

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA

“ Dr. JOSE ASSEF YARA ”

POLICLÍNICO DOCENTE

RAÚL ORTIZ GARCIA

CIRO REDONDO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Autora: Lic. Gloria García López

Trabajo de Tesis para optar por el Título

Master en Atención Integral a la mujer

-2010-

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA

“ Dr. JOSE ASSEF YARA ”

POLICLÍNICO DOCENTE

RAÚL ORTIZ GARCIA

CIRO REDONDO

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Autora:

Lic. Gloria García López

Aspirante Master en Atención Integral a la mujer

Tutor:

Dr. Oilet Gutiérrez Domingo

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Master en Medicina Bioenergética en APS. Instructor

Asesores:

Dr. Daniel Yulius Mayea Díaz

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Master en Enfermedades Infecciosas.

Dr. Iliana Pérez Chong.

Especialista de 1er Grado en Fármaco epidemiología.

Trabajo de Tesis para optar por el Título

Master en Atención Integral a la mujer

2010-

ÍNDICE:

	Página
	Resumen
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Marco Teórico	6
IV. Método	18
V. Análisis y discusión de los resultados	24
VI. Conclusiones	30
VII. Recomendaciones	31
VIII. Referencias bibliográficas	32
IX. Anexos	42

Pensamiento

“La juventud es la edad del crecimiento y del desarrollo, de la actividad y de la vida, de la imaginación y del ímpetu.

Cuando no se ha cuidado el corazón y la mente en los años jóvenes, bien se puede temer que la ancianidad sea desolada y triste”

JOSE MARTI

Agradecimiento

Agradezco de todo corazón a mi tutor, asesores, a mis compañeros de trabajo, a los pacientes encuestados y a todas aquellas personas que de una forma u otra participaron en la elaboración de este trabajo.

Dedicatoria

A mi gran amor, mi hija Shira Riset

ÍNDICE:

Página

Resumen

VII. Introducción 1

VIII. Objetivos 5

IX. Marco Teórico 6

X. Método 18

XI. Análisis y discusión de los resultados 24

XII. Conclusiones 30

VII. Recomendaciones 31

VIII. Referencias bibliográficas

32

IX. Anexos

42

RESUMEN

Se realizó una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en los adolescentes que viven en el consultorio Barrio Nuevo ubicado en el municipio de Ciro Redondo en el periodo comprendido entre Enero 2010 a Agosto 2010 . El mayor por ciento de los adolescentes se encontraba entre 15-19 años de edad, nivel de escolaridad de preuniversitario, sexo femenino e inicio de las relaciones sexuales a partir de los 14 y más años. Refiriendo la escuela, los padres y el equipo médico del Consultorio ser la principal fuente de obtención de información. Muy pocos admiten haber tenido antecedente de embarazo. Antes de la intervención educativa la mayoría de los adolescentes no usaban métodos anticonceptivos y tenían regular y mal el conocimiento sobre la temática siendo las complicaciones de embarazo en la adolescencia y el riesgo de quedar embarazada los de mayor dificultad, después del proceso educativo se lograron resultados estadísticamente significativos la mayoría de los adolescentes usan métodos anticonceptivos, tienen bien y muy bien los conocimientos y se disminuyeron las necesidades reales de aprendizaje.

Palabras Claves: embarazo / adolescencia; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; PROMOCION DE LA SALUD; EDUCACIÓN DEL PACIENTE.

.INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención. (1).

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan ciertos desconciertos en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Consideramos a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la OMS la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. (2).

Aunque tradicionalmente la adolescencia se ha considerado como un grupo poblacional exento de problemas de salud, en este aspecto han ocurrido incidencias que constituyen alertas no solo para el personal de la salud, sino también para padres y maestros, quienes pueden encontrarse en situaciones difíciles para prevenir tales incidencias. (3,4).

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto para países desarrollados como subdesarrollados. En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración, de cambios endocrinos y morfológicos como son, la aparición de caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de menarquia en la niña y la eyaculación en el varón, además surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. (5). De los países europeos, en estudios realizados, Inglaterra tiene la más alta incidencia de embarazo en la adolescencia, más de 9000 se embarazaron, de las cuales 8000 eran menores de 16 años y 2200 menores de 14. (2).

Las OMS y la ONU informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70% de las adolescentes que tiene un hijo afirman no haberlo deseado. (3,5)

Las adolescentes, son las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de siete años de educación escolar. (6).

En los Estados Unidos las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en el 56% de esta población, mientras que los varones la cifra corresponde a un 73% ocupando el primer lugar en embarazos en la adolescencia, dentro de los países desarrollados, a pesar de que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas. (7).

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres, lo que equivale a 22.5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los tres millones aproximadamente de nacimientos de madres adolescentes. (6-8).

En Cuba el 8% de la población es menor de 20 años y el riesgo de tener hijos con peso al nacer inferior a los 2500g es casi 2 veces superior para estas madres en comparación con las de más edad. (9).

El municipio Ciro Redondo no queda exento de esta realidad mostrando cifras alarmantes de embarazo en la adolescencia, las cuales se corresponden con el 30% del total de embarazos. (5)

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea una serie de problemas.

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. (8)

Además debemos añadir que alrededor del 25% de las madres solteras son adolescentes, si añadimos que entre el 60 y el 70% de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno. (10).

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia y la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento y las del feto que engendra. (5).

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres están pariendo en edades cada vez más tempranas. (11).

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 o 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptadas. (5).

Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad, por lo tanto, la educación sexual que recibe viene a través de personas muchas veces desinformadas. (12-15).

Problema

La alta incidencia de embarazos, abortos y regulaciones menstruales en nuestro municipio, así como una iniciación temprana de las relaciones sexuales, motivaron el interés de realizar el presente estudio en adolescentes del consultorio Barrio Nuevo Municipio Ciro Redondo, por estar este grupo comprendido en las edades de mayor exposición al riesgo (15 a 19 años) y con mayor incidencia de estos eventos dentro de las edades enmarcadas en la adolescencia (10-19 años). Con el mismo pretendemos implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en la población objeto de estudio durante el periodo Enero 2010 a Agosto 2010.

Pregunta:

¿Cómo elevar el conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en los adolescentes del Consultorio Médico de la Familia de Barrio Nuevo?

Hipótesis del Trabajo.

Si se educa y prepara correctamente a los adolescentes en estos aspectos, se disminuirán los riesgos de un embarazo precoz y con ello las consecuencias negativas que lo acompañen.

OBJETIVOS

1) Generales

- Elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia a los adolescentes del consultorio Barrio Nuevo del municipio Ciro Redondo de Enero 2010 a Agosto del 2010.

Específicos

1) Distribuir la población estudiada según:

- Sexo y edad.
- Nivel de escolaridad
- Edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Antecedentes de embarazo.
- Fuentes de obtención de la información.

2. Determinar el comportamiento de las siguientes variables antes y después de la intervención educativa.

- Métodos anticonceptivos.
- Necesidades de aprendizaje.
- Embarazo en la adolescencia.

MARCO TEÓRICO:

Hoy, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años. Aproximadamente un tercio tienen entre 10 y 24 años; de ellos, un 80 % viven en países en desarrollo. Estos valores considerables de la población joven deben continuar incrementándose, entre ellos la caracterizada como población adolescente (10-19 años) estará en el 2020 sobre los 1200 millones de habitantes, alrededor de un 15 % de la población mundial. En este marco en América Latina, la población adolescente después de haberse duplicado entre 1960 y 1980, llegará a ser superior a los 120 millones de habitantes para esta fecha. (11-14).

Indiscutiblemente la adolescencia y sus problemas, es un fenómeno asociado al mundo actual, inclusive su conocimiento e importancia demográfica, cultural, psicosocial y económica es algo relativamente reciente (15.-17).

La adolescencia es una faceta más de autoconocimiento, de clarificación de la identidad y lógicamente, de construcción y maduración. Mientras el adolescente aprende a conducir y manejar sus diferentes posiciones es muy posible que se enfrente a choques, confrontaciones, cambios comportamentales, sumado a esto las pocas oportunidades otorgadas; por esta razón pueden ser censurados y sancionados socialmente y calificados de improductivos, dependientes y desadaptados al medio. (17, 18).

El grupo etario denominado adolescencia transcurre aproximadamente, de manera flexible, según algunos autores entre los 10 y 20 años. (12). La primera parte de este período de desarrollo de la personalidad abarca hasta alrededor de los 15 años y recibe el nombre de adolescencia temprana, mientras que la siguiente – cuyo límite se enmarca aproximadamente en los 20 años, o en el momento de la inserción en la actividad laboral, según muchos autores – se denomina adolescencia tardía o juventud. (19).

Según cifras establecidas, aproximadamente el 25 % de la población mundial y el 10 % de la cubana se ubican en las edades enmarcadas en la adolescencia y han adquirido la capacidad reproductiva, capacidad que suele ser mal manejada por muchos de ellos, en tanto, por lo general, no se les ha preparado para ser capaces de hacer un adecuado ejercicio de sus nuevas potencialidades sexuales, sin correr riesgos innecesarios. (20).

Diversos organismos internacionales como el FNUAP, la OMS y otros, brindan datos elocuentes sobre el crecimiento de los y las adolescentes en muchos países del mundo, y la presencia de trastornos como: las relaciones cóitales prematuras, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA, la nupcialidad o las uniones consensuales sin la requerida madurez, los embarazos, la maternidad y paternidad temprana y los abortos, sin que podamos olvidar las consecuencias más o menos graves que para ellos y ellas, su familia y su contexto social implican estos fenómenos negativos. (21).

Para una adolescente, un embarazo no planificado puede tener consecuencias graves; por ejemplo el compañero la puede abandonar, la pueden expulsar de la escuela, puede perder su trabajo, puede que su familia pierda el honor si no está casada, o puede sufrir enfermedades o morir. (22-24).

A pesar de los esfuerzos por prevenir los embarazos en la adolescencia, estos se están incrementando por todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que anualmente nacen aproximadamente 17 millones de niños, de jóvenes entre 15 y 19 años, estudio de investigación señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo común de la vida de los adolescentes, y que no se puede considerar como una posibilidad remota limitada a un pequeño número de adolescentes inmorales o promiscuos. (21-23).

El incremento de embarazos y los partos en edades temprana constituye un problema universal, pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente. En nuestro país esta problemática lleva un ritmo creciente, ya que el 23 % de nuestra población se halla incluida en esta importante categoría, pero en ello está influyendo además las modificaciones en el aparato genital, unido a los avances de la época actual y a las magníficas condiciones sociales de libertad e igualdad que rigen en nuestros medios, donde los jóvenes de uno u otros sexos participan en múltiples actividades educativas, políticas, deportivas, recreativa, etc., que facilitan y estrechan las relaciones sociales entre ellos. Sin embargo, muchas veces estos muchachos ven truncado su porvenir por tener que asumir grandes responsabilidades para los que aún no se encuentran preparados, ni poseen las condiciones materiales ni espirituales para enfrentarlas, entre las cuales figuran la maternidad precoz, por carecer de la preparación biológica, psicológica y social requerida para el ejercicio de estas funciones, truncando su porvenir por tener que asumir responsabilidades por los que aun no se encuentran preparadas ni poseen las condiciones materiales ni espirituales para empeñarlos entre los cuales figuran la maternidad precoz, por carecer de las preparaciones biológicas, psicológicas y social requerida para el ejercicio de estas funciones. (24,25).

En la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura y en la adolescencia tardía

habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito. A diferencia del adulto, las actividades sexuales del adolescente suelen ser esporádicas, con períodos prolongados durante los cuales el adolescente permanece en abstinencia. Muchos mantienen lo que se denomina una “monogamia seriada”, con enamoramientos intensos y apasionados pero de duración más corta que la del adulto. Son más frecuentes las disfunciones sexuales, que pueden guardar relación con: temor al embarazo, a ser descubiertos, conflictos de conciencia o actuar bajo presión de la pareja. También incluyen las condiciones en que muchos adolescentes mantienen relaciones sexuales de forma incómoda y rápida (en los asientos de un coche, en un rincón oscuro de una discoteca o de la calle, en los cines, etc.) (11,20,21).

Preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en nuestra sociedad puede estar favorecida por el inicio muy precoz de la actividad sexual. Se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar permisivo como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conducen a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. Los hijos de padres moderados en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos son los que inician más tarde las relaciones sexuales. Por otro lado se ha observado una asociación entre inicio precoz de las relaciones sexuales en las adolescentes (15 años o antes) y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta (actitud negativa hacia su propio cuerpo, conducta fuera de normas, fracasos en los estudios, etc. (20,21).

De acuerdo a una investigación recientemente, que abarcó un total de 833 adolescentes, el 90 % había iniciado ya sus relaciones cóitales y de ellos más del 60 % incluso antes de los 17 años (26).

El Instituto de Seguro Social y el Instituto Nacional de Cancerología realizaron en Colombia en el 2003 la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para explorar los conocimientos de riesgo para la salud en los adolescentes entre 12 y 17 años encontrando que el 17 % de ellos había tenido coito, siendo mayor en los varones que entre las hembras, la edad promedio para la primera relación sexual fue 13,4 años en varones y 14,3 en adolescentes femeninas. Del total de la muestra que había tenido coito, el 52 % había quedado embarazada (23).

Los adolescentes reciben conocimiento de relación sexual por diferentes vías, pero desafortunadamente hasta el momento ninguna ha logrado el ansiado objetivo de que los jóvenes tengan una conducta sexual responsable. (16).

Si la anticoncepción en la adolescencia se acompaña de una adecuada educación sexual, los beneficios son mayores que los riesgos; por lo tanto debe considerarse la anticoncepción como un pilar fundamental en la batalla por la reducción de la incidencia del embarazo en las adolescentes y sus negativas consecuencias (11,27).

Es globalmente aceptado que más del 50 % de los embarazos en adolescentes ocurren en los primeros seis meses posteriores a su primera relación sexual, por los que podemos comprender lo importante que es el conocimiento de la anticoncepción en ese grupo poblacional (28).

En estudios revisados, hemos encontrado que sólo el 23 % de las adolescentes embarazadas deseaban la gestación, sólo una de cada cinco que no deseaba el embarazo había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos, y alrededor del 50 % era del criterio de que ellos no tenían la posibilidad real de embarazarse en una relación no protegida (13,23).

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación, debemos tener en cuenta la existencia de múltiples reportes que plantean que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, se estima un incremento de un 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60 % de estas gestaciones ocurren en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. (11).

Por último y no menos importante, debemos resaltar que alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y el 50 % de las madres solteras son adolescentes. Si añadimos a esto que el 60-70 % de esos embarazos no son deseados podemos comprender, perfectamente los efectos psicosociales de ese fenómeno por lo que se ha relacionado con el incremento del suicidio y la drogadicción. (11,29).

En condiciones de amplio acceso de métodos anticonceptivos eficientes y de posibilidades de superación profesional para las mujeres jóvenes que condicionan,

en general, al que sea poco deseable convertirse en madre soltera en edades tempranas, los niveles de embarazo se mantiene elevados, lo que puede ser consecuencia de deficiencia en el uso efectivo de métodos anticonceptivos (24).

Estudios realizados señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo común de la vida de los y las adolescentes y que no se puede considerar como una posibilidad limitada a un pequeño número de adolescentes inmorales o promiscuos (13,25).

Algunos autores plantean que sobre la sexualidad llama la atención que actualmente la mayoría de los adolescentes tienen sus relaciones sexuales muy precozmente, antes de los 15

años (más de 56.6 %), así como que ninguno usa anticonceptivos en su primera relación sexual. Todos estos aspectos los hacen un grupo muy vulnerable en la salud reproductiva (30).

Existen sexólogos que señalan el uso de anticonceptivos como favorecedores del incremento de la promiscuidad sexual, produciéndose un cuestionamiento moral de la difusión del uso de los mismos. Quienes defienden este criterio plantean que la pérdida del temor al embarazo provocada por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y confiables, ha provocado un aumento en el número de adolescentes con relaciones sexuales activas, así como en la promiscuidad de estas relaciones, con el consiguiente incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). (31).

Otros prueban que antes de la era anticonceptiva existían dos grupos bien definidos, los adolescentes sexualmente activo y aquellos que no lo eran. Con el advenimiento de los anticonceptivos la conducta del primer grupo no se afecta, salvo por la reducción del número de hijos y en la edad de las madres, pero el segundo grupo sufre modificaciones, pues un grupo de estos adolescentes conscientes de las ventajas de la anticoncepción pueden disfrutar de una actividad sexual variable sin el temor al embarazo lo que sí puede incrementar la promiscuidad con sus riesgos morales y médicos siempre que la anticoncepción no se acompañe de una adecuada y precisa educación sexual (27).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto es que debemos plantearnos que a la hora de la indicación o no de la anticoncepción en la adolescencia debemos tener en cuenta tanto los peligros médicos del embarazo como las ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligro de los métodos anticonceptivos en esta etapa de la vida. (11,32).

Los sentimientos y emociones que acompañan a la pubertad y sexualidad del adolescentes son diversos y marcados por “mitos” o “creencias” que evocan desde su etapa infantil, muchos a veces reforzados por la desinformación que obtienen al intentar conocer detalles que le expliquen su sentir: de allí que muchas de sus interrogantes quedan en el aire, generando angustias de no ser bien orientados, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana. El inicio de las relaciones cóitales constituyen un paso primordial en la vida adolescente. En la mayoría de los casos, estas relaciones se dan desde la espontaneidad, es decir, llegan y acontecen sin planificación. Lo que puede ser visto como una cualidad que enriquece la ternura y el amor, también posee connotaciones de tragedias porque suele ser la causa de embarazos y enfermedades. Pero también puede haber efectos a nivel emocional y psicológico (33).

Las consecuencias emocionales del sexo en la adolescencia dependen mucho de la razones para tenerlo. Es muy diferente tener relaciones sexuales producto de las presiones sociales, grupales o de la pareja, que tenerla con base en una desición personal en la cual hemos tenido en cuenta los riesgos a los que nos enfrentamos. Valdría la pena entonces preguntarse si a la hora de tener sexo estamos manejando la situación, o la situación nos está manejando a nosotros (28).

Muchos autores plantean que el desagrado es uno de los sentimientos que se manifiesta con mayor frecuencia en las primeras relaciones sexuales de los adolescentes, señalando que su aparición está condicionada a la presencia de una serie de factores tales como: que la muchacha seda contra su voluntad a las presiones ejercidas por el novio, lo que le hace experimentar miedo; la preocupación por condiciones externas inadecuadas, pueden ser sorprendidos, temen a que los padres lo sepan, y esta situación llevará al miedo, rechazo y bloquean los sentimientos reflejos del apareamiento, apareciendo junto con el temor la inseguridad, la culpa y el desagrado. Estos sentimientos negativos experimentados muy profundamente y/o reiteradamente pueden ser causa de disfunciones sexuales posteriores (29,34).

El desinterés o ignorancia acerca de los métodos de control de natalidad y enfermedades de transmisión sexual, contribuye a la aparición de problemas de orden físico, psicológico y social. Y así, el número de adolescentes embarazadas y la incidencia de las enfermedades venéreas está aumentando (35).

El embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas de salud reproductivas más sentidas en la sociedad mundial. 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La gran mayoría viven en países en desarrollo en América Latina y el Caribe, a pesar de que el número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adolescentes del Caribe y América Latina son responsables por un millón y medio de nacimientos cada año. En zonas rurales de los países andinos, casi la mitad de las mujeres tienen un hijo antes de cumplir veinte años de edad. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70000 niños por año. Se considera que los adolescentes no tienen aún una preparación y maduración fisiológica y psicológica para enfrentar una maternidad. Existe una necesidad imperiosa de incorporar a los adolescentes como un grupo especial en las políticas de salud y planificación familiar (36).

Los jóvenes no aprenden los mecanismos esenciales que tiene que ver con la reproducción, ni están estructurados para que utilizando su autonomía y toma de dediciones puedan extrapolar dichos conceptos de la vida cotidiana. Un estudio realizado por María Álvarez en Chile, permite

asegurar que las adolescentes saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre pueden procrear y saben mucho menos sobre maternidad y paternidad responsable (31).

Con los cambios sociopolíticos, la mayor independencia de los jóvenes nos enfrenta en forma creciente con los problemas de la sexualidad adolescente. Cuando los niños se acercan a la pubertad, sus intereses son complejos, para satisfacer apropiadamente esos requerimientos los padres deben prepararse con esmero, pues la educación de los adolescentes tiene que incluir información sexual amplia (37).

Actualmente, si tenemos en cuenta los cambios sustanciales que se dan en los adolescentes desde el punto de vista biosicosocial que los confunde y tiene implicaciones serias en su manejo educativo; además que el sexo es una motivación fuerte en esta edad; no sería difícil entender que brindándoles apoyo, confianza y seguridad desde edades tempranas a estos individuos los ayudaríamos a enfrentar esa etapa y esas transformaciones sin mayores complicaciones (32).

Según estudios realizados los adolescentes carecen de conocimientos bien fundamentados sobre la sexualidad, lo que acarrea diferentes trastornos relacionados con ella en esta etapa de la vida. En cuanto a la planificación familiar se plantea que muchos pueden recitar de memoria los métodos anticonceptivos de planificación familiar, pero carecen de adiestramiento necesario para su correcto uso en caso de tener coito (38).

En los servicios de salud, la educación sanitaria desempeña una importante función en el control de la sexualidad. Sin embargo, en la mayoría de las regiones del mundo, la educación formal sobre cuestiones sexuales no existe, es insuficiente o se imparte en un momento demasiado tardío de la adolescencia.

Hay algunas excepciones notables. Suecia, fue el primer país que estableció la educación sexual oficial y obligatoria en todas las escuelas (32).

En Cuba, la política educacional y de salud incluye programas de educación sexual en todos los niveles de enseñanza. En estos programas se hace énfasis en los riesgos del embarazo en la adolescencia y en el uso de anticonceptivos para evitarlos, así como el conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (39).

El servicio de salud para todos engendra excesiva confianza, asociado a la idealización del médico y la tendencia a los adolescentes a continuar depositando la responsabilidad de su propia salud en los adultos, sin que se promueva en ellos un comportamiento responsable con respecto a la conservación de su salud (33).

El personal a cargo de la educación sexual de los adolescentes no puede olvidar que constituye un complejo proceso que demanda el esfuerzo activo de todos, pero especialmente el Médico de la Familia, por su influencia como orientador en la comunidad y su directa interrelación con los adolescentes en su área de atención (40).

El plan del Médico de la Familia constituye un soporte básico de la Educación Sexual y Salud Reproductiva. En su programa de trabajo se afirma que el médico es el máximo responsable de la salud de los individuos, expresión con la que no coinciden algunos autores y a la cual nos sumamos nosotros, puesto que consideramos al igual que ellos que la salud se concebirá como un valor en la medida que se asuma como responsabilidad individual. También se le adjudica a este profesional, cosa con la que sí coincidimos; un rol como educador de la comunidad, como orientador de jóvenes y adolescentes, y como interlocutor confiable para abordar esta delicada esfera de salud en la población. Es por ello que en el Programa de Trabajo del Médico de la Familia se plantea la promoción de salud como un objetivo específico y dentro de ella instruir a la población en el conocimiento de la sexualidad humana y la planificación familiar, así como los riesgos de la promiscuidad sexual y embarazos en adolescentes. (15, 22, 41).

Estudiosos del tema plantean que sólo un proceso de educación sexual participativo que los involucre y comprometa en su propia formación, desarrollo que los capacite para ellos protagonicamente, tomando de manera progresiva en la medida en que logra la madurez para ellos las riendas de su vida, con una profunda conciencia crítica de la trascendencia de sus actos, potenciarán en las y los adolescentes, el desarrollo de una sexualidad plena, auténtica y responsable (18, 42).

En fin se trata de prepararlos para que sean capaces de ejercer su derecho a la libertad de elección, de formar su propio proyecto de vida sin perder de vista las responsabilidades que con ellos llevan ante sí mismo y los demás, sus actos y dediciones (34,43).

La educación de la sexualidad de la joven generación y en particular en las y los adolescentes comienza con la sensibilización de los propios adolescentes y educandos en la interiorización de la necesidad de prepararlos con efectividad para enfrentar cada vez de manera más independiente esta trascendental área de su vida. (44).

Actualmente existen varios modelos de prevención de embarazo en la adolescencia, los prematuros tienden a enfocarse en un procedimiento particular al tema del embarazo en la adolescencia, o utilizan una combinación de uno de ellos. La gran mayoría de estos programas de prevención de embarazo en la adolescencia utilizan métodos que típicamente se ajustan dentro de las siguientes categorías: (45).

Programas de educación para la abstinencia: va encaminado a estimular a los jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio.

Hasta que estén lo suficientemente maduros y preparados para manejar la actividad sexual de forma responsable y hasta que se sientan capaces de manejar con responsabilidad un posible embarazo.

Programa basado en el conocimiento: dirigido a enseñar a los adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales y suministrar información sobre los métodos anticonceptivos.

Programa con enfoque clínico: que brindan un acceso más fácil a la información, asesoramiento médico y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas funcionan a través de clínicas ubicadas en la escuela que ofrecen una gama completa de servicios de salud ambulatorios.

Programa de asesoramiento: Que generalmente involucran a adolescentes mayores, conocidos y respetados dentro de su comunidad con el fin de promover discusiones que exploren los sentimientos y actitudes acerca del manejo de las urgencias físicas confrontadas en las relaciones sentimentales. Así pueden luego animar a otros adolescentes resistirse a las presiones impuestas por sus compañeros y por la sociedad para iniciar su vida sexual.

Con el cumplimiento de estos programas de educación sexual, con el mejoramiento del programa de planificación familiar y la aplicación de eficaces medidas anticonceptivas dirigidas a la población con riesgo y a los adolescentes, podemos tratar de solucionar estas situaciones, pero sin olvidar que constituye un complejo proceso que demanda el esfuerzo activo de todos, pero especialmente del Médico de la Familia, por su influencia como orientador en la comunidad y su directa interrelación con los adolescentes de su área de atención.(24,35,46).

Finalmente consideramos, que las acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable, que pretendan disminuir el embarazo y el aborto en la adolescencia requieren responsabilidades y esfuerzos compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el sistema de salud y el sistema educacional. (15,23).

Los programas de promoción de salud deben promover cambios en los niveles individual, grupal y social. Todos son componentes de un sistema de factores determinantes de la salud, y no tener en cuenta este aspecto conduce a soluciones parciales, o a dejar el problema en similares condiciones. (15,47).

Si el uso consciente y responsable de medios anticonceptivos para evitar embarazos inoportunos es la forma más apropiada de planificación familiar, tenemos que aceptar que no estamos aplicando satisfactoriamente las posibilidades existentes. No se trata de limitar el acceso al aborto, prohibirlo o ejercer presión sobre la mujer que lo solicite, pues el derecho tiene que respetarse, es inviolable. Nuestra obligación es disminuir la incidencia de embarazo en esta etapa de la vida mediante la implantación de medidas educativas coordinadas y combinadas con la accesibilidad a una amplia gama de métodos anticonceptivos para toda la población. La situación actual constituye un reto para nuestro Sistema Nacional de Salud. (48).

MÉTODO

Se realizó un estudio pre experimental antes y después, en la población adolescente perteneciente al Consultorio Médico de Familia de Barrio Nuevo, del Municipio Ciro Redondo, Provincia Ciego de Ávila, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes, en el período de Enero 2010 a Agosto 2010 del municipio Ciro Redondo.

El universo y la muestra quedó constituida por adolescentes pertenecientes al consultorio barrio nuevo (N = 60).

Criterios de inclusión:

- 1) Adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años perteneciente al área de salud e independientemente del tiempo de gestación.

- 2) Las adolescentes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1) Adolescente que no pertenecen al área de salud de Ciro redondo
- 2) Adolescente que no dieron su consentimiento.

Criterios de salida

- 1) Saldrán del estudio aquellas adolescentes que no desee continuar

Se emplearon métodos empíricos (cuestionario), teóricos (análisis y síntesis, histórico - lógico, inducción y deducción) y estadísticos que permitió recoger, analizar, interpretar y presentar toda la información a través de medidas de frecuencias.

Método Histórico- Lógico: Es toda la investigación y en particular en la determinación de las fundamentación teórica y el estado actual de la categoría de la investigación.

Métodos teóricos:

Análisis y síntesis: El método analítico-sintético se utilizo para el conocimiento profundo de la información obtenida a partir de los instrumentos aplicados y de la bibliografía revisada; así como para resumir los aspectos esenciales de las mismas.

Inducción - deducción: Se utilizo para realizar inferencias entre lo general y lo particular a partir de la información obtenida por los instrumentos aplicados, así como mediante la búsqueda bibliográfica que sirvió de fuente a esta investigación. Estos métodos permitieron elaborar juicios y conclusiones de utilidad durante el desarrollo de la investigación.

Métodos empíricos:

Se aplicó un cuestionario al universo de estudio, previamente diseñado por el investigador y el tutor del cual se obtuvo los datos iniciales para esta investigación. (ANEXO I).

La técnica de recolección de la información usada fue la encuesta, la cual constó de dos partes, y de acuerdo a los objetivos propuestos, en la primera se confeccionó un cuestionario de datos primarios, el cual sirvió de guía para recoger los datos de los adolescentes e identificar necesidades reales de aprendizajes, fue validado en un estudio piloto previo (Anexo 1). La segunda parte “encuesta de conocimientos” se aplicó con el objetivo de medir el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el tema y para su calificación se confeccionó una escala de evaluación (Anexo 2).

La intervención educativa se confeccionó en base a las necesidades sentidas y reales de aprendizaje de los adolescentes, con actividades que dieran salida a dicha problemática. (Anexo 3). La misma tuvo un periodo de duración de tres meses con un total de 8 encuentros, con una frecuencia semanal y una duración de las actividades de 45 minutos. Se utilizaron demostraciones, prácticas, videos - debates, análisis y discusión grupal, paneles y otras actividades de participación con los adolescentes.

Operacionalización de las variables

Edad

- De 10 a 14 años
- De 15 a 19 años

Sexo: Según clasificación genérica pudiendo considerarse como masculino y femenino.

Nivel educacional: Se tuvo en cuenta el nivel referido por el encuestado:

Primaria: Aquellos que hayan culminado el 6to grado.

Secundaria: aquellos que hayan concluido el 9no grado.

Pre-universitario: Aquellos que ostenten el título de Bachiller.

Desvinculado: no vinculado al estudio ni al trabajo.

Edad de inicio de las relaciones sexuales: se considera la edad en que se realizó el primer coito con penetración. Se evaluarán los siguientes criterios:

De 10 a 13 años

De 14 o más años

Menos de 10 años.

Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Se considera el uso de los mismos evaluándose los siguientes criterios.

Lo usaron.

No lo usaron.

Antecedentes de embarazo: se considera toda presencia de un embarazo sin importar el final del mismo y se evaluaron los siguientes criterios.

Con antecedente

Sin antecedentes

Fuentes de obtención de la información: se evaluó todas las fuentes referidas por el adolescente de los cuales habían recibido información sobre el tema. Se evaluó los siguientes criterios:

Escuela

Amigos

Padres

Libros

Medios de Comunicación Masivos

Médico de la Familia.

Uso de métodos anticonceptivos: se consideró el uso de los contraceptivos en la actualidad o momento en que se realizó la investigación, evaluándose antes y después de la intervención, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Usan

No usan.

Necesidades sentidas de aprendizaje: Se consideraron aquellas deficiencias en el conocimiento detectados en la encuesta aplicada, considerándose necesidad todas aquellas preguntas donde la respuesta fue la correcta. Se evaluaron las siguientes temáticas antes y después de la intervención educativa:

Edad optima de salir embarazada

Riesgo de quedar embarazada

Complicaciones de embarazo en la adolescencia

Aborto método anticonceptivo

Juegos sexuales y embarazo

Posibilidad de quedar embarazada primer coito

Nivel de conocimiento: Se evaluó en la segunda parte de la encuesta antes de la intervención y tres meses después de la misma la cual será evaluada en base a 20 puntos teniéndose los siguientes criterios. (Anexo 2).

Excelente: 18 - 20 puntos.

Bien: 15-17 puntos.

Regular: 12-14 puntos.

Mal: menos de 12 puntos.

Aspectos éticos.

Para realizar la investigación nos basaremos en los principios éticos médicos, informándole a cada paciente de forma verbal y por escrita de los objetivos del estudio, sus beneficios y la ausencia de riesgos a que se expondrán, además de los derechos que tendrán y la voluntariedad de participar en el estudio o de abandonar cuando así lo consideren; manteniendo la máxima discreción, profesionalidad, respeto y atención al paciente. (Anexo 4)

La técnica de procesamiento de los datos fue computacional con el Empleo de una PC Pentium Intel Core Duo, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP y las tablas en Excel XP donde se estableció como unidad de resumen de la información el por cientos. Los resultados fueron presentados en tablas, a estos resultados se les aplicó la prueba no paramétrica para muestras dependientes de MC NEMAR; para evaluar todas las variables estudiadas antes y después de la intervención educativa, se rechazó la hipótesis nula si el Ji cuadrado calculado u observado fue mayor o igual al Ji cuadrado tabulado .Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados para la investigación.

Décimas de MC Nemar: Esta es una décima Ji- cuadrado, apropiada para decidir si hay diferencia o no entre dos poblaciones a partir de dos muestras apareadas en escalas nominales dicotómicas, en los que cada individuo o elemento de la muestra esta apareado consigo mismo, o sea es usado como su propio control. Es una prueba de hipótesis no paramétrica a través de la cual se verifica estadísticamente si hay o no cambios después de aplicada la intervención, respecto a lo acontecido antes.

Exige construir con los datos una tabla de contingencia de dos por dos donde:

- A) Insuficientes conocimientos después de la intervención son suficientes.
- B) Insuficientes conocimientos después de la intervención se mantienen insuficientes.
- C) Suficientes conocimientos que después de la intervención siguen suficientes.
- D) Suficientes que después de la intervención son insuficientes.

Las hipótesis a décimas son las siguientes:

Ho: P10 = P 01 contra H1: P10 ≠ P 01

A partir de las hipótesis:

Ho: La metodología no es efectiva.

H1: La metodología es efectiva (Diferencia, Cambio)

Donde el estadígrafo utilizado es:

Proporción de cambio: $\chi^2 = \frac{(A - D - 1)^2}{A + D}$

A + D

Región crítica: $\chi^2 (0.95) (1) = 0.0039$

Si $\chi^2 > \chi^2 (0.95) (1)$ Se rechaza Ho, entonces la intervención educativa fue efectiva.

Se confeccionó un Informe Final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Vice-Decanato de Investigación y Post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla #1: Distribución de la población estudiada según edad y sexo.

Grupos

etáreos Masculino

	Femenino		Total		No	%
	No	%	No	%		
10-14	10	16,6	11	18,3	212	35
15-19	15	25	24	40	39	65
TOTAL	25	41,6	35	58,3	60	100

Fuente: Encuesta

En esta tabla observamos que hay un predominio del sexo femenino al que corresponde un 58,3% y solo un 41,6% corresponde al masculino.

En Cuba, igual que en los países desarrollados existe una tendencia a la reducción de la edad menarquica. Este proceso provoca el despertar temprano de necesidades sexuales sobre todo biológicas y arribó a la primera relación sexual precozmente, generalmente sin suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia (18, 42).

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. (8)

Tabla #2: Distribución de la población estudiada según escolaridad

Escolaridad	No	%
Primaria	14	23
Secundaria	16	26
Preuniversitario	21	35
Desvinculada	9	25
Total	60	100

En la Tabla No. 2 encontramos que el 85 % de las adolescentes estudiadas se encontraban insertadas en algún tipo de enseñanza, el 23% primaria y el 26% secundaria, y el 35. % se encontraba en preuniversitario.

Importante es señalar que en un país como el nuestro donde la enseñanza es gratuita y se dan facilidades para el estudio que un 9% de las pacientes se encuentran fuera del sistema educacional y muchas de ellas sin haber concluido siquiera los estudios preuniversitario. Esta situación coincide con lo revelado por numerosos autores del mundo entero que ponen al embarazo como una de las principales causas de deserción y abandono escolar en las adolescentes. El abandono escolar muchas veces, suele ser definitivo, lo cual conllevará una ausencia de preparación que antecederá un porvenir oscuro dentro del campo labora (35,46).

De acuerdo a una investigación recientemente, que abarcó un total de 833 adolescentes, el 90 % había iniciado ya sus relaciones cóitales y de ellos más del 60 % incluso antes de los 17 años (26).

Tabla 3. -. Distribución de los adolescentes en correspondencia con la edad de las primeras relaciones sexuales.

Edad(años)	Nº	%
De 10 a 13 años	10	45

De 14 o más años	25	71,4
Menos de 10 años	0	0
TOTAL	35	100

En la tabla Nº 3 analizamos la edad a la que comienzan las relaciones sexuales de los adolescentes que participaron en nuestro estudio y encontramos que el 45 % comenzaron sus relaciones entre 10 y 13 años y el 71,4 iniciaron de los 14 años y más.

Está totalmente de acuerdo con encuestas y estudios realizados en nuestro país y en Latinoamérica, donde se ve, como la edad de comienzo de las relaciones sexuales cada vez se reduce más, lo cual unido al desconocimiento en cuanto a Salud Reproductiva que poseen a esta edad, hace que no se tomen las debidas medidas de protección, no sólo para evitar embarazos no deseados, sino también las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Un estudio realizado en Chile, permite aseverar que las adolescentes femeninas saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre puedan procrear y saben mucho menos sobre maternidad y paternidad responsable (1, 4, 10, 11,13).

Tabla 4. Distribución de las adolescentes femeninas con antecedente de embarazos.

Nº de embarazos	Nº	%
Sin antecedente	26	74,4
Con antecedente	9	25,7
Total	35	100

En la Tabla No. 4 observamos un hecho que va estrechamente vinculado a la temprana fecundidad y es que el 25,7% admite haber tenido antecedente de embarazo y el 74,6% sin antecedente.

Los resultados que se observan en la tabla traducen sin lugar a dudas los problemas que aún persisten en el control del riesgo preconcepcional de este importante grupo de alto riesgo lo cual hace que estos eventos no se presenten como fenómenos aislados sino que se producen con frecuencia cada vez mayor con la consiguiente morbilidad y mortalidad a la que se asocian.

El Instituto de Seguro Social y el Instituto Nacional de Cancerología realizaron en Colombia en el 2003 la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para explorar los conocimientos de riesgo para la salud en los adolescentes entre 12 y 17 años encontrando que el 17 % de ellos había tenido coito, siendo mayor en los varones que entre las hembras, la edad promedio para la primera relación sexual fue 13,4 años en varones y 14,3 en adolescentes femeninas. Del total de la muestra que había tenido coito, el 52 % había quedado embarazada (23).

Tabla 5. Distribución de las vías por las que los adolescentes recibieron la información.

Vía de información	Recibieron	%
Escuela	20	33,3
Amigos	4	6,6
Padres	12	20
Libros	6	11.6
Medios de comunicación	8	13.3
Médico de familia	10	16.6

En la Tabla Nº 5 aparecen las principales vías por las que refieren las adolescentes obtienen información sobre salud reproductiva. Es de notar que la vía por la que recibieron la

información la escuela aparece en primer lugar con 33,3 % y el equipo médico del Consultorio en tercer lugar con sólo 16,6 %. Los padres en segundo lugar.

La familia como institución básica de la sociedad se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social. En investigaciones realizadas con un grupo de adolescentes y jóvenes se pudo comprobar que el carácter repetitivo del aborto se produce entre otras cosas, por la incompleta transmisión de funciones y valores sexuales en el proceso de comunicación familiar. (15,36).

Tabla 6 Distribución de los adolescentes que tienen relaciones sexuales según uso de métodos anticonceptivos.

Método anticonceptivos	Antes		Después					
	Primera relación sexual %	Otras relaciones sexuales %	Primera relación sexual %	Otras relaciones sexuales %	%	Primera relación sexual %	Otras relaciones sexuales %	
Usaron	6	10,1	10	16,6	15	25	45	75
No usaron	54	90,1	50	83,3	45	75	15	25
Total	60	100	60	100	60	100	45	100

$X^2 = 12.105$

$p < 0.05$

En la encuesta realizada encontramos que antes de la intervención educativa solo 10% de los adolescentes usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual y un 16,6 % usaban en ese momento métodos anticonceptivos después de la intervención esta cifra varia significativamente pues el 75 % usan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales.

Estudios realizados señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo común de la vida de los y las adolescentes y que no se puede considerar como una posibilidad limitada a un pequeño número de adolescentes inmorales o promiscuos (13,25).

En estudios revisados, hemos encontrado que sólo el 23 % de las adolescentes embarazadas deseaban la gestación, sólo una de cada cinco que no deseaba el embarazo había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos, y alrededor del 50 % era del criterio de que ellos no tenían la posibilidad real de embarazarse en una relación no protegida (13,23).

Tabla 7. Necesidades reales de aprendizaje antes y después de la intervención educativa.

	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Edad optima de salir embarazada	52	86,6	-	-
Riesgo de quedar embarazada	54	90	10	16,6
Complicaciones de embarazo en la adolescencia	60	100	15	85
Aborto método anticonceptivo	42	66.6	8	13.3
Juegos sexuales y embarazo	53	88,3	12	23.3
Posibilidad de quedar embarazada primer coito	50	83,3	12	20.

$\chi^2 = 12.105$

$p < 0.05$

En la tabla podemos apreciar que las complicaciones de embarazo en la adolescencia la temática de mayor dificultad encontrada en la población con las 60 respuestas incorrectas para un 100%. A continuación en orden decreciente de dificultades riesgo de quedar embarazada (90%), juegos sexuales y embarazo (88,3%).

Después de la intervención se lograron diferencias estadísticas significativas pues se eliminaron todas las necesidades de aprendizaje quedando solo 15 adolescentes con dificultades en la temática de complicaciones de embarazo en la adolescencia para un 85% y 12 en juegos sexuales y embarazo posibilidad de quedar embarazada primer coito para un 20,3%.

Tabla 8-. Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa.

Resultados de la evaluación		Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%	
Excelente	0	0	28	46.7	
Bien	10	16.7	26		
Regular	15	25	6	10	
Mal	35	58.3	0	0	
Total	60	100	60	100	

$$\chi^2=14.034$$

$$p<0.05$$

En la tabla podemos apreciar como antes de la intervención educativa el mayor por ciento de los adolescentes presentaban conocimientos de regular y mal sobre la temática tratada (83.3%) mientras que después de la intervención el 46.7% fue evaluado de excelente y solo el 10% de regular obteniéndose diferencias estadísticamente significativos.

Podemos destacar que después de la intervención los adolescentes, adquirieron un nivel de conocimiento y quedaron satisfechos con el trabajo realizado, expresando sus opiniones e inquietudes.

CONCLUSIONES

El mayor por ciento de los adolescentes se encontraba entre 15-19 años de edad, nivel de escolaridad de Pre Universitario, sexo femenino e inicio de las relaciones sexuales a partir de los 14 y más años. Refiriendo la escuela, los padres y el equipo médico del Consultorio ser la principal fuente de obtención de información. Muy pocos admiten haber tenido antecedente de embarazo. Antes de la intervención educativa la mayoría de los adolescentes no usaban métodos anticonceptivos y tenían regular y mal el conocimiento sobre la temática siendo las complicaciones de embarazo en la adolescencia y el riesgo de quedar embarazada los de mayor dificultad, después del proceso educativo se lograron resultados estadísticamente significativos la mayoría de los adolescentes usan métodos anticonceptivos, tienen bien y muy bien los conocimientos y se disminuyeron las necesidades reales de aprendizaje.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados alcanzados en el presente estudio, sugerimos:

Divulgación de los resultados de la investigación

Elevar la calidad del trabajo educativo que se realiza con los adolescentes en escuelas y comunidades; así como realizar evaluaciones periódicas para determinar la eficacia de las mismas.

Incrementar y perfeccionar las acciones de información, educación y comunicación a nivel de La Atención Primaria de Salud, en la que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva; además de la importancia de la comunicación familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Obstetricia y Perinatología. 2005; 2ª Ed. EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
2. Guttmacher A. Institute. Why Is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use. Occasional Report. New York, NY. Alan Guttmacher Institute. 1999.
3. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Research on reproductive health at WHO: biennial report 2000–2001. Geneva, World Health Organization.2007.
4. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Obstetricia y Perinatología. 2ª Ed. EFACIM-EDUNA. Asunción, Paraguay.2006
5. Diaz E, Alvarez L, Farnot U. Factores de riesgo demográficos y sociales del aborto. Rev Cubana Salud Pública.2007; 27(1):26-35.
6. Toro Merlo J, Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente. Rodríguez Armas O, Santiso R, Calventi V, Edit. ATEPROCA. Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva. Caracas, Venezuela: FLASOG; 2006; 1 (32).
7. Guttmacher A. Comportamiento sexual y reproductor adolescente en países desarrollados: ¿más progreso puede ser hecho? Nueva York: Instituto Alan Guttmacher. 2005.
8. Donovan P. Can statutory rape laws be effective in preventing adolescent pregnancy? Fam Plann Perspect.. 1997; 29: 30 –34, 40.
9. Haffner DW. Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents: The Report of the National Commission on Adolescent Sexual Health. ed. New York: Sexuality Information and Education Council of the United States. 1995.

10. Molina M, Pérez R, Ferrada C, Salinas M, Fernández G. Embarazo en la adolescencia. *Rev Ciencia y Salud*. 2006; 1: 25-9.
11. Jaskiewicz JA, Mc Anarney ER. Pregnancy during adolescence. *Rev Ped*. 1994; 15 :32 –38.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance. United States. *MMWR*. 2004; 53 (SS-2):1–29.
13. Kirby D. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy (Summary)*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. 2006.
14. Alfonso M, Reyes L, Zúñiga M. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Rev. Cubana Salud Pública* V. 29 (2). Ciudad de la Habana, Abr.- jun. 2003.
15. US. *Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2007
16. García E. *Educación sexual y adolescencia*. Tesis. Ciudad de La Habana; 1997.
17. Centro de Estudio Latinoamericano de Desarrollo (CELADE) *Juventud, Población y Desarrollo en América Latina y El Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos*. Publicación CELADE 2005; 326-30.
18. Millan T, Valenzuela S, Varas NA. Reproductive health in adolescent students: knowledge, attitudes and behaviour in both sexes, in a community of Santiago. *Rev Méd de Chile*. 2006; 123 (3): 368-75.
19. Dailard C. Las conclusiones recientes de la encuesta de "Añada la salud": adolescentes y actividad sexual. Representante política pública de Guttmacher. 2001; (3) 4: 1.

20. Vera G, Gallegos M, Varela M. Salud Mental y embarazo en adolescentes: Contexto de la gestación y consecuencias biodemográficas tempranas. *Rev Méd Chile*. 2004; 4: 437-43.
21. Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Deserción escolar e inserción laboral de los jóvenes. Informe Ejecutivo. Chile. 2006; 1-15.
22. Ministerio de Educación (MINEDUC). Deserción Escolar: causas y propuestas de solución. *Rev. Educación. Apuntes de la Reforma 2001*; 4-7.
23. Laffita A. Adolescencia e interrupciones de embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004; 30(1).
24. Propuesta de políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia. Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile. 2005; p. 280-310
25. East PL, Felice ME. Pregnancy risk among the younger sisters of pregnant and childbearing adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 2007; 13:128 – 36.
26. Guttmacher A. Why Is Teenage Pregnancy Declining? The Roles of Abstinence, Sexual Activity and Contraceptive Use. Occasional Report. New York, NY: Alan Guttmacher Institute. 2006.
27. Molina G. Adolescentes: factores que condicionan su conducta reproductiva. Santiago de Chile. 2001; p. 85.
28. Fonseca F, Santiesteban J, Fernández R. Adolescentes y aborto. *Sexología y sociedad*. V. 5 (13). p. 2-4. 1999.
29. East PL, Felice ME. Pregnancy risk among the younger sisters of pregnant and childbearing adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 2006; 13; p.128 – 36
30. Molina R. Pérez A, Donoso E. Adolescencia y embarazo. *Obstetricia*. Cap. 14, 2ª Edic.; Ed. Técnicas MEDITERRANEO. Chile. 2005

31. Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Situación de la educación en Chile 2000. Informe Ejecutivo. Chile. 2001; 1-20.
32. Saito MI. Sex education in school: preventing unwanted pregnancy in adolescents. *Int J Gynaecol Obstet*; 63 Suppl 1: S. 2006; p. 157-60.
33. Betar Algranti J. Sexualidad y problemas en la adolescencia. *Anales Españoles de Pediatría*. 2005; 56(3):273.-86.
34. Fliser AJ. Risk- Taking behaviour of Cape Peninsula high- school students. part. VIII, sexual beaviour. *S Afr Med. J*. 2005; 83(7): 75.
35. Soto MO, Franco BA. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. *Rev. Cubana. Med Gen Integr*. V 19. (6). Ciudad de la Habana. Nov - Dic. 2003.
36. López GB. Aborto en la adolescencia. Policlínico Docente Ciro Redondo. Tesis; 2005.
37. Comité sobre la adolescencia. Aconsejar al adolescente sobre opciones de embarazo. *Pediatría*. 2005; 101: 938.
38. Peláez J, Rodríguez A. Factores relacionados al aborto en la adolescencia. I Taller Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil. Sección Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana. 1995.
39. Ortíz C, Rodríguez A. Papel de los padres en el aborto en la adolescencia. *Rev Sexología y Sociedad*. V 2. (6); Diciembre. 1996.
40. López M, Cano AM. El embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Edit Pueblo y Educación. La Habana. Cuba. 1996.
41. Vázquez A. Morbilidad y mortalidad en el embarazo precoz. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1998; 24 (3):137- 44.

42. Mustelier R, Valdespino F, Hernández R. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana: Centro Nacional Educación para la Salud, 1999; p. 7-56.

43. Auchtler MC, Balbuena MO, Galiano H. Impacto del embarazo en la adolescente menor de 19 años. Experiencia en la ciudad de Corrientes. Rev Enf Hosp. (Buenos Aires). 2007; 6 (16): 59-64.

44. Peláez J. Adolescente embarazada: Características y riesgo. En: Obstetricia y ginecología infanto-juvenil. La Habana: Sociedad Científica Cubana para el Desarrollo de la Familia. 1996; p. 61- 4.

45. Family Health International. Las normas de género influyen en los adolescentes. En: NET WORK en español. Family Health International. 2007; 17(3):10-13.

46. Fernández-Martínez C, Brugos A, Sánchez E. El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. V. 9 (2): 42-54. Febrero 1992.

47. Lutte, G. Liberar la adolescencia. La Psicología de los jóvenes de hoy. Biblioteca de Psicología 168. Cap. 15. (317). Barcelona. Ed. Herder. 2005.

48. Woodward JA. Anew strategy is deeded. Reducing unplanned pregnancies. Adv. Nurse Pract; 6 (11): 69-72. 2008.

ANEXOS

ANEXO # 1: Encuesta.

Mediante la aplicación del cuestionario se conocerá el grado de información sobre el embarazo en la adolescencia, será utilizado solo para el estudio, agradecemos su cooperación. Muchas gracias.

Nombre: _____

Grado Escolar:

_____ Primaria.

_____ Secundaria.

_____ Preuniversitario.

_____ Desvinculado.

Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____.

¿Has tenido relaciones sexuales? Si: _____ No: _____.

¿A qué edad iniciaste tus relaciones sexuales?

_____ Menos de 10 años.

_____ De 10 a 13 años.

_____ De 14 o más años.

En cuanto al uso de método anticonceptivo Responde.

¿Usaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual?

Si: _____ No: _____.

¿Usas en la actualidad alguno?

Si: _____ No: _____.

(SOLO PARA LAS FÉMINAS) ¿Has estado embarazada alguna vez?

Si: _____ No: _____.

¿Has recibido información sobre embarazo en la adolescencia?

Si: _____ No: _____.

¿De quién has recibido la información?

Escuela: _____ Amigos: _____ Padres: _____

Libros: _____ Medios de Comunicación Masiva (Radio o TV)

Médico de Familia _____ Otros familiares: _____ Otros:
_____.

¿Conoce usted la edad óptima de una mujer para quedar embarazada?

Si: _____ No: _____Cuál es: _____.

¿Existe más riesgo de quedar embarazada?

Una semana antes de la menstruación: _____.

Durante la menstruación: _____.

Quince días después de la menstruación: _____.

¿Cree que el embarazo es responsabilidad exclusiva de la mujer?

Si: _____ No: _____.

¿El aborto constituye un método anticonceptivo?

Si: _____ No: _____

¿Consideras que una muchacha puede quedar embarazada al realizar juegos sexuales solamente?

Si: _____ No: _____.

¿Crees qué es posible quedar embarazada mediante el primer coito?

Si _____ No _____ ¿Por qué?

_____.

Sólo a llenar por el personal a cargo de la investigación.

Excelente _____ Bien _____

Regular _____ Mal _____

ANEXO #2: ESCALA DE EVALUACIÓN

Pregunta # 1: valor 4 puntos.

2 puntos por responder correctamente.

2 puntos por responder después de los 20 a 34 años.

Pregunta # 2: valor 2 puntos.

2 puntos por escoger la última opción.

Pregunta # 3: valor 7 puntos.

1 puntos por responder positivamente.

3 puntos por expresar 3 complicaciones.

2 puntos por expresar 2 complicaciones.

1 puntos por expresar 1 complicación.

Pregunta # 4: ; valor 3 puntos.

3 puntos por responder negativamente.

Pregunta # 5 valor 2 puntos.

2 puntos por responder positivamente.

Pregunta # 6: valor 2 puntos.

1 puntos por responder positivamente.

1 puntos por responder ¿por qué?

Criterios

Excelente: 18 - 20 puntos.

Bien: 15-17 puntos.

Regular: 12-14 puntos.

Mal: menos de 12 puntos.

ANEXO # 3 Estrategia de Intervención:

Es conocido que aplicando los conocimientos de educación para la salud, herramienta fundamental de la promoción de salud, se puede obtener logros en cuanto a conductas saludables, en este caso, en los adolescentes del consultorio medico de la familia de barrio nuevo.

Es por esto que se elabora el presente Programa de: intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia con el cual pretendemos elevar el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre embarazo en la adolescencia. A continuación brindaremos una guía facilitadora de las actividades, a realizar para así obtener una mayor eficacia en nuestro trabajo educativo.

Pretendemos brindar una guía facilitadora de las actividades, compartiéndolas con ustedes para obtener una mayor eficacia en nuestro trabajo educativo. A continuación describiremos cada una de ellas.

1ra sesión:

Objetivo general:

Dar a conocer el contenido del Programa Educativo sobre embarazo en la adolescencia

Objetivos Específicos:

Lograr que los integrantes del grupo:

Se conozcan e integren de manera óptima.

Conozcan el propósito del Programa.

Recoger expectativas

Aplicación del formulario modelo " antes ".

Procedimientos

Presentación del programa y conocimiento del grupo.

Aplicación del formulario modelo " antes ".

Medios utilizados:

Cartulina.

Cuestionario hoja y lápiz.

Tiempo: 45 minutos

2da sesión:

Objetivo general:

Anatomía y Fisiología del adolescente.

Objetivos Específicos:

Aspectos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino.
Respuesta sexual humana. Ciclo menstrual.

Procedimientos: Exposición oral del tema.

Medios utilizados: Pizarra, video

Tiempo: 45 minutos

3ra sesión:

Objetivo general:

Sexo y sexualidad

Objetivos Específicos:

Sexo y sexualidad. Concepto. Tipos de sexualidad. Funciones de la sexualidad

Procedimientos: Dinámica grupal

Medios utilizados: Pizarra, video

Tiempo: 45 minutos

4ta sesión:

Objetivo general: Embarazo en la adolescencia

Objetivos Específicos:

Fecundación. Concepto. Riesgos, complicaciones, limitaciones, recuperación social de este fenómeno.

Procedimientos: Charlas

Medios utilizados: Pizarra, retroproyector

Tiempo: 45 minutos

5ta sesión:

Objetivo general:

Aborto

Objetivos Específicos:

Concepto, riesgos, indicaciones y contraindicaciones complicaciones más frecuentes. El aborto en adolescentes como método anticonceptivo.

Procedimientos: Charlas

Medios utilizados: Pizarra, video

Tiempo: 45 minutos

6ta sesión:

Objetivo general:

Planificación familiar y anticoncepción

Objetivos Específicos:

Métodos anticonceptivos

Procedimientos

Indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas de cada uno. Anticonceptivos más y menos seguros como usarlos y adquirirlos.

Medios utilizados: Pizarra, video

Tiempo: 45 minutos

7ma sesión:

Objetivo general:

Maternidad y Paternidad responsable

Objetivos Específicos:

Concepto. Análisis de los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo conocer la responsabilidad afectiva y económica y aspectos negat.-vos y positivos en la crianza de un hijo.

Procedimientos: Cine debate

Medios utilizados: Video

Tiempo: 45 minutos

8va sesión:

Objetivo general:

Objetivos Específicos:

Balance final del grupo y evaluación del aprendizaje.

Procedimientos

Conocer satisfacción e insatisfacción de los participantes con el curso

Pedir problemas detectados y sugerencia.

Aplicación del formulario modelo " después ".

Medios utilizados: Cuestionario hoja y lápiz.

Tiempo: 45 minutos

ANEXO # 4: .Modelo de consentimiento por escrito del representante legal.

Título del Trabajo:

Yo:

—
(Nombre y Apellido del paciente.

Estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo del Programa de intervención educativa: intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia.

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada sobre el estudio.

He podido hacer todas las preguntas con respecto a la investigación.

He quedado satisfecha, con las respuestas ofrecidas.

He recibido suficiente información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

5.1- Cuando lo desee.

5.2- Sin tener que dar explicación.

5.3- Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

He tenido contacto con la Lic. Gloria García López

Por expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el modelo.

Dirección_____

Firma_____

PREGUNTAS

- 1-¿A que atribuye usted que a pesar de los esfuerzos realizados por las diferentes entidades el embarazo en la adolescencia continúa incrementando?
- 2-¿Qué utilidad le aporato en la confección de su trabajo utilizar el método histórico-lógico?
- 3-¿Cuál es su opinión acerca del trabajo de la consulta de riesgo reproductivo y preconcepcinal, si se toma en cuenta los resultados de la investigación?