papel fundamental. Es una época de profundas transformaciones que marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez. Los adolescentes deben negociar los límites en su casa, en la escuela, con la familia, los compañeros y en el entorno social, para tratar de lograr una mejor convivencia en todos los ámbitos y afrontar de manera exitosa este período considerado por muchos autores como una época de gran emocionalidad y estrés. Pero a la vez, una época de encuentros amistosos, de búsqueda de verdades, de apoyo emocional, de aflojamiento de ligaduras familiares, de sueños del futuro y de nuevos valores, que favorecen la formación de la identidad, (34) esto es, de la propia irrepetible individualidad

personal, conociéndose a sí mismo y buscando ser uno mismo. Este desarrollo se verifica en relación a los cambios y al esfuerzo de síntesis del yo en relación con estos cambios.(30-36)

En la mujer se observa crecimiento del útero y de la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios vaginales. El signo principal y más dramático de la madurez sexual en las mujeres es la aparición de la primera menstruación (menarquia), es decir, el derramamiento mensual del tejido de la superficie interna de la matriz. (35)

Las características sexuales secundarias se refieren a los signos fisiológicos de madurez sexual que no implican directamente los órganos reproductivos, sino a cambios corporales visibles. Estas características secundarias están estrechamente vinculadas a las primarias y ambas se manifiestan de manera simultánea. Estos cambios incluyen primeramente el desarrollo de las mamas (telarquía) en las mujeres, considerado por lo general como el primer signo de comienzo de la pubertad. Estos cambios son seguidos por la aparición del vello púbico, en las axilas y en el cuerpo. (35)

Como es sabido, durante la adolescencia varones y mujeres, generalmente se muestran más interesados en su apariencia física y muchos no están satisfechos con su imagen. Se preocupan por su peso, cutis y rasgos faciales. La preocupación de los adolescentes por su apariencia física, deriva de lo importante que ésta resulta para su vida social, y para la autoestima. (37)

En la adolescencia se produce la formación de la orientación valorativa de la personalidad.(35) El adolescente valora, por tanto, los productos de su actividad con una visión más crítica que en la edad infantil y es capaz de valorar las consecuencias de sus acciones antes de emprenderlas. Esto tiene implicaciones en el desarrollo del juicio moral; ahora conoce las normas morales desde sus razones lógicas, y puede valorar su cumplimiento.(38)

En esta edad el adolescente se encuentra inmerso en la actividad docente, tarea a la que dedica gran parte de su tiempo. No obstante, en esta etapa, el carácter de la actividad de estudio cambia esencialmente, tanto en su contenido como en su forma.

Aparecen, además de la actividad de estudio, otros tipos de actividad que se caracterizan por su tendencia social (artística, laboral, deportiva, recreativa, etc.) las que se realizan en grupo solucionando tareas prácticas.(30-36)

Las relaciones sociales en la adolescencia son mucho más amplias, ya no está circunscrita a los amigos de la infancia, a los coetáneos del barrio. Ellos contraen nuevas responsabilidades sociales que lo llevan a reunirse con grupos de amigos, desarrollándose nuevas relaciones centradas en la escuela o en la comunidad que implican una mayor autonomía e independencia,(39,40) además de contribuir a la determinación de su propio estilo social.

La naturaleza de la amistad varía significativamente durante esta etapa de la vida. Al principio, los grupos de amigos tienden a ser grupos pequeños y de un solo sexo. Con el tiempo, estos grupos de un solo sexo se desintegran y son reemplazados por grupos mixtos, que a su vez se disuelven, cuando la "pareja" se convierte en la forma dominante de amistad íntima.(39)

En un principio, las relaciones heterosexuales dentro del grupo son de corta duración y satisfacen las necesidades mutuas. Dichas relaciones no exigen amor, y pueden disolverse de la noche a la mañana, sin embargo, entre los 16 y los 19 años, la mayoría de los adolescentes adopta patrones más estables, ya no les interesan las multitudes y pueden aceptar la función que su sexo les impone y empiezan a ser más competentes para una relación de amistad íntima de larga duración.(37,39)

En esta etapa, la opinión del grupo posee mayor peso que la de los padres y maestros, y en este sentido el bienestar emocional del adolescente está en dependencia de si ha logrado ocupar el lugar deseado dentro del grupo. La aceptación por el grupo es de principal importancia para los adolescentes; la exclusión los hace sentir carentes de valor. Privado de comunicación con los jóvenes de su edad, carecen de oportunidad para aprender a comportarse en la compañía de coetáneos.(40)

El joven afianza su identidad a través de identificación con su grupo de pares, la relativa separación del grupo familiar y forma su imagen personal. El adolescente, necesita a alguien de su misma edad y sexo, para compartir la pesada carga, de

todas las dudas que le surgen constantemente. Ha de ser alguien que él vea como 'un igual', con sus mismos problemas e inquietudes. Por eso no vale como amigo un padre o profesor, ya que éstos están investidos de una autoridad aunque no lo pretendan. Además los padres y profesores tienen otro papel muy importante y necesario en la vida del adolescente.(40)

Constantemente se manifiesta la necesidad de la flexibilidad, así el adolescente es hijo ante sus padres, pero a la vez es hermano y tiene un sexo que lo lleva a actuar como hombre o mujer, y como tal "debe comportarse". Debe darse la "complementariedad", el sujeto es él mismo, pero a la vez parte de un todo. La comunicación familiar adquiere tonos peculiares con hijos adolescentes, pues de una relación protectora al niño dependiente, un día, sin saber cómo, nos enfrentamos a un "niño grande", que pide su libertad a padres que generalmente no están preparados a entregarla.(41)

La familia también representa un importante papel en el sistema de comunicación del adolescente. En la vida familiar el adolescente debe responder a un conjunto de exigencias en función de su desarrollo como persona.(34) Durante esta etapa cambian, de forma notable, las relaciones que los adolescentes establecen con los adultos. Para el adolescente la independencia y la libertad se convierten en una necesidad. Ya cuenta con juicios propios y su capacidad de tomar decisiones también ha aumentado. Hasta este momento ha aceptado la manera de pensar de sus padres, pero comienza a darse cuenta que otras personas tienen opiniones diferentes y distintas normas de comportamiento. Entonces pueden poner en duda la autoridad de sus padres, a veces es su manera de buscar independencia.⁴²

Lo que en el lenguaje popular se conoce como "*crisis de la adolescencia*" no es más que el resultado de la contradicción que surge entre las altas exigencias que se les plantean a los adolescentes y las pocas posibilidades que se les brindan para organizar su comportamiento con la independencia que ellos necesitan. El adolescente tiene necesidad de independencia y de autoafirmación. Los adultos no siempre logran encauzar estas demandas de la mejor manera posible.(31-35,43)

En esta etapa de la vida, las relaciones con los adultos representan un período crítico debido a las constantes contradicciones que aparecen entre el adulto y el adolescente, desarrollando una mayor criticidad al valorar a la figura adulta, tanto de los padres como de los profesores, quienes dejan de ser autoridades sagradas. Esta valoración tiende a ser rígida. (Secretario General de las Naciones, 2012) (44). Estas conductas, que los adultos consideran como rebeldía son manifestaciones de inseguridad y una forma de buscar apoyo y comunicación.

De ahí que existan numerosas investigaciones realizadas sobre los problemas de los adolescentes: (Guelmes Valdés & Salmerón Reyes, 2009) (45). Algunos autores han trabajado desde propuestas de sistemas de intervención, (Lorences González, 2007)(46). Otros abordan las características personológicas (Pérez Martín, Bermúdez Morris, & Barrera Cabrera, 2004)(31) Algunos investigadores profundizan en la preparación de los docentes que trabajan en centros educativos con escolares adolescentes (Pérez Medina , 2009)(47), entre otros.

Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos todavía quedan aspectos por investigar en esa etapa de la vida (Acosta Pérez & Cruz Tejas, 2001) (48). (AA., 2002) (49) y la adolescencia continúa siendo considerada por estos autores como una “*etapa de crisis*”. De esta situación no escapa Cuba a pesar de los esfuerzos del Estado, el MINED, MINSAP, los Medios de Comunicación, el trabajo de la UJC, OPJM y FEEM, así como la actuación de los trabajadores sociales, CDR y FMC en el barrio.

Según consideración autoral, Cuba es un país privilegiado en relación a otros países. La gran mayoría de nuestros adolescentes y jóvenes estudian y/o trabajan, pero cada año no pocos abandonan los estudios. El inicio precoz de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas y desprotegidas con nefastas consecuencias: embarazos no deseados, índice de abortos, aumento de la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) no se han logrado erradicar. Tampoco el tabaquismo, alcoholismo, drogas, prostitución, la comisión de delitos para ganar dinero fácil; y la tendencia del intento suicida como vía de escape a los problemas cotidianos y propios de la edad, para los que no fueron preparados ni por la familia,

la escuela ni tampoco la sociedad en general. De ahí que lo anterior motivó a realizar la presente investigación, dada su importancia y actualidad, profundizando en los referentes teóricos sobre el embarazo en la adolescencia.

Todo lo antes expuesto, según opinión del autor de la investigación que permite apuntar que la adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa y muchas de sus características dependen de factores socioeconómicos y culturales. Los avances de la época y las condiciones sociales de libertad e igualdad que rigen la sociedad, permiten a los jóvenes de ambos sexos participar en múltiples actividades, eventos que facilitan y estrechan las relaciones entre ellos. Con frecuencia se ven en la disyuntiva de tomar decisiones de las que siempre son responsables, algunas suelen ser peligrosas y otras relacionadas con la salud reproductiva.(2-4)

El embarazo prepara al cuerpo humano para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela un hijo, dentro de su propuesta personal de belleza; de igual manera interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, la adolescente no solo biológicamente no está apta para el embarazo, sino que éste rompe para siempre el proceso de la adolescencia, con todo lo que significa en la estructuración de la mujer.(1)

Según el Centro de Información sobre Fecundidad Adolescente en Washington: 1300000 adolescentes conciben anualmente en el mundo, lo que ocasiona repercusiones sociales desfavorables como deserción escolar, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente al hijo, imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro, estable emocional y económicamente.(11,17)

El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una causa específica, sino que es multideterminado. Varios autores destacan en este grupo, factores de riesgo biológicos y psicosociales. Lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones prematrimoniales y el empleo de los métodos anticonceptivos sigue siendo bajo. El segundo aspecto plantea que un mal funcionamiento familiar puede

predisponer a una relación sexual prematura. (11-14) Si bien se considera de manera consensuada que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal y eslabonado temporalmente a otros factores situacionales, se observa una tendencia de mayor concentración de riesgos en adolescentes de menos recursos.(49)

La maternidad en las adolescentes significa riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal. Las jóvenes que no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto. Los datos obtenidos en estudios realizados en varios países, muestran que el riesgo de muerte materna en las jóvenes de menos de 20 años, es mayor que en el resto de las edades.(13-15)

Algunas complicaciones son más comunes a esta edad, los trastornos hipertensivos del embarazo si no se tratan pueden provocar eclampsia, con frecuencia mortal. Son varios los autores que plantean que tanto el parto distócico como el índice de cesárea, resultan elevados en este grupo poblacional tan joven, lo asocian frecuentemente con la desproporción céfalo pélvico y las distocias del canal del parto, además las adolescentes no alcanzan el completo crecimiento y desarrollo de los órganos reproductores.(13,16,27,30)

El médico de la familia dentro del marco de la salud pública en Cuba, juega un importante papel en la atención de los adolescentes, si se tiene en cuenta que es precisamente en esta etapa difícil de la vida, donde se forja el hombre del mañana y se solidifica la personalidad.(14,28,30)

Se ha observado un incremento de adolescentes menores de 18 años embarazadas, lo que indica que la población joven a medida que pasa el tiempo se embaraza cada vez más. La adolescencia es un estadio de integración y elaboración de experiencias vividas, en el cual se inicia la transformación corporal hacia la madurez física y ocurren una serie de cambios a nivel intelectual, emocional y social. (28,29)

La futura madre adolescente se enfrenta a las inquietudes propias de la gravidez, se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva

imagen corporal, teme a las molestias del parto y se angustia por la actitud del padre que, en muchos casos, también es adolescente; a ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos, dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que lo necesite, entre otros aspectos que le provocan estrés, fatigas, y hasta en muchas ocasiones desinterés y trastornos de la personalidad.(31-36)

De ahí que el autor de la investigación coincide con lo planteado por otros profesionales estudiosos del tema (3,7,11,27-29,31-38) considerando a la maternidad en las adolescentes como un riesgo potencial de alteraciones biológicas, psicológicas, sociales y familiares por la inexperiencia en el cuidado de los niños, los modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales; no obstante, existen muchas interrogantes que quedan abiertas, un campo enorme de investigación que merece explorarse con profundidad, propósito que ha motivado al autor para realizar este estudio.

Como se conoce en ocasiones el adolescente no quiere admitir el haber tenido relaciones sexuales (29), sin embargo esto se evidencia a través de las pruebas o test, constatándose cambios de peso normalmente (comúnmente una ganancia pero puede haber una pérdida si las náuseas y vómitos son importantes). El examen puede mostrar aumento de volumen abdominal, se puede palpar la cima del útero y esta está aumentada, en el examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas o de color azulado o morado, el cérvix reblandecido, y hay un ablandamiento y ampliación del útero.(26) Además, las pruebas de embarazo en orina y/ o sangre son comúnmente positivas y puede hacerse un estudio con ultrasonidos para confirmar o verificar el embarazo así como fechas precisas. (26)

Un embarazo normal dura aproximadamente unas 40 semanas, 280 días, contando desde el primer día del último periodo menstrual. Por lo general se divide en tres grandes etapas o trimestres, cada uno de 12 a 13 semanas. Esa es la evolución a partir de los cambios observables y perceptibles para la mujer en un embarazo normal, sin embargo en la adolescencia se precisa atender a los aspectos

psicológicos que concomitan y determinan la calidad de vida de la mamá y del feto. (26)

Lo anterior apunta hacia la necesidad de abordar las características del embarazo en la adolescencia, entendiéndose como la gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aproximadamente), y cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres. (28)

Las causas del embarazo adolescente pueden ser muchas, y al mismo tiempo discutibles, pero solo se mencionarán algunas. Al mismo tiempo los factores de riesgo de las jóvenes de quedar embarazadas existen en todas las clases sociales, pero tiene más probabilidades de ser madre una niña de bajo estrato social que una con mejor situación económica y padres profesionales. (26,28,50)

Entre las causas se encuentran: mal funcionamiento del núcleo familiar, posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. La inestabilidad familiar. La necesidad de probar su fecundidad. La pérdida de la religiosidad. Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces. La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable, así como de información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual, derivado del temor a preguntar y a platicar, por descuido por parte de los padres (negligencia), carencia afectiva, inseguridad, baja autoestima, falta de control en sus impulsos, o simplemente por curiosidad. (26,28,50)

Entre los factores de riesgos considerados en lo biopsicosocial se encuentran: la inmadurez de sus órganos reproductivos y de su sexualidad en general, así como desde el punto de vista psicológico, el crecer en condiciones pobres o precarias, la falta de educación por parte de los padres, vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes, el uso temprano de alcohol y/o drogas, así como de fumar, haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, y cuando sus madres a su vez les han dado a luz a edad temprana. (12, 27- 30)

También existen criterios de considerar los factores como predisponentes y determinantes (35-37); entre ellos:

Factores predisponentes:

1– Menarquia temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2– Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. – Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. – Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola

5. – Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. – Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. – Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes,

muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13 – Menor temor a enfermedades venéreas.

– Factores determinantes

1. – Relaciones sin anticoncepción.

2. – Abuso Sexual.

3. – Violación. (35-37)

Según opinión del autor de la investigación, el embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre-impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

Los riesgos y complicaciones obstétricas, por tanto, son muy frecuentes en la adolescente embarazada (31,32), debido a que está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos, observándose que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana). (33) En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. (28,34)

En esta etapa de la vida a las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida. Para el caso de la adolescente las consecuencias generalmente son: Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. (28)

También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.(28,29) En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.(17 , 18)

Las consecuencias para el hijo de la madre adolescente: Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo. (35, 36)

Las consecuencias para el padre adolescente: Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. (37)

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia muerte de la madre, del producto de la concepción o

de ambos, por tales razones, el embarazo en la adolescencia se relaciona con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para su hijo, entre ellas tenemos las consecuencias para las madres son: el riesgo de experimentar anemia, sufrir preeclampsia y eclampsia, tener un parto prematuro, prolongado o difícil. Sentir carga de culpabilidad, teniendo una mayor probabilidad de divorcio (problemas maritales, unidos a causa del embarazo), el desempleo o menor salario, mayor riesgo de aborto, de padecer posteriormente de cáncer de mama, así como los riesgos tanto biológicos, psíquicos y sociales. Además puede presentar hemorragias, infecciones, enfermedades de transmisión sexual y una reacción depresiva que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio. Esta situación le genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial. (17)

Entre las consecuencias en el bebé se pueden mencionar: bajo peso al nacer, suelen ser prematuros, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera y epilepsia o parálisis cerebral, entre otras. (33)

Todo lo antes expuesto obliga al médico de la familia a tomar conductas con enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada, debiendo formularse algunas interrogantes. La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes como alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos y/o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan atenuar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas. (28,34)

Por tanto en la atención integral de la adolescente el enfoque de riesgo se considera una estrategia que tiene en cuenta *los factores protectores y factores de riesgo biopsicosociales* para implementar una intervención adecuada y oportuna evitando un daño (38 a 40) Definiéndose como *factores protectores* a aquellos recursos

personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de padres con conductas adecuadas, son factores protectores.(38 – 40)

Así *los factores de riesgo biopsicosociales* son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en su salud. Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian. Cuando se combinan y aparecen varios a la vez se agrava la situación de la embarazada adolescente, o de la adolescente en riesgo de un embarazo no deseado. (41)

Por lo tanto, como una consideración autoral se puede afirmar que estos factores deberán ser identificados tempranamente por el médico de la familia en la dispensarización de su población adolescente en aras de la promoción y prevención de salud y de posibilitar de conjunto con su familia y la escuela una sexualidad feliz y responsable para lograr calidad de vida, dando respuesta a un problema de salud no solo actual sino que repercutirá en el futuro de todos, de la adolescente y el adolescente, de sus posibles parejas en el caso de ser jóvenes o adultos, de sus familias y de la sociedad en general, por las posibles consecuencias para el desarrollo biopsicosocial, primero del feto, y luego del recién nacido a través de toda su vida.

En Cuba es posible atender prioritariamente y cambiar el horizonte de salud gracias a la voluntad política del Estado y Gobierno que han logrado que se haya convertido en una realidad la protección de la salud materno-infantil (42,43), así como el logro del desarrollo armónico e integral de cada infante, constituyendo una máxima para la Salud Pública, por lo que no se escatiman esfuerzos ni recursos para fortalecer y dar sostenibilidad a las acciones dirigidas a elevar la calidad de vida de los niños y niñas en el país y para el tema que se estudia: el embarazo en la adolescencia.(42)

La consulta Infanto-Juvenil se estableció en Cuba en la década del 70 y fue ganando gran interés la salud sexual y reproductiva del adolescente, diferentes estudios

permitieron estimar que sólo uno de cada diez adolescentes sexualmente activos utiliza un método de anticoncepción, pues consideran que el riesgo que corren es poco y esta falsa apreciación es en gran medida la responsable de la alta incidencia de embarazo no planificado en esta etapa. (2, 5)

La problemática que existe en los adolescentes es la tendencia que tienen de realizar prácticas sexuales riesgosas como el inicio cada vez más precoz de la relación sexual, los cambios frecuentes de parejas, el no uso de métodos de protección y el no reconocimiento del riesgo. (6)

El embarazo en la adolescencia trae como consecuencia que el adolescente cambie su proyecto de vida, sus ilusiones y su relación de pareja, en estas circunstancias la adolescente embarazada se ve inmersa en una serie de problemas familiares, sociales, económicos, educativos, psicológicos e incluso se afecta su salud física, problema que se hace mayor si se sabe que el embarazo se produce generalmente los seis primeros meses después que el adolescente tiene su primera relación sexual. (7)

En Cuba se institucionalizó el aborto en la década del 60, este se realiza en un centro hospitalario con un personal altamente calificado, el instrumental necesario y las condiciones apropiadas, pero no se pretende que este proceder se utilice para controlar la fecundidad, sino que se prefiere educar a los adolescentes para que utilicen los diversos métodos anticonceptivos disponibles como forma de controlar la natalidad, o sea, prevenir el embarazo. (8)

Es una consideración personal del autor de la investigación que el médico de la familia debe actuar en estos casos brindando ayuda a la adolescente para prevenir un embarazo o aceptarlo, en el caso inevitable, fortaleciendo los vínculos familiares, fomentando actitudes comprensivas en el personal de la institución escolar y de salud, así como brindando atención perinatal integral por parte de todo el equipo básico de salud y de la integralidad de todas las especialidades.

Se conoce por diversos estudios que más del 50 por ciento de las jóvenes y los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos (5,14,15), denominándose sexualidad temprana, con riesgos de un embarazo deseado o indeseado, pero con

consecuencias negativas a corto y largo plazo para la adolescente.(28) Así las que deciden tener su hijo deben hacer frente a la resistencia del entorno social en dependencia del entorno familiar y hasta del país, siendo frecuente el rechazo de la familia, la expulsión del colegio, la pérdida o disminución de su red social de amigas y amigos, así como para aquellas que desean poner término al embarazo son frenadas por las leyes que penalizan el aborto, en tales países, por el temor de una intervención insegura, el sentimiento de culpabilidad, su alto costo monetario o psicológico, entre muchas otras.(1,30)

Con estas motivaciones el autor ha seleccionado el tema objeto de estudio diseñando una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimientos y control de los factores de riesgo sobre la prevención del embarazo en esta etapa de la vida que como se ha analizado se considera como uno de los sectores de población con un elevado riesgo reproductivo.

Por lo tanto, se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del embarazo en las adolescentes y así contribuir a una correcta planificación familiar. Por estas razones se considera que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo, de educación sexual y sanitaria que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo garantizando un mejor pronóstico de vida tanto para la madre como para la descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de la sexualidad asegurada.(7,8,40)

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó estudio cuasi experimental en un grupo de adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años del CMF # 9 del policlínico José A. Más Naranjo de Primero de Enero con el objetivo de: Implementar un programa educativo sobre prevención del embarazo en las y los adolescentes pertenecientes al consultorio

médico de la familia 9 del policlínico José A. Más Naranjo en el período de marzo 2017 a 2018.

El universo lo conformaron los 68 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión siguientes:

Criterios de Inclusión:

- ✓ Voluntariedad para participar en la investigación después de explicársele la importancia de la misma (Consentimiento informado) Anexo1.
- ✓ Adolescentes dispensarizadas en el CMF 9 del policlínico Primero de Enero que vivan en el contexto la comunidad.

Criterios de Exclusión

- ✓ Adolescentes que no estén dispuestos a entrar en el estudio.
- ✓ Adolescentes que se encuentran fuera del área en el período de estudio.
- ✓ Adolescentes con retraso mental.

Para la obtención de la muestra se realizó previamente una invitación a todos los adolescentes, se visitaron las viviendas de cada uno de los interesados a participar en la intervención de manera voluntaria, se explicaron los objetivos y procedimientos de investigación, obteniéndose el consentimiento informado de los padres de cada uno y de ellos mismos para participar en la investigación. (Ver anexo N.1).

El estudio se realizó en tres fases:

Primera fase: Diagnóstica y Exploratoria

En esta fase se caracterizaron los y las adolescentes integrantes del estudio y se determinaron las necesidades en cuanto al nivel de conocimientos sobre el tema para la intervención.

Se aplicó un **cuestionario** (anónimo pues se quería veracidad en las respuestas, confeccionado por el autor de la investigación) (ver anexo 2) con preguntas de selección para medir el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes acerca del tema a investigar. Las preguntas se adaptaron al contenido temático y objetivos

de las clases, y se enriquecieron con la consulta de cuestionarios reportados en la literatura nacional e internacional.

Fueron abordados tres aspectos o ítems a medir:

- 1- Métodos anticonceptivos (3 incisos)
- 2- Riesgos biológicos, psicológicos y socioeconómicos del embarazo en la adolescencia (4 incisos)
- 3- Aborto en la adolescencia (3 incisos)

El cuestionario con un valor de 100 puntos, cada inciso fue valorado dependiendo del contenido del mismo. Se analizó cada aspecto del contenido y se tomó como evaluación de insuficiente a los que no alcanzaron el **70%** de la puntuación total de la prueba. (ver anexo 3). El cuestionario se respondió de forma individual por cada adolescente.

Además, se aplicó el **Test para evaluar Funcionamiento Familiar. FF-SIL** (ver anexo 4). El instrumento fue confeccionado por las licenciadas Dolores de la Cuesta Freijomil, Esther Pérez González e Isabel Louro Bernal y evalúa el funcionamiento familiar (dinámica relacional sistémica que se da entre los miembros de una familia), mediante la percepción de uno de los miembros. Es un instrumento sencillo, de bajo costo y de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad. El test fue aplicado al adolescente a fin de obtener su visión del funcionamiento familiar.⁵¹

Variables que evalúa: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

- 1- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de las tareas cotidianas (1-8)
- 2- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. (2-13).
- 3- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa. (5-11).

4- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera. (6-10).

5- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. (4-14).

6- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. (3-9).

7- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. (7-12).

Modo de aplicación:

El test se responde en forma auto-administrada o no.

El sujeto realiza una valoración de cada enunciado propuesto y responde en función de las alternativas de frecuencias presentadas.

Casi siempre	5 puntos
Muchas veces	4 puntos
A veces	3 puntos
Pocas veces	2 puntos
Casi nunca	1 punto

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems. El resultado obtenido permite ubicar la familia en una de las categorías siguientes:

De 70 a 57	Familia funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional ⁵¹

Es necesario considerar la necesidad de realizar un análisis cualitativo de los resultados además del cuantitativo propuesto por la técnica. Según opinión del autor de la investigación se consideró:

- Adecuado cuando el resultado del test obtenga de 57 a 70 puntos y se considere una familia funcional.
- Inadecuado cuando no se cumpla lo anterior obteniéndose 56 puntos o menos.

En el Anexo 4-B. se confeccionó por el autor de la investigación un modelo para la recogida de datos del test denominado: Matriz para registro de datos de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Segunda fase: Experimental. Aplicación del modelo de intervención educativa.

Es en esta etapa donde se aplicó la intervención como acto estratégico y método de investigación, con ella se pretendió enriquecer los conocimientos y mejorar el proceso de aprendizaje mediante un contenido sencillo y fácil de entender. Se desarrollaron seis encuentros con duración de 60 minutos cada uno. Dependiendo de la muestra se dividió en 2 grupos para dar 2 sesiones semanales, se utilizaron diferentes técnicas participativas. Los temas se relacionan con las diferentes secciones o ítems que se corresponden con cada pregunta del test aplicado previamente con objetivos bien definidos en cada sección.

Contenido de la intervención: Como propuesta se muestra una guía educativa una vez identificados los principales problemas luego de aplicado el cuestionario y estará sujeto a cambios en el momento de ser aplicada la estrategia.

1ra. semana Sesión #1 Tema: La adolescencia: Definición y características físicas y psicológicas de los adolescentes.

2da. semana Sesión #2 Tema: Métodos anticonceptivos

3ra. semana Sesión #3 Tema: Riesgos biológicos y psicológicos del embarazo en la adolescencia

4ta. semana Sesión #4 Tema: Repercusiones socio económicas del embarazo en la adolescencia.

5ta. semana Sesión # 5 Tema: Aborto y sus consecuencias en los adolescentes.

6ta. semana Sesión # 6 Evaluación y cierre.

Orientaciones metodológicas

1. Se contará con un médico para dirigir cada sesión, y para que asesoren en aras de garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados.

2. Se aplicarán encuestas de opinión para retroalimentar el desarrollo de los temas teniendo en cuenta las edades e intereses de los y las adolescentes seleccionados en cada sesión de trabajo.

3-Las charlas educativas: Se planificarán previamente, de corta duración, no excediendo los 45 minutos previstos, donde se discutan los temas seleccionados.

4. Se debe lograr la motivación y la participación activa de cada adolescente de forma individual o grupal, para lo que se proponen las técnicas participativas de animación y motivación, entre ellas las más conocidas y sencillas son: Tormenta de ideas, juegos participativos, entre otras, según Toledo Curbelo et. al. Fundamentos de Salud Pública.(52) También, se pueden utilizar el juego de roles, dramatizaciones, fragmentos de videos y películas donde se recree la temática.

5-Además, las dinámicas de grupo, son el ambiente propicio o agradable para que intercambien conocimientos y experiencias, con el objetivo de lograr la participación de todos.

6. El diseño de las acciones se realizó como sigue:

a. Asunto.

b. Objetivos

c. Técnicas

d. Medios

e. Tiempo de duración.

f. Desarrollo.

g. Conclusiones

Tercera fase: Evaluación y determinación del efecto.

Se valoró si la intervención tuvo éxito y los logros alcanzados en la última aplicación de cuestionario y prueba de conocimiento. Se determinaron si los objetivos de la investigación fueron alcanzados completándose así la tercera etapa.

CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

1. Sexo: Variable que expresa sexo biológico de los adolescentes

Operacionalización: Variable cualitativa nominal dicotómica

Escala de Medición:

Femenino

Masculino

2. Edad: Variable expresada en años cumplidos a partir del último cumpleaños.

Operacionalización: Variable cuantitativa discreta expresada en grupos de edades.

Escala de Medición:

14 a 16 Años

17 a 19 Años

3. Nivel de escolaridad: Nivel educacional vencido hasta la fecha.

Operacionalización: Variable cualitativa ordinal politómica

Escala de Medición:

Primario: Cuando el/la adolescente ha vencido el Sexto grado de estudios.

Secundario: Cuando el/la adolescente ha vencido hasta Noveno grado

Pre- Universitario: Cuando el/la adolescente ha vencido hasta Duodécimo grado

Técnico Medio: Cuando el /la adolescente culmino secundaria básica y opto por realizar una carrera de técnico medio

Obrero calificado: Cuando el /la adolescente culmino secundaria básica y opto por realizar una carrera de obrero calificado.

4. Método de anticoncepción: es la técnica usada por las pacientes para regular su fecundidad.

Operacionalización: Variable cualitativa nominal politómica

Escala de Medición:

Biológicos: se incluyen aquí la abstinencia periódica, el coito interrumpido y la lactancia materna exclusiva.

Hormonales: incluye cualquier tratamiento hormonal utilizado ya sea oral, local o sistémico.

Barrera: se incluyen aquí las cremas, jaleas, preservativo, diafragma escudo vaginal y esponjas vaginales.

DIU: incluye la T de cobre, Multiload, Asa de Lípes

Quirúrgicos: ligadura de trompas o vasectomía.

Ninguno: en caso de no utilizar ninguno de los métodos anteriores

5. Funcionamiento Familiar: Se refiere a si existen relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes según los resultados de la aplicación del Test para evaluar Funcionamiento Familiar. FF-SIL.(Anexo 4)

Operacionalización: Variable cualitativa nominal politómica.

Escala de Medición:

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por ítems. El resultado obtenido permite ubicar la familia en una de las categorías siguientes:

De 70 a 57	Familia funcional
De 56 a 43	Familia moderadamente funcional
De 42 a 28	Familia disfuncional
De 27 a 14	Familia severamente disfuncional

6. Nivel de Conocimientos: Según el autor de la investigación se consideró para su definición un constructo tomando como referencias:

- Diccionario Enciclopedia Grijalbo, para definir conceptos de: nivel de conocimientos y riesgos.(53)
- Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescente²⁵
- Artículos nacionales e internacionales publicados.(22,23,28,30,36-38)

La revisión bibliográfica anterior posibilitó formular una aproximación al concepto a partir del constructo siguiente:

-“Dominio de la información que poseen las y los adolescentes sobre el tema: embarazo en la adolescencia, o sea, saben a qué se refiere, los factores de riesgo, las complicaciones, consecuencias, cómo prevenirlo y la responsabilidad de la pareja. Por tanto, es lo que la y el adolescente sabe, conoce, y domina sobre la temática de embarazo en la adolescencia a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario” (Anexo 3)

Operacionalización: Variable cualitativa nominal politómica

Escala de Medición:

Bueno: Cuando al aplicarse el cuestionario para medir conocimiento obtiene entre 100 y 80 puntos.

Regular: Cuando al aplicarse el cuestionario para medir conocimiento obtiene entre 79 y 70 puntos.

Malo: Cuando al aplicarse el cuestionario para medir conocimiento obtiene menos de 70 puntos.

Procesamiento Estadístico

El procesamiento estadístico fue realizado en una computadora ASUS Celeron, con ayuda de los paquetes de software SPSS para Windows, se utilizó el por ciento matemático. Finalmente los resultados fueron resumidos en tablas.

Consideraciones éticas:

El trabajo fue realizado en aras de aportar elementos que contribuyan al mejoramiento de la salud humana, dando cumplimiento a los principios de la Bioética. Se utilizó el Consentimiento Informado dirigido a pacientes y padres de los menores (Anexo 1), y Comité de Ética de la investigación, además la información obtenida plenamente confidencial y el autor se compromete a no revelar la identidad de quienes hayan participado en el estudio.

DISEÑO DE LA INTERVENCION EDUCATIVA

La aplicación del cuestionario permitió establecer las regularidades y concluir el análisis de las necesidades en relación al tema: embarazo en la adolescencia. Las necesidades identificadas fueron:

- Aspectos generales de la adolescencia, sus cambios y características que la hacen como una edad difícil.
- Crisis de la adolescencia y el funcionamiento familiar.
- La comunicación como barrera o solución ante el problema.
- Factores de riesgo.
- Complicaciones del embarazo a esta edad.
- Complicaciones de un aborto.
- Consecuencias biológicas, psicológicas y económicas.
- Uso de los métodos anticonceptivos.

Además de estas necesidades identificadas se consideraron desde el punto de vista normativo todos los objetivos del seguimiento establecido por el Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Integrando además criterios acerca de las condiciones y dinámicas familiares que no siempre son favorables para la influencia educativa, se consideró planificar un número mínimo de seis acciones o sesiones necesarias, considerando lo expresado por los adolescentes. A partir de la integración de los aspectos anteriores desde el punto de vista metodológico se propone:

Título: Propuesta de acciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia.

Autor: Dr. Orel López Iglesia

Asesoras: Lic. Mcs de la Educación: Blasa Iglesia Fernández
Lic. Psicología: Nailén Espino León

Introducción:

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y la adultez, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.(1)

Es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas, que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, y de ella se derivan trastornos psicosociales asociados como: embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros.(1,2)

La adolescencia se considera como un grupo de mayor vulnerabilidad tanto para las infecciones de transmisión sexual, como para la práctica de conductas sexuales inadecuadas, además de un estilo de enfrentamiento desacertado ante situaciones estresantes como la primera relación sexual, el uso de métodos anticonceptivos o el embarazo en ésta etapa de la vida. (3,5)

La gestación, en esta etapa de la vida, tiene un riesgo mucho mayor para su salud y la de su futuro bebé, si decide convertirse en mamá, pues puede producir complicaciones invalidantes definitivas en los planos orgánico, social y psicológico. (8)

Justificación:

El rápido aumento de la población de adolescentes y la proporción creciente de las que quedan embarazadas, constituye un problema actual de salud, de importancia indiscutible, debido a las múltiples complicaciones del embarazo en este grupo, entre las que se citan: parto pre término, toxemia, anemia, recién nacido de bajo peso al nacer, etc., además de las repercusiones sociales desfavorables tales como: La deserción escolar, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente a su hijo y la imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro y estable emocionalmente. (1,8-10)

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades

más precoces. (10) Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos. (11,12) Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años.(13) En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. (11,12)

Cuba se encuentra entre las naciones con una baja tasa global de fecundidad. Sin embargo, se halla entre las naciones con elevada tasa de fecundidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes, con cifras de 23% (13,14). Las complicaciones y la morbilidad y mortalidad peri natales de estas gestantes se verán incrementadas en cualquier estadística consultada. (15,16)

Son numerosos los argumentos que existen para plantear que el embarazo en la adolescencia tiene un riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud vinculadas sobre todo a la educación sexual y sanitaria con el interés de reducir las tasas de embarazos en este grupo etario, lo cual garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia, y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. (17)

El embarazo en la adolescencia es también un problema para la provincia de Ciego de Ávila donde se reportaron en 2016 cifras de 733 adolescentes embarazadas y se mantuvieron las cifras sin muchas variaciones el año 2017 que se reportaron 782. (Según estadísticas del territorio y del Anuario Estadístico Nacional) (23)

El municipio de Primero de Enero, tiene una situación similar pues las adolescentes embarazadas han ido en ascenso paulatino cada año, en 2016 fueron 55 y 2017

fueron 49, en 5 primeros meses de este año se han reportado 17 según datos recogidos por el Departamento de Estadística Municipal. (24)

De ahí que a pesar de realizarse en el sistema de salud acciones para evitar el embarazo en la adolescencia, las jóvenes pertenecientes al consultorio médico de la familia 9 (Reparto Zapatería) del Policlínico José A. Más Naranjo, continúan incidiendo en este problema y se mantiene el embarazo precoz en esta etapa de la vida como una situación a resolver, ya que está repercutiendo directamente en el bajo peso al nacer que en estos momentos continúa siendo un problema de salud.

El único método válido para contribuir a evitar el embarazo en la adolescencia, con todos los riesgos que trae aparejado, es una buena educación para la sexualidad (18)

Objetivos generales:

1. Preparar a las y los adolescentes pertenecientes al consultorio médico de la familia 9 del Policlínico José A. Más Naranjo de Primero de Enero fomentando su educación sexual, y para la salud en aras del bienestar de su familia y el desarrollo integral y feliz de su personalidad.
2. Divulgar el tema por estos adolescentes para convertirlos en promotores de educación sexual entre sus amigos y amigas.

Donde se definen como beneficiarios:

Directos: Adolescentes y sus familiares.

Indirectos: Equipos de Salud encargados de su atención y sociedad en general.

Límites:

De Espacio: Una habitación como sala o comedor de la vivienda donde reside el paciente.

De Tiempo: Consta de un total de 9 sesiones con un tiempo de duración por sesión de no más de 45 minutos.

Estas sesiones serán implementadas con la frecuencia que determine el educador y la familia.

Recursos:

Materiales: Aquellos requeridos para la realización de las actividades. Considerando los objetivos se han diseñado tarjetas que facilitan la comprensión de los mensajes, así como cartulina o paleógrafos para las técnicas que así lo precisan, apareciendo señalados en la planificación de la sesión correspondiente. Se confeccionará un Plegable a partir de las necesidades de cada grupo con la participación colectiva.

Humanos: El recurso más importante. Las acciones deben ser implementadas por personal con conocimientos. Pueden ser ejecutadas por: Médicos, Enfermeras, Psicólogos, educadores para la salud; pero incluso podría ser implementado por Promotores de Salud (ya sea paciente, familiar, u otro) con habilidades para labor educativa, previamente capacitado en los contenidos y la ejecución de las acciones.

Grupo destinatario:

Adolescentes y Familiares de los adolescentes

Tiempo:

Marzo 2017 a 2018

Se integran tres estrategias didácticas en función de las dimensiones del aprendizaje: la instructiva, la educativa, y la actitudinal (reflexivo-vivencial), así como dos vías de influencia: una directa por medio de las sesiones de trabajo con las y los adolescentes y otra indirecta por medio del suministro de medios de divulgación como: Plegable Informativo 1, para la familia y la escuela, que se confeccionó para los participantes, elaborado en el marco de la presente investigación; así como la posibilidad de ofrecer orientaciones a través de su lectura y divulgación por los mismos participantes. Además fueron creadas nuevas técnicas participativas, de presentación, motivación, y adaptadas otras ya existentes para cumplir los objetivos propuestos.

Se consideró la importancia de abordar el tema con dinamismo pero a la vez con respeto y seriedad. No citar ejemplos personales. No cometer indiscreciones con ningún caso ni las consecuencias para la familia o el adolescente.

Estas necesidades determinaron la planificación de los contenidos para las acciones educativas, por lo que se concibió su análisis metodológico y se programó el siguiente diseño:

1ra. semana Sesión #1 Tema: La adolescencia: Definición y características físicas y psicológicas de los adolescentes.

2da. semana Sesión #2 Tema: Métodos anticonceptivos

3ra. semana Sesión #3 Tema: Riesgos biológicos y psicológicos del embarazo en la adolescencia

4ta. semana Sesión #4 Tema: Repercusiones socio económicas del embarazo en la adolescencia.

5ta. semana Sesión # 5 Tema: Aborto y sus consecuencias en los adolescentes.

6ta. semana Sesión # 6 Evaluación y cierre.

Orientaciones metodológicas

1. Se contará con un médico para dirigir cada sesión, y para que asesoren en aras de garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados.

2. Se aplicarán encuestas de opinión para retroalimentar el desarrollo de los temas teniendo en cuenta las edades e intereses de los y las adolescentes seleccionados en cada sesión de trabajo.

3-Las charlas educativas: Se planificarán previamente, de corta duración, no excediendo los 60 minutos previstos, donde se discutan los temas seleccionados.

4. Se debe lograr la motivación y la participación activa de cada adolescente de forma individual o grupal, para lo que se proponen las técnicas participativas de animación y motivación, entre ellas las más conocidas y sencillas son: Tormenta de ideas, juegos participativos, entre otras, según Toledo Curbelo et. al. Fundamentos

de Salud Pública.(52) También, se pueden utilizar el juego de roles, dramatizaciones, fragmentos de videos y películas donde se recree la temática.

5-Además, las dinámicas de grupo, son el ambiente propicio o agradable para que intercambien conocimientos y experiencias, con el objetivo de lograr la participación de todos.

6. El diseño de las acciones se realizó como sigue:

- a. Asunto.
- b. Objetivos
- c. Técnicas
- d. Medios
- e. Desarrollo.
- f. Conclusiones
- g. Tiempo de duración

Recomendaciones:

- Los grupos no excederán de 30 personas (según capacidad del local), pueden incluirse padres, amigos allegados, vecinos, y hasta algún profesor, previo consentimiento informado.
- Las sesiones se planificarán semanalmente para 60 minutos, pero de existir necesidad de atender directamente a alguien o al grupo queda a la decisión del facilitador siempre que no sea agotador o sature los canales de información y motivación.
- La primera sesión se realizará en un lugar conocido: consultorio o escuela, previa coordinación y acondicionamiento del local, todos deberán estar sentados con cierta comodidad, ventilación e iluminación adecuadas. Las siguientes sesiones podrán realizarse en casas de los participantes, un vecino, promotor, etc. que reúna los requisitos necesarios y sea del agrado de todos.
- En la primera sesión se propone abordar el tema de forma holística, general y trabajar en función de la formación del grupo. Se propone un diagnóstico para

identificar potencialidades o fortalezas y debilidades o carencias, en aras de la diversidad.

- En cada sesión se intencionará para que expresen lo que se piensa y siente sobre lo hablado y/o escuchado, creando “algo colectivo”, con las manos y/o con las ideas sobre el tema, armar o desarmar rompecabezas que rebelen la idea o mensaje que se quiere transmitir, escribir dedicatorias en tarjetas, anotar mensajes y recados con afectividad, dibujar, confeccionar colachs, pinturas- mosaicos, rutas y mapas, etc. a partir de la creatividad individual y colectiva. Estos medios servirán posteriormente para la promoción de salud sobre el tema por los propios adolescentes.
- Se utilizará un lenguaje adecuado así como un mensaje claro y detallado acorde a la edad, nivel de escolaridad de los participantes, y se tendrá en cuenta el estado emocional general en que se encuentran.

PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES POR SESIONES

Sesión # 1:

Asunto: Introducción. La adolescencia: Definición y características físicas y psicológicas de los adolescentes.

Objetivos: Debatir con los participantes los propósitos que se persiguen con el taller, su funcionamiento y evaluación, utilizando la técnica presentación por parejas. Definir concepto de adolescencia, características físicas y psicológicas a esta edad, sus conflictos y la “crisis de la adolescencia”

Técnica: Dinámica de presentación. “Presentación por parejas “.

Conferencia teórica.

Medios: Plegable 1 Programa de actividades, tarjetas, diccionario, tirillas de papel y lápices.

Desarrollo:

-Se inicia el primer encuentro explicando a los padres y adolescentes la importancia que tiene la investigación así como la necesidad de lograr la participación de forma amena del grupo convocado.

-Se realizará presentación por parte del coordinador, dándoles la bienvenida, los objetivos, funcionamiento y evaluación del taller.

-Se establecen las normas de trabajo grupal para el buen funcionamiento del mismo.

-El coordinador es el encargado de establecer las parejas al azar, proporcionará un tiempo determinado para que estos puedan intercambiar información simultánea uno del otro y viceversa, expresando sus sentimientos y expectativas acerca del trabajo del grupo, posteriormente cada individuo presentara a la persona que le tocó como pareja.

-Luego se procede a abordar de forma amena el concepto de adolescencia, características físicas y psicológicas a esta edad. Para ello se propone un juego didáctico: la búsqueda del tesoro escondido. Las palabras claves del concepto deben estar escritas y enumeradas en tarjetas colocadas debajo de las sillas y mesas previamente según cantidad de participantes. Pueden incluirse otras palabras no esenciales en el concepto como: familia, padres, hermanos, etc.

- Encontradas todas las tarjetas se pasará a armar el texto según orden de cada tarjeta lo que se puede hacer de forma dinámica y lúdica con “camarón que se duerme se lo lleva la corriente” para propiciar la atención de todos.

- Posteriormente se buscará en un diccionario el concepto de crisis. Se explicará el por qué se considera la crisis a esta edad.

Conclusiones: Entregar tirillas para recoger opiniones sobre lo aprendido y debatir en próximos encuentros.

Tiempo: 60 minutos.

Sesión #2:

Asunto: Métodos anticonceptivos.

Título: Preparados en el presente evitaremos daños futuros.

Objetivos: Familiarizarlos en general con todos los métodos anticonceptivos. Ejemplificar los métodos de anticoncepción más utilizados en nuestro país

asumiendo actitudes positivas a través de la técnica:” El Cartero”.

Técnica: “El Cartero”.

Medios: tiza, pizarra, vídeo.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo: Breve conferencia sobre los métodos anticonceptivos en general y sus ventajas. Orientar la observación del cortometraje: “Métodos de regulación de la reproducción. Tipos”. Centrar la atención en los diferentes métodos de regulación de la reproducción que se utilizan en nuestro país.

Terminada la proyección se orienta la técnica “El Cartero”. (Es un conjunto de preguntas acerca del vídeo, elaboradas por los participantes).

Los participantes anotan en un papel una pregunta o duda que deseen aclarar en relación con lo observado. Luego doblan el papel en forma de sobre. Uno de los participantes designado como cartero retira todos los sobres, los revuelve y los reparte a los diferentes miembros del grupo, y una vez repartidos, estos se abren. Cada uno en voz alta lee la pregunta o duda escrita. Entre todos buscan las respuestas o explicaciones más adecuadas.

Conclusiones:

Establecer el debate sobre los aportes positivos o negativos de la actividad, así como ventilar interrogantes que acerca del tema puedan quedar.

Tiempo: 60 minutos.

Sesión #3:

Asunto: Riesgos biológicos y psicológicos de embarazo en la adolescencia

Objetivos: Explicar de forma sintetizada y breve todo lo relacionado con los riesgos biológicos del embarazo en la adolescencia (aborto, malnutrición asociada, parto pre término, anemia e hipertensión arterial) y psicológicos (preocupaciones innecesarias, desesperación y sentimientos de frustración)

Técnica: Conferencia teórica

Medios: tiza y pizarra.

Desarrollo: Durante el desarrollo de la clase se abordará de manera general lo relacionado con aborto, malnutrición, parto pre término, anemia e hipertensión

arterial. Desde el punto de vista psicológico se tratarán los aspectos que se relacionen con desesperación, preocupaciones innecesarias y sentimientos de frustración. El desarrollo será basado en una conferencia teórica pero al finalizar la misma se pondrá un ejemplo de la vida real (anónimo) para debatirlo entre todos.

Adolescente xxx de 17 años de edad que cursó un embarazo con anemia en el segundo trimestre y parto pre-término a la 32.1 semanas de gestación, nace un bebé bajo peso de 1710 gr y con malformaciones cardiovasculares y respiratorias, ya tiene 2 meses con 17 días de nacido y ambos continúan en el hospital pues el niño aun no cumple con los criterios para el alta médica.

De manera voluntaria darán su opinión acerca del caso centrando la atención en la inmadurez del aparato reproductor femenino para concebir un embarazo a esta edad y de ser concebido las complicaciones que puede traer.

Conclusiones:

Aclarar todas las interrogantes del tema impartido y dejar claro los riesgos biológicos y psicológicos del embarazo en la adolescencia.

Tiempo: 60 minutos

Sesión #4:

Asunto: Repercusiones socio económicas del embarazo en la adolescencia.

Título: “El problema de Anita”

Técnica: Historia de la vida real

Objetivo: Explicar las consecuencias del embarazo en la adolescencia mostrando estilos dinámicos y participación basados en el protagonismo, el diálogo, el debate y la confianza al confrontar una situación presentada en el Vídeo Documental: “Cuando la naturaleza avisa”.

Medios: Vídeo: Documental “Cuando la naturaleza avisa”.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo:

Orientar el visionado del material didáctico “Cuando la naturaleza avisa” del director: Willy Franco. Deberán centrar su atención en:

❖ La familia de Anita.

❖ Posición de Anita.

❖ Solución del problema de Anita.

Inmediatamente después de concluir la proyección se dividen los estudiantes en grupos de 4 ó 5 personas.

A partir de la situación planteada en el vídeo, se buscan elementos que permitan construir una historia similar, basada en hechos de la vida real. Se compara esta historia con el vídeo y se responde:

❖ ¿Qué pasa con los personajes?

❖ ¿Cómo actúan los personajes?

❖ ¿Cómo resuelven los conflictos?

❖ ¿Qué mensaje o sugerencia le das a Anita? Escríbelo en una tirilla de papel.

Conclusiones:

Comparar las diferentes historias con el video observado, haciendo referencia a las limitaciones que puede tener una adolescente ante un embarazo.

Sesión #5:

Asunto: Aborto y sus complicaciones en los adolescentes.

Título: Una situación difícil.

Técnica: Dinámica de grupo

Objetivo: Explicar cuáles pueden ser las complicaciones de un aborto en la adolescencia

Medios: Presentación de caso.

Tiempo: 60 minutos.

Desarrollo:

Debatir la situación siguiente:

Ana Isabel hace quince días que se hizo una interrupción de embarazo. Después comenzó con dolor bajo vientre y fiebre por lo que tuvo que ser intervenida quirúrgicamente extirpándole el útero y los ovarios que se encontraban dañados, hace un mes cumplió 18 años.

--Preguntas de apoyo:

- ❖ ¿Ana Isabel pudo haber evitado ese problema? ¿Por qué?
- ❖ Si fueras amigo/amiga de ella cómo la hubieras ayudado.
- ❖ Ahora ¿Qué se puede hacer?
- ❖ Tienes la posibilidad de ayudar a un amigo/amiga en riesgo de cometer esos mismos errores. Escríbele una tarjeta y dedícasela con cariño y respeto. Puedes decorarla a tu gusto.

Conclusiones:

Explicar cuáles son las complicaciones más frecuentes del aborto en la adolescencia.

Sesión # 6

Tema: Taller final

Objetivo: Integrar los conocimientos adquiridos por los adolescentes que participaron en el estudio. Comprobar los conocimientos adquiridos.

Duración: 60 min.

Medios: Pizarra, tiza y tarjetas.

Para el último encuentro realizamos actividades de participación dividiendo el grupo en cuatro equipos, dándole un nombre a cada uno. Luego se le otorga una numeración consecutiva a cada uno de los miembros de los equipos de forma tal que existan un 3, un 4, un 5.... en todos los equipos, el coordinador dirá un número y los cuatro integrantes que tengan este, pasan al frente para responder la pregunta que se realice, tiene el derecho aquel que levante primero la mano, de no ser correcta la respuesta se debate entonces con todos los participantes hasta llegar a la conclusión más acertada e iniciar nuevamente el mismo procedimiento.

El equipo ganador se estimula con afiches, posters, libros que aborden el tema de embarazo en la adolescencia.

Al finalizar se repetirá la aplicación del cuestionario inicial para determinar la efectividad de las sesiones y se recogerá la opinión de cada participante en una tirilla de papel, pueden utilizar palabras claves, frases cortas, dibujos, etc.

RESULTADOS Y DISCUSION:

La Organización Mundial de la Salud, con motivo del día mundial de la población 2013, celebrado el 11 de julio, llevó adelante una campaña, a nivel mundial, en interés de disminuir el embarazo en la adolescencia, lo que destaca la importancia que se le da, mundialmente, a este problema. La noticia publicada señaló lo siguiente: "Cerca de 16 millones de adolescentes se embarazan y paren cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos. Unos tres millones de niñas entre 15 y 19 años son sometidas a abortos inseguros cada año en muchos países. Las complicaciones del embarazo y el parto en estos países son la principal causa de muerte en niñas de esas edades. La muerte fetal y neonatal son 50 % mayores en madres niñas o adolescentes que entre mujeres de 20 a 29 años y es más probable el bajo peso al nacer." (25)

La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en América Latina, solo superada por África, persiste y tiene una tendencia al incremento (11,17). Cuba, aunque con una situación menos desfavorable, no escapa a esta realidad, con un incremento no solamente de embarazos, sino también de abortos en este grupo, superior al de todas las mujeres en edades reproductivas, que continúa cobrando consecuencias muy desfavorables en la salud sexual y reproductiva, las que pueden ser irreversibles, dejando consecuencias inmediatas como la muerte materna y secuelas como la necesidad de realizar una histerectomía en edades tan precoces. Hay también consecuencias mediatas, entre las que podemos citar la ocurrencia del embarazo ectópico -también en incremento-, los procesos inflamatorios pélvicos que pueden llegar a hacerse crónicos y que dejan secuelas como el dolor pélvico y la infertilidad (22). Todo lo cual señala la pertinencia y actualidad del tema de estudio. El cuestionario y procedimientos utilizados posibilitaron la constatación de los resultados los cuales se organizaron en tablas y por cientos que se ofrecen a continuación.

Tabla 1: Distribución de adolescentes según sexo. Primero de Enero 2017-2018.

SEXO	Nro.	%
FEMENINO	36	52,9
MASCULINO	32	47,1
TOTAL	68	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 1 se recoge la caracterización del universo de 68 adolescentes predominando las féminas con 36 para el 52,9% según la pirámide poblacional del consultorio médico de la familia 9 del Policlínico José A. Más Naranjo perteneciente al municipio de Primero de Enero lo cual es característico de este territorio coincidiendo con otros estudios nacionales donde también predomina este sexo en adolescentes. (6,20)

Tabla 2 Distribución de adolescentes según grupos de edades. Primero de Enero 2017-2018.

GRUPOS DE EDADES	Nro.	%
14 a 16 años	38	55,9
17 a 19 años	30	44,1
TOTAL	68	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 2 según la distribución de los grupos de edades se constata el predominio de los adolescentes de 14 a 16 años con 38 para el 55,9%. Resultados semejantes encontraron: Quiroga Rojas M. Santiago de Cuba (50), Della Mora M. Buenos Aires (54) y Elías García Y, Guridi González MZ, Dorta Guridi Z, Noda L. Ciudad Habana (55)

Otros autores han encontrado predominio de las edades de 17 a 19 años, o sea, la adolescencia tardía ejemplo: Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG Ciudad de La Habana (6), así como Amaro Hernández F; Reyes Guzmán G; Palacios Martínez de Santelices L; Cardoso Núñez O. Camaguey (20) y Porras Fernández E, Romero González P, Conde Saure P, Jiménez Cardoso J. Venezuela (56)

La edad constituye un factor de riesgo fundamental por la aparición y/o agravamiento de cualquier entidad asociada al embarazo. El control del riesgo preconcepcional es por tanto un pilar importante para reducir las complicaciones que dichas entidades traen para la madre y su hijo, sobre todo si esta se encuentra en el grupo etario menor de 20 años. (58-60)

Tabla 3 Distribución según nivel escolar. Primero de Enero 2017-2018.

ESCOLARIDAD	Nro.	%
ESTUDIOS PRIMARIOS	0	0
ESTUDIOS SECUNDARIOS	35	51,47
ESTUDIOS PRE.	21	30,9
TECNICO MEDIO	5	7,3
OBRERO CALIFICADO	7	10,3
TOTAL	68	100

Fuente: cuestionario

El nivel escolar aparece en la tabla 3 mostrando la mayoría estudios secundarios con 35 casos para el 51,47% seguido por los que estudian Preuniversitario con 21 para el 30,9% y en tercer lugar están 7 obreros calificados para el 10,3% coincidiendo con otras investigaciones cubanas realizadas en estas edades. (6,20,43,50,55,57)

Los trabajos revisados arrojan resultados disímiles con respecto a la escolaridad alcanzada por las gestantes adolescentes; sin embargo los resultados de este estudio son semejantes con los del profesor *Oscar Soto* en Guantánamo,(61) donde la mayoría de las jóvenes tenía 12mo grado terminado. Sin dudas existe en nuestros adolescentes una tendencia al aumento de su nivel escolar, el cual puede seguir aumentando gracias a las características del sistema educacional cubano y a los programas de la revolución donde los niños y jóvenes no solo tienen ya educación

gratuita, sino que además tienen la posibilidad de reinsertarse en el sistema, si alguna vez desertaron por cualquier causa, y superarse de manera tal que se eleve también el nivel educacional de nuestra sociedad, pues como se conoce en Cuba la Política Educacional del Estado y del Gobierno prioriza la incorporación del ciento por ciento de los menores a la escuela, por lo tanto no es frecuente encontrar un adolescente desfasado en relación al grado o escolaridad que le corresponda según su edad. Sin embargo, en países de América Latina hay otra situación y se encuentran menores con bajo nivel cultural (54,56)

Lo anterior favorece en el caso cubano ya que el nivel cultural y educacional facilita una mayor comprensión de los riesgos sobre el embarazo en esta etapa de la vida de ahí que resulte útil y pertinente la aplicación de intervenciones comunitarias para la promoción de salud y educación sexual. Esta es la posición asumida por el autor de la investigación.

Tabla 4 Distribución de adolescentes según método anticonceptivo: Primero de Enero 2017-2018.

METODO ANTICONCEPTIVO	Nro.	%
Abstinencia periódica,	3	4,4
Coito interrupto	7	10,3
Lactancia materna exclusiva.	0	0
Tabletas anticonceptivas	44	64,7
Cremas, jaleas, y esponjas vaginales	22	32,4
Preservativo, diafragma	41	60,3
DIU(T de cobre, multiload, asa de Lípes)	31	45,6
Ligadura de trompas o vasectomía.	5	7,3
Ninguno	15	22

Fuente: cuestionario

Nota: No se consideró la coincidencia de dos o más métodos en cada respuesta.

La tabla 4 muestra la distribución de adolescentes según método anticonceptivo, los más conocidos resultaron ser: las tabletas anticonceptivas en 44 adolescentes para el 64,7%, seguido por 41 casos que marcaron condones o preservativos para el 60,3% y en tercer lugar los DIU con 31 para el 45,6%. Coincide con otras intervenciones sobre el tema: Quiroga Rojas M. Nivel de información de educación sexual en un área de salud. Chivirico, municipio Guamá. Stgo. De Cuba(50) ,Della Mora M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires(54) y Díaz A. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Chile(58)

En otras investigaciones se han encontrado resultados satisfactorios sobre el uso de los métodos anticonceptivos ejemplo Casanueva E, Jiménez y colaboradores, refieren un buen nivel de conocimientos del uso de anticonceptivos(59)

En el presente estudio llama la atención que ningún adolescente conoce de la lactancia materna exclusiva como anticonceptivo y los 15 casos que respondieron “ninguno” que representa el 22% de la muestra de estudio, lo cual es indicativo de la necesidad de realizar labores de promoción y prevención sobre la anticoncepción con los adolescentes, las familias y la comunidad.

El método de la Lactancia materna se basa en que durante la lactancia se produce en la mujer un aumento de la hormona llamada prolactina, que suprime la ovulación, por tanto, se impide el embarazo durante este período, requiere que la mujer cumpla condiciones durante la lactancia. Amamantar de 10 a 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva) y estar en los primeros 6 meses posteriores del parto. (41 y 42) Como ventajas se consideran su disponibilidad y posponer el uso de esteroides hasta que el lactante esté más desarrollado. Como desventajas: el patrón de lactancia puede ser difícil de mantener, no protege contra las ITS y la duración del método es limitada, y no es confiable. (42,54)

Tabla 5 Distribución de adolescentes según funcionamiento familiar. Primero de Enero 2017-2018.

Diagnóstico del Funcionamiento Familiar según Puntuación Total de la Prueba FF-SIL.		Nro.	%
ADECUADO (27 casos- 60,3%)	FUNCIONAL De 57 a 70 puntos	27	39,7
	MODERADAMENTE FUNCIONAL De 56 a 43 puntos	21	30,9
INADECUADO (41 casos- 60,3%)	DISFUNCIONAL De 42 a 28 puntos	11	16,2
	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL De 27 a 14 puntos	9	13,2

Fuente: Test del Apgar Familiar

El funcionamiento familiar aparece en la tabla 5 donde según la operacionalización de la variable predominaron los casos de INADECUADO con un total de 41 para el 60,3%. En la bibliografía consultada se constataron resultados que se aproximan a

los de esta investigación (50). No obstante otros estudios refieren un ambiente familiar adecuado o satisfactorio (59), lo que según opinión autoral si bien el papel de las familias es vital en la formación de sus hijos el problema del embarazo en la adolescencia es un problema como se ha planteado en la bibliografía sobre el tema “multicausal” y está relacionado hasta con el contexto sociocultural donde se desarrolla el adolescente.

De ahí que se coincide con los criterios expresados con los autores que plantean que “Desde el punto de vista metodológico, el embarazo en la adolescencia no es asunto estrictamente fisiológico ni de manejo irresponsable de la sexualidad, por parte de las personas adolescentes ni de familias disfuncionales ni falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino que es producto de múltiples interrelaciones, de estos y otros factores; obedece al funcionamiento mismo de la sociedad; es la construcción de un modelo sobre el comportamiento sexual entre los miembros de esa sociedad lo que va a determinar que en un nivel más concreto los jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales.”(28,62,63)

Pero, no se puede olvidar que la familia es la célula fundamental de la sociedad y cuando se deteriora o pierde su adecuado funcionamiento se rompe el equilibrio psicosocial del individuo lo cual aumenta las tendencias a las conductas de riesgo y a otros problemas familiares de mayor o menor envergadura (30). Los conflictos en la familia ponen muchas veces su sello a la adolescencia, pero son reflejo de problemas culturales, de las actitudes tradicionales de los adultos hacia estas edades, incluso pueden reflejarse en el sistema de relaciones de la escuela. La comunicación en la adolescencia descansa en el sistema de relaciones familiares que existía desde antes, en la infancia. En las familias del presente hay obstáculos reales que hacen de la adolescencia un período de difíciles cambios. Varios indicadores revelan la inestabilidad del medio familiar en donde viven los y las adolescentes (2,48,49, 61,64,65)

Tabla 6. Comparación de resultados del nivel de conocimientos por ítems según cuestionario antes y después de aplicada la intervención. Primero de Enero 2017-2018.

Nivel de conocimientos	de	Antes Nro./%			Después Nro./%		
		Bien	Regular	Mal	Bien	Regular	Mal
1.	Sobre	9	0	59	68	0	0
	definición de los	13,2	0	86,8	100	0	0
	métodos anticonc						
2.	Tipos de	5	22	41	57	11	0
	métodos antic que	7,3	32,4	60,3	83,8	16,2	0
	conoce						
3.	Función de	6	0	62	68	0	0
	Prevención de ITS	8,5	0	91,2	100	0	0
4.	Sobre	5	20	43	62	6	0
	preparación del	7,3	29,4	63,2	91,2	8,5	0
	adolescente y su						
	organismo para el						
	embarazo						
5.	Responsabilidad	22	0	46	63	0	5
	ante un embarazo	32,4	0	67,6	92,6	0	7,3
6.	Consecuencias	5	31	32	61	0	7
	sociales del	7,3	45	47,1	89,7	0	10,3
	embarazo en la						
	adolescencia						
7.	Complicaciones	11	22	35	56	7	5
	del embarazo en	16,2	32,4	51,5	81,3	10,3	7,3
	la adolescencia						
8.	Sobre el aborto	7	0	61	59	0	9
	ante un embarazo	10,3	0	89,7	86,8	0	13,2

no deseado						
9.Sobre el aborto	7	0	61	59	0	9
como método	10,3	0	89,7	86,8	0	13,2
anticonceptivo						
10.Sobre	5	29	34	49	19	0
complicaciones	7,3	42,6	50	72	28	0
del aborto						

Fuente: cuestionario

El cuestionario aplicado en el estudio desarrollado en el consultorio médico 9 de Primero de Enero permitió determinar el nivel de conocimientos por ítems antes y después de aplicada la intervención, predominando en la casi totalidad de la muestra los evaluados de mal en general antes de la intervención, con mayor incidencia en cuanto al desconocimiento sobre la función de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) de los condones en 62 adolescentes para el 91,2%, así como sobre el aborto ante un embarazo no deseado y como anticonceptivo en 61 casos para el 89,7%. Después de aplicada la intervención se constata mejoría en la casi totalidad del universo, con algunos evaluados de mal, siendo los más afectados los casos que todavía consideran el aborto ante un embarazo no deseado y como anticonceptivo, lo que representa el 13,2%.

Autores como Soto Martínez O, Franco Bonal A, Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad (61) y Suerio Domínguez E. Conocimientos y actitudes sexuales en la adolescencia, promoción del desarrollo personal, sexual y social (66) plantean situaciones parecidas a las encontradas en la presente investigación.

El embarazo en la adolescencia data desde tiempos ancestrales, pero después de la década del 70 se ha experimentado en este indicador un indiscriminado incremento

y en estos momentos presenta cifras que preocupan. (1) A través de la historia, el aborto inducido ha resultado materia de controversia por sus implicaciones éticas, morales, sociales y religiosas, ha sido prohibido o limitado en diversas sociedades y permitido en otras, aunque los abortos continúan siendo comunes incluso donde la presión social o la ley se oponen a ellos. (2)

Se estima que en el mundo se realizan entre 42 y 46 millones de abortos anuales, entre el 20 y el 22 % de los 210 millones de embarazos que se producen en el mundo al año. (2,3) De esos abortos practicados anualmente, al menos 19 millones se consideran abortos inseguros. (3-6) En Cuba, 1 de cada 4 abortos tiene lugar en mujeres menores de veinte años, proporción similar a la de todos los nacimientos vivos que ocurren entre las adolescentes. (57)

En el año 2007 se realizaron 66 008 abortos inducidos, de ellos el 29,2 % fueron realizados en adolescentes, sin mencionar las regulaciones menstruales que se realizan en las áreas de salud y que en muchas ocasiones no se cuantifican como abortos, en ese mismo año fueron 118 151 los realizados en mujeres de todas las edades y 35 445 fueron en adolescentes. (1,2,57)

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura. (28,40,54)

El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad y aunque contrariamente a lo que ocurre en otros países, en Cuba no está penalizado, se realiza de forma institucionalizada y en las adolescentes de forma diferenciada con las mayores garantías posibles, aún así, el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. (57)

Las principales razones por las que una adolescente optan por el aborto, es que tener un hijo dificultaría su educación o su trabajo, además de no sentirse preparadas para ser madres en ese momento, no querer ser madre soltera o tener problemas de pareja, (11-13) ser el embarazo fruto de una relación sexual ocasional, por falta de apoyo de la pareja. (13) También se plantea que la decisión de abortar en la adolescencia se encuentra vinculada con las opiniones y el apoyo o no de los padres, principalmente de la madre y también de la pareja; es así que la red social es la que determina, en la mayoría de los casos. Sin embargo, pocos son los estudios donde se exploran las relaciones de las adolescentes con los padres. (14,15,28)

Tabla 7. Comparación del nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia antes y después de aplicada la intervención. Primero de Enero 2017-2018.

Nivel de conocimientos generales	Antes Nro./%			Después Nro./%		
	Bien	Regular	Mal	Bien	Regular	Mal
1. Sobre embarazo en la adolescencia según cuestionario	5	9	54	53	15	0
	7,3	13,2	79,4	77,9	22	

Fuente: Cuestionario

La tabla 7 y figura 3 recogen la comparación del nivel de conocimientos general sobre embarazo en la adolescencia antes y después de aplicada la intervención. Se pudo constatar que después de la intervención esta situación se modifica con el predominio de la evaluación de bien en el 77,9% de las y los adolescentes de la muestra lo cual demuestra la efectividad de la labor de promoción y prevención en relación a la educación sexual de estos menores y coincide con los trabajos publicados en la Infomed donde se constata que en todos los casos se mejora considerablemente la información y los conocimientos.(2,6,20,28,37,42,43,50,54,56,59,61)

La revitalización de los círculos de adolescentes, así como la creación de nuevos círculos, sería en la práctica médica una forma de disminuir el embarazo en la adolescencia y por ende sus consecuencias desfavorables para los jóvenes, según plantea Suerio Domínguez E. Conocimientos y actitudes sexuales en la adolescencia, promoción del desarrollo personal, sexual y social(66)

El autor del estudio coincide con los criterios asumidos por Martina Silva M, Loreto Leiva. Opiniones de profesionales de la salud sobre el embarazo en la adolescencia(28) expresando que “El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una causa específica, sino que es multideterminado. Varios autores destacan

en este grupo, factores de riesgo biológicos y psicosociales. Lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones prematrimoniales y el empleo de los métodos anticonceptivos sigue siendo bajo. El segundo aspecto plantea que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura.”(28)

La maternidad en las adolescentes significa riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal. Las jóvenes que no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto. Los datos obtenidos en estudios realizados en varios países, muestran que el riesgo de muerte materna en las jóvenes de menos de 20 años, es mayor que en el resto de las edades.(13-15,67)

El médico de la familia dentro del marco de la salud pública en Cuba, juega un importante papel en la atención de los adolescentes, si se tiene en cuenta que es precisamente en esta etapa difícil de la vida, donde se forja el hombre del mañana y se solidifica la personalidad. Esta es la posición asumida en la investigación por su autor.

CONCLUSIONES

1. En el grupo de adolescentes seleccionados en la muestra del estudio predominaron las féminas de 14 a 16 años, con estudios de secundaria. Los métodos anticonceptivos que más conocen son: las tabletas anticonceptivas, condones o preservativos y los DIU. Ningún adolescente conoce de la lactancia materna exclusiva como anticonceptivo. Además, provienen de un funcionamiento familiar inadecuado.
2. El cuestionario aplicado posibilita determinar el nivel de conocimientos por ítems antes de aplicada la intervención, predominando en la casi totalidad de la muestra los resultados evaluados de mal, señalando gran desconocimiento sobre la función de prevención de infecciones de transmisión sexual de los condones, así como sobre el aborto ante un embarazo no deseado y como anticonceptivo.
3. Se diseña una intervención educativa con un mínimo de seis sesiones de trabajo a partir de las carencias cognitivas detectadas, para el aporte de conocimientos a los adolescentes en relación a la prevención del embarazo utilizándose una metodología participativa y vivencial.
4. Después de aplicada la intervención se constata mejoría en la casi totalidad de la muestra y por ítems, encontrando algunos casos evaluados de mal en los aspectos que se relacionan con los criterios sobre el aborto ante un embarazo no deseado y como anticonceptivo. No obstante, se constató la efectividad de la intervención diseñada al lograr altos resultados cognitivos en los y las adolescentes.

RECOMENDACIONES

Generalizar esta intervención educativa para la prevención del embarazo en la adolescencia en otras áreas de salud del municipio con situaciones problemáticas similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coll Ana. Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema? Disponible en:<http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf#page=415> [citado 2015 Abr 08]
2. Quesada Miranda MM; Romero Sánchez MC; Prieto Herrera ME; Rodríguez Delgado CR. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. AMC v.14 n.3 Camagüey Mayo-jun. 2010 [citado 2014 Jun 15]
E mail:mqm@finlay.cmw.sld.cu
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000300010&script=sci_arttext&lng=en
3. Belitzky R. et al. Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: OPS; 2010. [citado 2015 Abr 08]
4. Rodríguez Pérez T. Embarazo en la adolescencia y sus principales factores de riesgo. Colombia: Parroquia Paraíso; 2010. [citado 2016 Mar 08]
5. Molina R. Salud Reproductiva. Resultados de un modelo de atención médica para adolescentes embarazadas. [citado 2016 Abr 08] Rev. Méd. Chile 2011; 113:154-
6. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet" Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011. [citado 2015 Abr 08] Disponible:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000400003&script=sci_arttext
7. Peláez MJ. Adolescencia y sexualidad. En: Controversias sobre una vida que comienza. [citado 2015 Abr 08] La Habana: Ed. Científico Técnica; 1996:94.
8. Morbilidad por embarazo en la adolescencia. MEDISAN v.14 n.1 Santiago de Cuba 1/ene-9/feb. 2010[citado 2015 Abr 08]
9. Jones, EF, Forret JD, Hershaw SK. Unintended pregnancy; contraceptive practice an family planning service indeveloped countries. En plan Perspect. 2011: 20 (2): 53-67. [citado 2016 Abr 08]

10. Castro GE. Mortalidad Materna y factores de Riesgo. Medellín. Colombia, 2010. [citado 2015 Abr 08]
11. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York, 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional. New York: UNFPA;2010.
12. Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 Agosto 2016).
13. Disponible en <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46069/CEPD-Acuerdos-final.pdf> [citado 2015 Abr 08]
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Adolescencia en América Latina y el Caribe. Orientaciones para la formulación de políticas. Bogotá: Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2001:23. [citado 2015 Abr 08]
- 15.CEPAL–OIT. Avances y desafíos en la medición del trabajo decente. Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe, no. 8. Santiago de Chile: CEPAL-OIT; 2013. [citado 2015 Abr 08]
- 16.CEPAL. Panorama social de América Latina 2012. Santiago de Chile: CEPAL; 2012. [citado 2015 Abr 08]
- 17.Banco Mundial. La movilidad económica y el crecimiento de la clase media en América Latina. Washington: Banco Mundial; 2013. [citado 2015 Abr 08]
18. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008. [citado 2015 Abr 08]
19. Cuesta Camba U, Méndez Hevia T, García Guardia M. Comunicación social y salud: un nuevo planteamiento estratégico: Facultad Ciencias de la Información. México: Universidad Católica; 2010. [citado 2015 Abr 08]

20. Amaro Hernández F; Reyes Guzmán G; Palacios Martínez de Santelices L; Cardoso Núñez O. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. Hospital Universitario Ana Betancourt de Mora. [citado 2015 Abr 08] AMC v.14 n.3 Camagüey Mayo-jun. 2010. Camagüey, Cuba. Disponible: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/2205/636>
E-mail: famaro@finlay.cmw.sld.cu
21. Comportamiento del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr vol.27 no.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2011. [citado 2015 Abr 08] 2002;3(2):41.
22. Álvarez Vázquez L, Salomón Avich N. El aborto en adolescentes en un contexto legal. Rev Cubana Salud Pública. 2012 [citado 3 Jun 2014];38(1):45-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100005&lng=es
23. Oficina Nacional de Estadísticas. República de Cuba. Anuario Estadístico de Cuba 2017. La Habana: ONE; 2017. Disponible-en: Correo electrónico: direccion@mspdne.sld.cu. <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
<http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
24. MINSAP. Primero de Enero. Departamento de Estadísticas Municipal. Series cronológicas anuales. 2016-2017
25. Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 6 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.sld.cu/files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-adolescentes.pdf>
26. Lugones Botell Miguel. Teenage pregnancy, Importance of prevention in Primary Health Care. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Abr 08] ; 30(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100001&lng=es

27. Rodríguez D. El comportamiento reproductivo de los jóvenes cubanos. Memorias del Congreso Internacional sobre Juventud; La Habana: Centro de Estudios Sobre Juventud; 2013.
28. Martina Silva M , Loreto Leiva. Opiniones de profesionales de la salud sobre el embarazo en la adolescencia. Psicoperspectivas vol.13 no.3 Valparaíso oct. 2014. [citado 2015 Abr 08] Disponible:
<http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue3-fulltext-410>
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000300008&script=sci_arttext&tlng=pt
29. Colomer Revuelta J.. Prevención del embarazo en la adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2015 Abr 08] ; 15(59): 261-269. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000400016>.
30. Gálvez González Ana María, Martinto Gálvez Mariam Trilce, Rodríguez Cabrera Aida, Álvarez Vázquez Luisa. Methodologic proposal for the economic analysis of pregnancy at adolescence in Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. [citado 2015 Abr 08]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500014&lng=es
31. Pérez Martín, L., Bermúdez Morris, R., & Barrera Cabrera, M. (2004). La personalidad, su diagnóstico y su desarrollo. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
32. Domínguez García , L. (2003). Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. La Habana: Editorial Felix Varela.
33. Centro Nacional de Educación Sexual. Sida [monografía en internet]. La Habana: CENESEX; 2003 [citado 11 abr 2015] Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/sida2.htm>
34. Peñate A, Elías A, San L. Las relaciones de familia y pareja en los jóvenes. Apuntes de comportamiento en Cuba. Revista Estudio. 2012;(12):26-37.

35. López Nodarse M. et al. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. RESULTADO DE DOS (Primera Parte). [citado 2015 Abr 08] Disponible:
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/download/88/133>
36. López Nodarse M. et al . EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. RESULTADO DE DOS (Segunda Parte). [citado 2015 Abr 08] Disponible:
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/101/146>
37. Posada C. Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. Rev. Sexología y Sociedad. Colombia. 2010. [citado 2015 Abr 08] Disponible:
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/download/268/327>
38. Suárez Vázquez C. Salud del Adolescente [monografía en internet]. La Habana: Científico Técnica; 2005 [citado 5 may 2014]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ari/soba/linessit.htm>
39. Villar I. Vulnerabilidad de los jóvenes [monografía en internet]. Venezuela: Celsan; 2008 [citado 10 jul 2014]. Disponible en: <http://www.infoforheslth.org/pr/prs/shtml>
40. Castro Espín M; Rivero Pino R; Guerrero Borrego N, Vázquez Seijido M; Díaz Figueroa Y. La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe—Mirada con catalejo de Cairo + 20. Revista Sexología y Sociedad. 2014; 20(1)
41. Vázquez Seijido M. Derechos sexuales relativos a la orientación sexual y la identidad de género: algunas reflexiones sobre sus garantías en Cuba. En González Ferrer Y. La discriminación de género en el derecho y sus expresiones en la legislación y en la práctica jurídica. Serie «Justicia en clave de género», no. 1. La Habana: Unión Nacional de Juristas de Cuba; 2012.

42. Rodríguez Mestre L. La juventud en Iberoamérica: una aproximación a la problemática actual. Ciencia&Futuro 2012; 2(1). Disponible en: http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista_estudiantil/article/viewFile/626/312
43. Fernández Borbón H , Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria de embarazo en las adolescentes. Pinar del Río. 2012. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(2). Disponible: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/download/74/155>
44. Secretario General de las Naciones. (Junio. 2012). Un mundo inseguro. Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales . Nueva York: .
45. Guelmes Valdés, E., & Salmerón Reyes, E. (2009). Sesión Científica. En r. d. Varela" (Ed.), La Problematicación (soporte digital). . Villa Clara: CECIP.
46. Lorences González, J. (2007). Reflexiones en torno al término Sistema. -- (soporte digital). En CECIP (Ed.). Villa Clara: Universidad de Ciencias Pedagógicas "Félix Varela".
47. Pérez Medina , M. (2009). Proyecto de mejoramiento educativo para la preparación la preparación de los profesores de las Escuelas de Oficios para la dirección de la educación ambiental de los estudiantes, desde la actividad laboral. Universidad Pedagógica "Felix Varela". Santa Clara. Villa Clara: Tesis de Doctorado.
48. Acosta Pérez, B., & Cruz Tejas, N. (2001.). Escuela y familia: complementarios educativos. En Nociones de sociología, psicología y pedagogía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación
49. AA., V. (2002). Los hijos menores de edad en situación de crisis familiar. Madrid, España: Editorial: Dykinson
50. Quiroga Rojas M. Nivel de información de educación sexual en un área de salud. Chivirico, municipio Guamá. Stgo. De Cuba. I Congreso Cubano de Ginecobstetricia Infante/Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente. Palacio de Convenciones. La Habana: Palacio de Convenciones; 17-21 mayo 1999. [citado 2015 Abr 08]

51. Álvarez Sintés. Medicina General Integral T II. La Habana. Ecimed. 2014
52. Toledo Curbelo GJ. et al. Fundamentos de Salud Pública T I. La Habana. Ecimed. 2008
53. Diccionario Enciclopedia Grijalbo. (nivel de conocimientos y riesgos). Edit. Barcelona. España. 2011⁷.
54. Della Mora M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. [citado 2015 Abr 08] Disponible :<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-67-1-uso-de-metodos-anticonceptivos-e-informacion-sexual-con-rela.html>
55. Elías García Y, Guridi González MZ, Dorta Guridi Z, Noda L. Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. Rev Psicol Sex 2009;12(1):23-8.
56. Porras Fernández E, Romero González P, Conde Saure P, Jiménez Cardoso J. Conocimiento en adolescentes de la Parroquia Las Delicias en Venezuela sobre ITS. Gac Méd Espirituana 2007;9(1):23-31.
57. Doblado Donis NI; De la Rosa Batista I; Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010
Correo electrónico:normadoblado.mtz@infomed.sld.cu. Disponible:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2010000300011&script=sci_arttext
58. Díaz A. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Rev Segovia Chile 2004;11(3):79-83.
59. Casanueva E, Jiménez y colaboradores .Conocimientos sobre aspectos de sexualidad en adolescentes de una secundaria básica de Alamar en el curso escolar 20062007<http://www.bpvillena.ohc.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=365:investigaciqconocimientos-sobre-la-sexualidad-en-adolescentes-de-una-secundaria-bca-q&catid=55:sexualidad&Itemid=49>[consulta:12 enero 2008].
60. Alfonso Rodríguez Ada C, Sarduy Sánchez C. Educación Sexual Comunitaria. Parte III. Estrategias y contenidos Sexol. SOC. 2012, 6(16):25

61. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Franco Bonal A. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr. nov.-dic. 2003;19(6):4-10.
62. Echevarría Acosta N, Gutiérrez Escobar M. Embarazo en Adolescentes y adolescencia de Venezuela [monografía en internet]. Venezuela: Celsan; 2006 [citado 5 may 2014]. Disponible en: <http://www.iin.oea.org>.
63. Morales Díaz E, Solanelles Rojas A M, Mora González S R, Miranda Gómez O. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2015 Abr 14] ; 42(2): 153-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200004&lng=es.
64. Valdés Amador Lemay, Santana Bacallao Osvaldo, Rodríguez Anzardo Berta, Santurio Gil Antonio, Márquez Guillén Antonio. La adolescente diabética embarazada. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2015 Abr 08] ; 37(2): 172-181. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200007&lng=es
65. González Hernández A. La Educación de la sexualidad en adolescente. Sexualidad 2012.
66. Suerio Domínguez E. Conocimientos y actitudes sexuales en la adolescencia, promoción del desarrollo personal, sexual y social. [Artículo en Internet]. 2002 [citado 6 Mar 2014];[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.sec.es/publicaciones/congresos/VICongreso/esp_VICONGRESO/FERTIL_sec_Ponencias.pdf
67. Mancilla Ramírez Javier. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2015 Abr 08] ; 26(1): 05-07. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001&lng=es.
- E mail: javiermancilla@inper.mx

Anexos

Anexo 1:

Carta de consentimiento Informado dirigida a pacientes:

En el CMF 9 de Primero de Enero será realizada una investigación titulada: "Intervención educativa para elevar nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo en los adolescentes" con el objetivo de proponer acciones educativas que permitan aportar a los adolescentes los conocimientos necesarios para lograr disminuir este problema de salud; estudio que necesita la participación de los adolescentes que pertenezcan a este consultorio, por lo que solicitamos su cooperación.

Los resultados obtenidos serán con un fin puramente investigativo y no será revelada la identidad de quienes participen en él. Su participación en el estudio será voluntaria y puede retirarse del mismo cuando lo desee sin tener que dar explicaciones. Puede hacerlo sin el temor de que su decisión vaya a repercutir en el cuidado médico que debe recibir y sin que ello afecte la relación con su médico.

Autor: Dr. Orel López Iglesia

Y para expresar libremente su conformidad de participar en el estudio firme este modelo.

✓ Nombre de paciente mayor de edad:

_____ doy mi consentimiento voluntario para participar en la investigación. Firma: _____ Fecha: _____

✓ Para los menores de edad:

Yo: _____ madre o tutor del o la adolescente _____ doy mi consentimiento informado para participar en la investigación sobre embarazo en la adolescencia.

Firma: _____ Fecha: -----.

Anexo 2. Cuestionario

Estimado paciente, como se te informó, se necesita de tu cooperación, por lo que debes responder el siguiente cuestionario. No tienes que escribir tu nombre, solo marcar o responder según corresponda. ¡Gracias!

Datos personales:

Edad: ___14 a 16 años ___17 a 19 años

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Nivel escolar:

___ Primaria ___ Secundaria ___ Pre ___ Técnico Medio ___ Obrero Calificado

A continuación aparecen varias preguntas acerca del embarazo en la adolescencia las cuales servirán para medir tus conocimientos en relación a este tema. Se solicita sean respondidas con la mayor sinceridad posible, pues recuerda que es anónimo.

Preguntas a evaluar:

1-Los métodos para evitar el embarazo reciben el nombre de: _____?

2-¿De ellos cuáles conoces tú? Menciona al menos tres

1. _____

2. _____

3. _____

3-Lee la siguiente afirmación y marca la respuesta correcta: Los métodos anticonceptivos solamente se utilizan para evitar el embarazo.

Sí____, No____. En caso de que la respuesta sea NO, Argumenta brevemente:

4- Selecciona y marca la respuesta correcta. ¿Consideras que durante la adolescencia el organismo está preparado para el embarazo? Sí____, No____.

Argumenta con razones en cualquier caso.

5-¿Crees que en una relación de pareja entre jóvenes adolescentes prevenir el embarazo sea una responsabilidad de?: Marque una respuesta con una "X"

a) El muchacho_____

b) La muchacha_____

c) Ambos _____

6-Constituiría su embarazo (o de su pareja) un posible impedimento para continuar realizando sus actividades cotidianas. Marque la respuesta con una "X"

a) No _____

b) Sí _____

7. Menciona al menos tres complicaciones del embarazo en la adolescencia que tú conoces.

1 _____

2 _____

3 _____

8-¿En caso de un embarazo no deseado, recurrirías al aborto(o al de tu pareja)?

Marque una respuesta con una "X"

a) Sí _____

b) No _____

9- Selecciona y marca la respuesta según tu opinión ¿Consideras que el aborto sea un método anticonceptivo? Sí ____ No ____

Argumenta brevemente tu respuesta.

10- Mencione tres complicaciones del aborto:

1) _____

2) _____

3) _____

ANEXO 3. RESPUESTAS Y PUNTUACION PARA CALIFICACION DE CUESTIONARIO.

Pregunta Nro.	RESPUESTAS ESPERADAS	PUNTUACION – Y-- CRITERIO DE MEDIDA
1	Anticonceptivos	10 PUNTOS BIEN/ MAL
2	DIU, Condón, Tabletas Anticonceptivas, Vasectomía, Coito interrumpido, Método del Ritmo, entre otros.	15 PUNTOS BIEN/REGULAR/MAL
3	No	10 PUNTOS BIEN/ MAL
4	Si los argumentos favorecen que el organismo no esté preparado para el embarazo.	10 PUNTOS BIEN/REGULAR/MAL
5	C ambos	5 PUNTOS. BIEN/ MAL
6	B si	15 PUNTOS BIEN/ MAL
7	Bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, anemia, entre otras.	15 PUNTOS BIEN/REGULAR/MAL
8	B no	5 PUNTOS BIEN/ MAL
9	No	5 PUNTOS BIEN/ MAL
10	Sangramiento, perforación, esterilidad, shok, infección, muerte, entre otras.	10 PUNTOS. BIEN/REGULAR/MAL
	TOTAL	100 PUNTOS.

Anexo 4: Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en la que la situación se presente.

Situaciones:		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos,					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diferentes temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

Valores de la Escala

Casi siempre 5

A veces 3

Casi nunca 1

Muchas veces 4

Pocas veces 2

Diagnóstico del Funcionamiento Familiar según Puntuación Total de la Prueba FF-SIL.

FUNCIONAL De 70 a 57 punto

MODERADAMENTE FUNCIONAL De 56 a 43 puntos

DISFUNCIONAL De 42 a 28 puntos

SEVERAMENTE DISFUNCIONAL De 27 a 14 puntos

ANEXO 4-B. Matriz para registro de datos de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

SITUA CIONES	1. CN		2. PV		3. AV		4. MV		5. CS	
	Nr o.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
Total										

Leyenda: Situaciones 1 a 14 (anexo 4)