



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"JOSE ASEFF YARA"
POLICLINICO UNIVERSITARIO NORTE
"DIEGO DEL ROSARIO PADILLA"
MORÓN

*INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL
CONSULTORIO 25, POLÍCLINICO SUR,
MORÓN.*

Autora: Lic. Nilvia Galvez Leiva

Tutora: Esmircy Jiménez Centeno.

Asesora: Yanet Gonzales Reyes .

**TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TITULO DE MASTER EN
ATENCION INTEGRAL A LA MUJER .**

**MORÓN
2010**

REPUBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"JOSE ASEFF YARA"
POLICLINICO UNIVERSITARIO NORTE
"DIEGO DEL ROSARIO PADILLA"
MORÓN

*INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DEL
CONSULTORIO 25, POLÍCLINICO SUR,
MORÓN.*

Autora: Lic. Nilvia Galvez Leiva
Especialista en Enfermería Comunitaria.

Tutora: Msc. Esmircy Jiménez Centeno
Especialista en Primer Grado en MGI.
Profesor Instructor.

Asesora: Msc. Yanet Gonzales Reyes.
Especialista en Primer Grado en MGI.
Profesor Instructor.

**TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TITULO DE
MASTER EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER .**

**MORÓN
2010**

Pensamiento

La mujer es el taller natural donde se forjó la vida. Son por excelencia las creadoras del ser humano (...) lejos de ser objeto de la discriminación y de la desigualdad, las mujeres merecen especiales consideraciones de la sociedad.

Fidel Castro Ruz

Dedicataria

Dedico este trabajo

A mis familiares en especial a mi mamá, a mis profesores y amigos, por su dedicación, apoyo, esfuerzo y exigencia, los que supieron transmitirme conocimientos y ayuda para la culminación de mis estudios.

Agradecimientos

The word 'Agradecimientos' is rendered in a large, bold, sans-serif font. Each letter is filled with a different color from a rainbow spectrum, starting with magenta for 'A', transitioning through red, orange, yellow, green, and blue, and ending with purple for 's'. The letters have a slight 3D effect, with a soft, grey shadow cast beneath them, suggesting they are floating above a surface.

Para hacer realidad este proyecto he necesitado la valiosa, entusiasta y oportuna ayuda de numerosos compañeros, a los que ofrezco mis más sinceros agradecimientos, en especial a mi tutora.

A mi Mamá, que me ha apoyado e incentivado con su quehacer cotidiano estos esfuerzos.

A todos gracias.

Resumen

RESUMEN

El nivel de conocimiento del embarazo en las adolescentes se ha visto afectada por la carencia de alternativas educativas que favorezcan a su prevención, esto constituye un paso importante en la investigación. Ante semejante reto, esta investigación propone abordar como **problema científico** ¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en adolescentes del consultorio 25, perteneciente al policlínico universitario Sur, del municipio Morón? En función a lo anterior se precisa como **objeto** Embarazo en la adolescencia y el **objetivo** elaborar una estrategia de intervención educativa que contribuya a la elevación del nivel de conocimiento de las jóvenes, y el **campo de acción** los riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa antes-después con el objetivo de elevar los conocimientos sobre embarazo a un grupo de adolescentes (10-19 años) del Consultorio médico de la familia 25, del área de salud del policlínico universitario Sur de Morón, en el periodo comprendido de enero 2009 a junio del 2010. El universo quedó constituido por las adolescentes femeninas (N=75), la muestra quedó conformada por las adolescentes (N=33) que cumplieron con los criterios de inclusión. La muestra se dividió en dos grupos, se tuvo en cuenta, edad de los adolescentes. Este fraccionamiento nos facilitó que el lenguaje fuera adecuado según intereses de la muestra y nos permitió trabajar de una forma más fácil e íntima. La intervención educativa se apoya en diferentes métodos tanto empíricos como teóricos que permitieron su diagnóstico inicial y posteriormente corroborar el nivel de conocimientos alcanzados sobre el embarazo en las adolescentes.

PALABRAS CLAVES

ADOLESCENCIA, EMBARAZO EN ADOLESCENCIA, NIVEL DE CONOCIMIENTO, INTERVENCION EDUCATIVA.

Indice

ÍNDICE

| No: | Pág. |
|--|-------------|
| Introducción..... | 1 |
| Objetivos..... | 5 |
| Capítulo I Fundamentación Teórica..... | 6 |
| Capítulo II Diseño Metodológico..... | 23 |
| Capítulo III Análisis y discusión de los resultados..... | 44 |
| Conclusiones..... | 59 |
| Recomendaciones..... | 60 |
| Referencias bibliográficas..... | 61 |
| Bibliografía Consultada..... | 64 |
| Anexos. | |

Introducción

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce la adolescencia como un grupo de población bien definido, sin embargo en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como una etapa de la vida con características propias ⁽¹⁾.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo solo el tránsito entre la niñez y la adultez un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial ^(1, 2).

En la actualidad la adolescencia se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales donde ocupan un lugar singular la velocidad con que aparecen y se desarrollan los caracteres sexuales secundarios cada vez a edades menores, por lo que la posibilidad de quedar embarazada más tempranamente en la mujer ha aumentado ⁽³⁾.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes. Resulta tan intensa y diversa, que por esa razón, no se disfruta a plenitud la mayoría de las veces. La madurez psicológica y la incorporación a la sociedad ya como adulto joven puede ocurrir más rápida o lentamente; pero la edad establecida por la Organización Mundial de la Salud oscila entre 10 y 19 años. Algunos la dividen en: adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) ⁽³⁾.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Es por ello que el embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud

pública de alcance mundial, por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo ⁽¹⁾.

Los demógrafos cubanos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad cubana y señalan que las mujeres están teniendo hijos en edades más temprana. En estudios realizados han encontrado un aumento dramático de porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa. El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 70 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen 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 gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además debemos añadir que alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y que el 50 % 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 ^(4, 5).

En estudios realizados en Cuba plantean que los embarazos terminados en abortos provocados son más frecuentes en las solteras. El 65% de las adolescentes en dicho estado conyugal alguna vez embarazadas terminaron su embarazo de esta forma. Por el contrario las casadas en estas edades, prácticamente no terminaron sus embarazos con abortos, solo el 3% de los embarazos de estas jóvenes término con una interrupción provocada ^(1, 2).

Otro aspecto de interés es la distribución regional del embarazo en la adolescencia. En nuestro país poco menos de la mitad de las adolescentes alguna vez embarazadas se localiza en las cinco provincias orientales. La región oriental presenta los más altos valores, lo que corresponde con el conocido patrón general de fecundidad en dichas regiones del país ⁽²⁾.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y sicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes ⁽³⁾.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente. Ante esta problemática el personal de salud cuenta con un arma poderosa la educación sexual que desarrolla el Sistema Nacional de Salud, ahora con el objetivo de preparar al individuo para una vida sexual más plena, evitar afecciones y estados médicos relacionados con la conducta sexual como las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo en la adolescencia y el aborto como medida anticonceptiva ⁽⁶⁾.

La educación de la sexualidad de las y los adolescentes que los "proteja de los

trastornos de la sexualidad", solo se logra mediante un proceso formador de saberes, normas, valores, actitudes, modos de comportamientos que les permita aprender a decidir que es lo factible, positivo que le permita crecer de manera plena, feliz y responsable y, a la vez, que los ayude hacer crecer a los que le rodean ⁽⁷⁾.

Nuestra área de salud no queda exenta de esta problemática, observándose un aumento del número de embarazos en esta etapa de la vida, según registros estadísticos en el año 2008 se realizaron 67 captaciones de embarazos en adolescentes y 83 abortos. De hecho un total de 150 adolescentes tuvieron algún embarazo.

Al conocer que hay un incremento de embarazo en las adolescentes y que presentan una baja responsabilidad para prevenirlos estamos seguros que la intervención fue factible, ya que pudimos lograr después de aplicada la intervención, que los adolescentes elevaran el nivel de conocimiento necesario para prevenir los embarazos, mejorando los diferentes comportamientos, que les permitieron aprender a decidir qué es lo factible, lo positivo, logrando crecer de manera plena, feliz y responsable, enfrentándose de manera conciente a la prevención de los embarazos y mejorar su calidad de vida.

Problema científico:

¿Cómo contribuir al aumento del nivel de conocimiento sobre el embarazo en adolescentes del consultorio 25, perteneciente al policlínico universitario Norte del municipio Morón?

Objeto:

Embarazo en la adolescencia.

Campo de acción:

Riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Hipótesis:

Con la aplicación de un programa de intervención educativa centrada en el sujeto, utilizando métodos que impliquen afectivamente a los adolescentes, se contribuye al aumento del nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia y los comportamientos sexuales responsables en los adolescentes pertenecientes al consultorio 25 ubicado en el área Sur del Municipio Morón.

OBJETIVOS

2.1 General:

Implementar un programa de intervención educativa que contribuya al aumento del nivel de conocimientos sobre embarazo en los adolescentes del consultorio 25.

2.2 Específicos:

2.2.1 Determinar el universo de estudio según variables de interés:

- Edad.
- Escolaridad.
- Relaciones sexuales.
- Edad de la primera relación sexual.
- Antecedentes de embarazo.
- Uso de métodos anticonceptivos.

2.2.2 Diagnosticar los conocimientos que poseen los adolescentes de las Variables estudiadas.

2.2.3 Elaborar un programa de intervención educativa con acciones que contribuyan al conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia

2.2.3 Aplicar el programa de intervención educativo diseñado a los adolescentes

2.2.4 Conocer la opinión de los adolescentes sobre el programa de intervención educativa.

Capítulo I Fundamentación Teórica

The title 'Capítulo I Fundamentación Teórica' is rendered in a bold, sans-serif font. Each letter is filled with a different color from a rainbow spectrum, starting with purple for 'C', transitioning through red, orange, yellow, green, and blue. The text is presented in a 3D perspective, with a soft, grey shadow cast beneath it, giving it a floating appearance against the white background.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la transición de la niñez a la edad adulta, que está marcada por cambios físicos, emocionales, mentales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez de adulto ^(2,3). Por lo tanto y siguiendo los criterios de la OMS, la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales ⁽³⁾.

La adolescencia, en particular, ha sido llamada período de la pubertad, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “*pubertas*” y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que prepara al sujeto para la procreación. Sin embargo, en la actualidad existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo ⁽⁵⁾.

En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propio de la vida adulta, tanto en lo referido en la esfera profesional, como otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelven.

Hay muchos estudios que proponen determinados límites etéreos para categorizar la etapa de la adolescencia; así, por ejemplo, mientras para González H. la adolescencia, que el autor denomina edad escolar media, transcurre de 11-12 años a 13-14 años y la juventud o edad escolar superior de los 14 a los 18 años, para Peláez P. J., la adolescencia se enmarca de 11-12 años a 14-15 años y la juventud 14-15 años a 23-25 años ⁽⁵⁻⁷⁾.

Sin negar el valor de las anteriores consideraciones, creemos importante enfatizar que, la adolescencia y la juventud constituyen ante todo “edades psicológicas”.

Estas variadas concepciones sobre la adolescencia y la juventud comienzan a surgir a finales del siglo XIX, cuando estas etapas se convierten en temas de interés para las ciencias psicológicas.

En el pasado la terminología relacionada con las edades tampoco fue única. Así, en el diccionario de la lengua de V. Da, la palabra “joven” se define como “pequeño”, muchacho de 15 a 20 años y más, y la palabra “adolescente” como “niño en la adolescencia”, alrededor de los 14-15 años. I. Tolstoi en la trilogía considera los 15 años como límite cronológico entre la adolescencia y la juventud ^(8, 9).

El concepto de juventud siempre ha estado estrechamente relacionado con el concepto de pubertad, cuyo proceso biológico central es la maduración sexual.

En fisiología este proceso se divide convencionalmente en tres fases ⁽¹⁰⁾.

1. Período de la prepubertad o preparatoria. Se relaciona con preadolescencia
2. Período propiamente de la pubertad. Durante el cual se efectúan los principales procesos de madurez sexual (adolescencia).
3. Período posterior a la pubertad. Cuando el organismo alcanza la completa madurez biológica (juventud).

Para nadie es un secreto que la adolescencia y la juventud se consideran un período crítico de desarrollo y una de las principales razones en que se sustenta esta valoración es la presencia de contradicciones entre la adolescencia y los adultos.

Muy vinculada al problema antes mencionado, aparece la llamada “crisis de la adolescencia” como aspecto distintivo de este período. Es una crisis de carácter psicológico que expresa la contradicción existente entre las potencialidades psicológicas crecientes del adolescente y las posibilidades reales para su realización.

Esta contradicción es provocada por la “posición intermedia” que ocupa el adolescente y es provocada por la necesidad de independencia y autoafirmación.

Todo lo antes expuesto conlleva a que el adolescente tenga que realizar actitudes no seguras ante la sexualidad producto de la pésima comunicación con sus familiares y amigos más cercanos, esto es lo que provoca que tanto el adolescente como los jóvenes sean vulnerables a enfrentarse con un embarazo.

Dentro del cúmulo de problemas que hoy gravitan sobre los seres humanos figuran los concernientes a la etapa crucial de la adolescencia. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Es por ello que el embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo ⁽¹⁰⁾.

A medida que los adolescentes se convierten en adultos, toman en consideración las relaciones sexuales, el matrimonio y la paternidad como señales de madurez. Buscan información y claves relativas a la vida sexual de diferentes fuentes, experimentando su derecho a que se le prepare y se le abran los senderos para lograr el ejercicio de una vida rica, hermosa, plena de vivencias y experiencias, más sin embargo, si bien es cierto que los jóvenes reciben información de diferentes fuentes no deja de ser preocupante de que parte de ella sea errónea, incompleta y engañosa, lo que trae consigo en muchas ocasiones que surjan situaciones desagradables como los embarazos en esta etapa ⁽¹⁰⁾.

El incremento del embarazo y los partos en edades tempranas constituye un problema universal, pues de acuerdo con el centro de información sobre fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente ⁽¹⁰⁾.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones ⁽¹¹⁾:

1. *Estratos medio y alto*: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. *Estratos más bajos*: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. El aumento en la frecuencia de los embarazos a temprana edad, cuando aun no existe la preparación física ni psíquica para afrontar las exigencias de la maternidad, es debido a varios factores ⁽¹¹⁾:

1. Menarquia temprana: La menarquia y el inicio de los mecanismos endocrinos que permitan la reproducción, presentan a edades más tempranas que en generaciones previas. Esto lleva implícito el despertar sexual. En Colombia La menarquia ocurre en Promedio a los 12 años y la ovulación se regulariza en el año siguiente.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: Los actos impulsados por la maduración sexual, con una influencia del medio ambiente rico en estímulos eróticos, sumado al mala educación sexual. Pro familia, el Instituto de Seguro Social y el Instituto Nacional de Cancerología realizado en Colombia en 1993 la encuesta de conocimientos, actitudes y practicas para explorar los comportamientos de riesgos para la salud en los

adolescente entre 12 y 17 años, encontrando que el 17% de los adolescentes habían tenido coito, siendo mayores en los varones que no en las mujeres, la edad promedio para la primera relación sexual fue 13.4 años en varones y 14.3 para las adolescentes femeninas. Del total de adolescentes que habían tenido coito, el 52% habían quedado embarazadas.

3. Familia disfuncional: Monoparentales 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.

FACTORES DETERMINANTES

- 1 Relaciones sin anticoncepción.
- 2 Abuso sexual.
- 3 Violación.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares ⁽¹¹⁾.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron ⁽¹¹⁾.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan ⁽¹¹⁾.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias ⁽⁹⁾.

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. En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos ⁽¹²⁾.

En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo.

Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo ⁽¹²⁾.

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida ⁽¹²⁾.

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres ⁽¹²⁾.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención. En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser

padre". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "*huida*"⁽¹²⁾.

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida ⁽¹²⁾.

Consecuencias para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras posibilidades de lograr buenos empleos y sus alternativas de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales ⁽¹²⁾.

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. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia ⁽¹²⁾.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos inter genésico más cortos, eternizando el círculo de la pobreza ⁽¹²⁾.

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. 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 que cuenten con ello ⁽¹²⁾.

Consecuencias para el padre adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención 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 ⁽¹²⁾.

Estudios realizados hablan acerca de una relación existente entre el embarazo y las características sociodemográficas de las adolescentes. Algunos autores cubanos hacen referencia a que este tema ha sido poco explotado en las investigaciones realizadas en nuestro país, estableciéndose una asociación del embarazo en esta etapa de al vida ⁽⁵⁾:

- 1 Edad
- 2 Nupcialidad
- 3 Color de la piel
- 4 Nivel educacional
- 5 Principal actividad desempeñada
- 6 Anticoncepción
- 7 Características del lugar del nacimiento
- 8 Región y tipo de lugar de residencia

Las estadísticas muestran que el 18 % de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casados que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años ⁽¹³⁾.

La aparición de un embarazo en las edades adolescentes y la forma que concluye el mismo, parece estar vinculado al estado conyugal de estas mujeres ⁽²⁾. Algunos autores plantean que hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados, y un 40% no han vivido nunca una situación familiar estable ⁽¹⁴⁾.

Estudios realizados en Cuba plantean que los embarazos terminados en abortos provocados son más frecuentes en las solteras. El 65% de las adolescentes en dicho estado conyugal alguna vez embarazadas terminaron su embarazo de esta forma. Por el contrario las casadas en estas edades, prácticamente no terminaron sus embarazos con abortos, solo el 3% de los embarazos de estas jóvenes término con una interrupción provocada ⁽¹⁵⁾.

Los embarazos no planificados, sobre todo entre las mujeres no casadas, pueden conducir a realizar abortos en condiciones de riesgo. Las complicaciones de este tipo de aborto, por ejemplo, se representan entre el 40% y el 54% de las muertes maternas en Etiopía, Myamar, Senegal y Trinidad y Tobago ^(16, 17).

En Cuba las tasa de aborto muestran que los niveles más altos se concentran en los grupos de mujeres más jóvenes de 20 a 24 años y menores de 20 por este orden, en año 2000 se reporto una tasa de aborto de 33.6% en mujeres de 12 a 19 años. El aborto provoca riesgos físicos a pesar de realizarse en unidades hospitalarias. Primeramente la mujer se somete a un riesgo anestésico y quirúrgico. El cuello de útero sufre una dilatación brusca que puede provocar hemorragias, además que puede sufrir desgarramiento del cuello, sobre todo en aquellas muchachas que no han parido, pueden sufrir infecciones asintomáticas provocando una infección tubárica por lo que la mujer puede quedar estéril. Además el aborto en específico puede producir afectaciones psíquicas a la mujer. Los deseos de tener un hijo o no tenerlo, están dados por diferentes motivos, que pueden constituir aspectos gratificantes o frustrantes según sea el caso ⁽¹⁷⁾.

Si los aspectos frustrantes tienen una mayor repercusión en la pareja es casi seguro que se produzca el aborto. Podemos afirmar entonces que la motivación hacia la

interrupción del embarazo, tiene una de sus fases en los aspectos frustrantes provocados por la crisis vital que significa la gestación ^(16,17).

El 74% de las jóvenes menores de 20 años que quedan embarazadas en Barcelona optan por abortar, según las conclusiones del Informe de Salud 2002, presentado por el Concejal de Salud del consistorio Barcelonés Ignasi Fina. La mayoría de las interrupciones del embarazo en este colectivo se produce en jóvenes que tienen entre 14 y 17 años de edad, cuyo estado conyugal es soltero o con unión consensual no estable ⁽¹⁸⁾.

Aunque la percepción de las adolescentes entorno a considerarse soltera o en unión conyugal pueden verse modificada a partir del surgimiento de un embarazo, lo que puede sesgar en alguna medida, los análisis realizados, la información expuesta brinda elementos a favor del predominio de los embarazos adolescentes fuera del matrimonio ^(2,3).

Al igual que la edad y la nupcialidad, el grupo étnico es otro de los factores que con relativa frecuencia es posible observar en los análisis que sobre embarazo y fecundidad se realizan en algunos países ⁽⁵⁾.

En Cuba no se considera la existencia de grupos étnicos claramente identificados, pues la población autóctona fue exterminada totalmente durante la colonización española, sin embargo, algunos rasgos físicos de las personas vinculadas a la población que se asentó posteriormente en el país blancos europeos y negros africanos básicamente han sido captados en investigaciones con coberturas nacionales, tales como el censo de población y vivienda de 1981 y la encuesta nacional de fecundidad de 1987, lo que ha permitido la realización de algunos de los análisis de interés al respecto ^(2,3).

El nivel de educación formal es un factor recurrente presente en las investigaciones sobre fecundidad por el probado efecto diferencial que ejerce sobre las manifestación de esta variable demográfica ^(1,5).

El embarazo en la adolescencia presenta una relación inversa con el nivel educacional. Al respecto se observa que se presentan más de 3 veces adolescentes con alguna gestación entre las que poseen un nivel de primaria terminada o inferior que entre las que tienen un nivel medio superior ⁽⁵⁾.

La amplia cobertura educativa en Cuba, permite considerar que la mayor parte de las adolescentes se encuentran cursando estudios en los diferentes centros de enseñanza del país, y la aparición de un embarazo representa un obstáculo para las aspiraciones de las jóvenes ⁽⁵⁾.

La información de la situación ante el embarazo por nivel educacional en nuestro país indica que los embarazos adolescentes se encuentran fundamentalmente, en las jóvenes con nivel básico, lo que se corresponde con la estructura educacional de la población de 15 a 19 años del país ⁽⁵⁾.

Algunos autores estiman que el embarazo y el parto alteran el desarrollo psicosocial normal de los adolescentes y que los conflictos escolares resultan inevitables e influyen notablemente en su preparación técnica y profesional. Otros investigadores han planteado la relación existente entre el nivel educativo de la mujer y la edad de la primera maternidad. El nivel educativo alto plantea así automáticamente la postergación de la primera maternidad, en tanto que la baja escolaridad y la deserción escolar, adelantan las relaciones sexuales y el riesgo de embarazos en la adolescencia ^(10, 19, 20, 21).

En condiciones de amplio acceso a métodos anticonceptivos eficientes y de posibilidades de superación profesional para las jóvenes que condicionan, en general, el que sea poco deseable convertirse en madres solteras en edades tempranas, los niveles de embarazos se mantienen elevados, lo que puede ser consecuencia de deficiencias en el uso efectivo de los métodos anticonceptivos ⁽⁵⁾.

Estudios de investigación señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo distintivo de la vida de los adolescentes y que no puede considerarse como una posibilidad remota limitada exclusivamente aun pequeño número de

adolescentes inmorales o promiscuas ⁽⁹⁾.

A pesar de los incuestionables logros de la educación sexual entre las adolescentes las limitaciones al respecto aún existente y vinculado a ello la forma usan los métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales algunas de estas mujeres, se presenta como un factor que condiciona en mayor grado la posibilidad de ocurrencia de un embarazo entre las adolescentes. De esta forma, las jóvenes que usan ineficientemente los anticonceptivos presentan 15 veces más experimentar una gestación que las que hacen uso eficientes de los mismos ⁽⁵⁾.

Otro aspecto de interés es la distribución regional del embarazo en la adolescencia. En nuestro país poco menos de la mitad de las adolescentes alguna vez embarazadas se localiza en las cinco provincias orientales.

La región oriental presenta los más altos valores, lo que corresponde con el conocido patrón general de fecundidad en dichas regiones del país ^(2, 3). Algunos autores plantean que en las zonas rurales la precocidad del embarazo es mayormente por desconocimiento y por repetición generacional de esta conducta ^(19, 20, 21). El tipo de lugar de nacimiento parece ejercer algún efecto en el embarazo adolescente presentándose una relación inversa entre el nivel de urbanización en que la mujer se socializo y las posibilidades de tener un embarazo temprano ⁽⁵⁾.

Podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud, y sobre todo de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantizara un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su futura descendencia, y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad ⁽²⁾.

Solo un proceso educativo sexual que los involucre y comprometa en su propia formación desarrollo, que los capacite para elegir protagónicamente, tomando de manera progresiva, en la medida en que logra la madurez para ello, las riendas de su

vida, con una profunda conciencia crítica de la trascendencia de sus actos, potenciará en las y los adolescentes el desarrollo de una sexualidad plena, auténtica y responsable ⁽⁸⁾.

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 la responsabilidad que conlleva, ante sí mismo y los demás, sus actos y decisiones ⁽⁸⁾.

La intervención educativa se concibe como "el conjunto de técnicas para informar y facilitar la reflexión acerca del estilo de vida, las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos.

" Dicha intervención va dirigida a la modificación de estilos de pensamientos, creencias y puntos de vistas, que conforman el componente cognitivo de las actitudes ^(11,12).

La educación de la sexualidad de la joven generación y en particular de las y los adolescentes, comienza con la sensibilización de los propios educadores y educadoras, en la interiorización de la necesidad de prepararlos con efectividad para enfrentar cada vez de manera más independiente esta trascendental etapa de su vida ⁽⁸⁾.

Actualmente existen varios modelos de prevención del embarazo en la adolescencia. Los programas tienden a enfocarse en un procedimiento particular al tema en cuestión o utilizan una combinación de varios de ellos. La gran mayoría de estos programas de prevención del embarazo en la adolescencia utilizan métodos que típicamente se ajustan dentro de las siguientes categorías ⁽²²⁾.

1 Programas de educación para la abstinencia: Que estimulan a los jóvenes posponer la iniciación sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduros y preparados para manejar la actividad sexual de una forma responsable y hasta que se sientan capaces de llevar con responsabilidad un posible embarazo.

- 2 Programas basados en el conocimiento: Dirigidos a enseñar a los adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales y suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos.
- 3 Programas 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 las escuelas que ofrecen una gama completa de servicios de salud ambulatorios.
- 4 Programas 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 de las urgencias físicas confrontadas en las relaciones sentimentales.

Así se pueden luego animar a otros adolescentes a resistirse a las normas 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 de 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 ^(5, 6, 7, 22)

ALCANCE COMUNITARIO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Desde el punto de vista comunitario el embarazo y sus consecuencias fundamentalmente en las adolescentes representan un gran problema de salud, por lo que se propone con esta estrategia de intervención educativa para elevar de manera profunda los conocimientos sobre el embarazo, para que una vez preparados sean capaces de modificar sus modos de actuación y así tener una conducta responsable ante la problemática planteada.

Capítulo II Material y Métodos

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio PRE-experimental de intervención educativa antes-después sobre embarazo, a los adolescentes (edades comprendidas entre 10-19 años) del consultorio médico de la familia 25, del área de salud del Policlínico Universitario Sur de Morón, en el periodo comprendido de enero 2009 a junio del 2010.

El universo estuvo constituida por todas las adolescentes del consultorio 25 **N =75**, la muestra quedó constituida por un total de **N=33** adolescentes, para un 44.0%, después de una selección al azar (muestreo aleatorio simple) que cumplió con los criterios siguientes:

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Estar de acuerdo en participar en la investigación.
- No estar becada.
- No estar embarazada.
- No tener Discapacidad Mental.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- No aceptar el estudio.
- Adolescentes que durante el transcurso de la investigación presenten 3 ó más ausencias a los encuentros planificados.
- Que durante el estudio desee retirarse.

Aspecto ético:

Cumpliendo con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada paciente. La discusión de las mismas se realizó mediante justificación de los objetivos propuestos, al compararlos con los resultados de otros estudios similares. Se emitieron conclusiones en correspondencia con los objetivos y recomendaciones.

Por último, se redactó un informe final se tuvieron en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. JOSÉ ASEFF YARA” de Ciego de Ávila

La investigación se dividió en tres etapas: Diagnóstico, Intervención y Evaluación Final.

Etapas Diagnóstica:

Para la ejecución del estudio en la primera etapa se estableció la comunicación con el Delegado de la circunscripción, con el objetivo de lograr la participación de las adolescentes, lo que quedó validado a través de un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio. (Anexo 1)

Se explicaron los objetivos del estudio y se aplicó una encuesta (Anexo 2), que permitió caracterizar la muestra de estudio teniendo en cuenta las siguientes variables: (objetivo 2.2.1)

Operacionalización de las variables:

1.- **Edad**: se consideraron los siguientes grupos etáreos según años cumplidos.

- ❖ 10 – 14 años
- ❖ 15 – 19 años

2.- **Escolaridad**: se consideraron los siguientes criterios:

- ❖ Primaria sin Terminar: Se consideraron aquellos que no habían concluido el sexto grado.
- ❖ Primaria Terminada: Se consideraron los estudiantes con sexto grado terminado.
- ❖ Secundaria sin Terminar: Se consideraron los adolescentes que no habían culminado el noveno grado.

- ❖ Secundaria Terminada: Se consideraron los adolescentes que culminaron el noveno grado.
- ❖ Preuniversitario sin Terminar: Se consideraron los adolescentes que no habían culminado el duodécimo grado.
- ❖ Preuniversitario Terminado: Se consideraron los adolescentes que culminaron duodécimo grado.

3.- Relaciones Sexuales: se consideraron los siguientes criterios:

- ❖ Tienen: todo adolescente que refirió haber tenido relaciones sexuales
- ❖ No tienen: todo adolescente que refirió no haber tenido relaciones sexuales.

4.- Inicio de las relaciones sexuales: Se consideró la edad que por primera vez refirió haber tenido relación sexual. Se evaluaron los siguientes criterios.

- ❖ De 10 a 14 años.
- ❖ De 15 a 19 años.

Se excluyeron las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.

5.- Antecedentes de embarazo: Se consideró todo embarazo producido antes del estudio sin importar la terminación del mismo.

- ❖ De 1 a 2 embarazos.
- ❖ Más de 2 embarazos.
- ❖ Sin antecedentes de embarazo.

Se excluyeron las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.

6.- Uso de método anticonceptivo: Se consideró la utilización de algún método anticonceptivo y se evaluó solo a las adolescentes con relaciones sexuales. Se evaluaron los siguientes criterios:

- ❖ Usan: aquellos adolescentes que usan anticonceptivos.
- ❖ No usan: aquellos adolescentes que no usan anticonceptivos.

Para dar salida al objetivo 2.2.2 a través de la encuesta, se identificaron los conocimientos sobre los diferentes temas de embarazo en la adolescencia (objetivo 2.2.3) lo que permitió definir los temas que se impartirán teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje que se detectaron. El mismo fue evaluado según la clave (Anexo 3).

Nivel de conocimientos (variable dependiente): Se evaluó:

Nivel de Conocimiento: La adquisición de conocimientos a través de la vida, de temas relacionados con el embarazo en las adolescentes.

Operacionalización de estas variables.

- Conocimientos de los distintos métodos anticonceptivos.
- Responsabilidad de la utilización de la anticoncepción en la pareja.
- Consecuencias de los abortos.
- Condiciones para tener relaciones sexuales.
- Peligro de tener relaciones sexuales sin protección.
- Consecuencias de los embarazos en la adolescencia.
- Nivel de conocimientos de forma general.

La encuesta tenía un total de 13 preguntas, de ellas seis midieron conocimientos, las preguntas 8 y 9 estuvieron relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos, la pregunta 10 esta relacionada con el aborto, las preguntas 11 y 12 estuvieron relacionadas con las relaciones sexuales y 13 sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia.

CLAVE DEL CUESTIONARIO:

Las preguntas se evaluaron en **BIEN, REGULAR o MAL**, y se le dio puntuación a cada una, al final sumaron 100 puntos.

8.- Conoces los distintos métodos anticonceptivos:

Posible respuesta: ASA, T de Cobre, Anillo, Multiload, tabletas anticonceptivas, inyecciones hormonales, condón masculino, condón femenino, esterilización quirúrgica femenina y masculina, Método del ritmo o calendario.

La pregunta se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde 7 a 8 métodos anticonceptivos (15ptos)

Regular: si responde 4 a 6 métodos anticonceptivos (10ptos)

Mal: si responde 1 a 3 métodos anticonceptivos.

Si responde negativamente 0 Pts.

9.- ¿Quién es responsable de utilizar los métodos anticonceptivos en la pareja?

La pregunta se evaluará de (20ptos)

Bien: si responde el inciso c) ó a) y b) (20pts)

Regular: si responde a) ó b) (15pts)

Mal: si responde d) (5pts)

Si la deja en blanco 0pts.

10.- Marca Con una X tres consecuencias de Abortos Provocados.

La pregunta se evaluará de (20ptos)

Bien: si responde a), c), e) (20ptos)

Regular: si responde a) y c) ó a) y e) ó c) y e) (15ptos)

Mal: si responde uno de los correctos (5ptos)

Si no responde ninguno de los correctos 0 Pts.

11.- ¿Cuales de las siguientes condiciones consideras necesaria para tener relaciones sexuales?

La pregunta se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde c), d), e) (15ptos)

Regular: si responde c) y d) ó c)y e) ó d)y e) (10ptos)

Mal: si responde uno de los correctos (5ptos)

Si no responde ninguno de los correctos 0 Pts.

12.- ¿Cuales son los peligros principales a los que se enfrentan las parejas jóvenes al tener relaciones sexuales sin protección? (Marca solo dos opciones)

La pregunta se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde a) y c) (15ptos)

Regular: si responde a) ó c) (10ptos)

Mal: si responde e) (5ptos).

Si no responde ninguno de los correctos 0 Pts.

13.- Marque las afirmaciones que consideres positivas.

La pregunta se evaluará de (15ptos).

Bien: si responde b), d), f) (15ptos).

Regular: si responde b) y d) ó b) y f) ó d) y f) (10ptos)

Mal: si responde uno de los correctos (5ptos)

Si no responde ninguno 0 Pts.

Para la evaluación final de la encuesta se tuvieron en cuenta los siguientes criterios.

- Buenos: entre 86 – 100ptos.
- Regulares: entre 70- 85ptos.
- Malos: menos de 70ptos.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr elevar el nivel de conocimientos en sectores de la población.

Operacionalización de esta variable:

Centrado en el sujeto: El adolescente es el centro de la actividad, siendo sujeto y objeto a la vez.

Comunicación horizontal: Cuando los elementos del conocimiento necesario se transmiten sin diferencia de nivel entre sujetos de diferentes estratos.

Métodos educativos: Son las vías y los modos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

Implicado afectivamente: Cuando no se limita el sujeto a conocer sobre el problema, sino que éste está relacionado con sus necesidades y motivos.

Etapas de Intervención

Se impartió un programa educativo (Anexo 4) prediseñado sobre el tema, al cual se le añadieron las necesidades de aprendizaje encontradas luego de la aplicación inicial de la encuesta (Anexo 2).

Para la realización de la intervención se dividió la muestra en dos grupos teniendo en cuenta la edad de los adolescentes, lo que influye en sus intereses y conducta. Un primer grupo se conformó con las adolescentes de 10 a 14 años y un segundo grupo de 15 a 19 años. Este fraccionamiento de la muestra nos facilitó el lenguaje adecuado según intereses de la muestra que nos permitió trabajar con un grupo menor, de una forma más fácil e íntima.

Los encuentros se realizaron quincenalmente (lunes, miércoles y viernes) y con una duración de 2 horas por un periodo de 5 meses. Se consideró el grupo como abierto,

por este motivo la asistencia fue variable, participaron en las sesiones los esposos, amigos y demás familiares que deseaban informarse y conocer sobre el embarazo y sus consecuencias, siempre que el grupo lo aceptó.

El proyecto de intervención educativa aplicado, se diseñó acorde a la base teórica, fundamentada en la necesaria activación de relacionar funcionalmente la autoconciencia y los procesos de reflexión, además de la valoración que haga el individuo y el trabajo educativo que pueda realizarse a través del trabajo en grupo.

La estructura de la metodología aplicada en las sesiones de trabajo no fue estática en relación con su diseño, el cual se realizó acorde a los objetivos específicos y dinámicos, según las necesidades del grupo. Se incorporaron técnicas educativas conocidas, ya fueran de animación, reflexivas o presentación, asociadas a algunos recursos técnicos incorporados para apoyar los objetivos de cada encuentro.

Programa educativo para incrementar los conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia, en las jóvenes del consultorio 25 área norte del Policlínico Universitario norte en morón.

Título: Actualización sobre embarazo en la adolescencia, riesgos y consecuencias.

Fundamentación: Podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud, y sobre todo de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizara un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su futura descendencia, y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. Solo un proceso educativo sexual que los involucre y comprometa en su propia formación desarrollo, que los capacite para elegir protagónicamente, tomando de manera progresiva, en la medida en que logra la madurez para ello, las riendas de su vida, con una profunda conciencia crítica de la trascendencia de sus actos, potenciará en las y los adolescentes el desarrollo de una sexualidad plena, auténtica y responsable.

En aras de garantizar un correcto comportamiento de las jóvenes en cuanto a su vida sexual y reproductiva, es que se elabora un programa que incluye un total de Siete (7) conferencias con actividades participativas y un tiempo de duración de 44 horas dirigido a adolescentes del Consejo Popular Este de Morón.

Objetivo General:

Elevar los conocimientos sobre embarazo en las adolescentes del consultorio25 del área norte, Morón, de manera tal que los conduzca hacia una sexualidad responsable.

Objetivos Específicos:

- Profundizar en los conocimientos necesarios para el desarrollo de habilidades de los riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia.
- Incrementar conocimientos que les permita mantener una sexualidad responsable.
- Desarrollar conocimientos y habilidades necesarios para la toma de decisiones ante un embarazo.

Requisitos de ingresos:

- Ser adolescente perteneciente al consultorio 25 área norte, Municipio Morón.
- Estar presentes durante la investigación.

Duración: 5 semanas.

Modalidad: Curso Municipal (TALLER).

Perfil del Egresado:

El egresado de este taller contará con los conocimientos necesarios para tener un adecuado comportamiento sexual y saber tomar la conducta adecuada ante la

vida. Resume los contenidos revisados en un ejercicio integrador que promueve la dinámica grupal y enfatiza la necesidad, factibilidad e importancia de evitar el embarazo en la adolescencia.

Estructura del plan de estudio y aspectos organizativos:

Semanas lectivas: 5

Frecuencia semanal: 3 de 2h cada una.

Total de horas: 25 h lectivas (80 general)

Se realizará en el Consultorio Tipo I Ubicado el Vaquerito , del Municipio Morón con una matrícula de 33 adolescentes.

El mismo se planificó de la siguiente forma

| Cursos | Fecha de inicio | Fecha de terminación |
|-------------|-----------------|----------------------|
| Primera vez | 07/02/09 | 14/03/09 |

Programa Analítico: Todos los temas que se expresan son tratados en el taller y se han preparados con aplicación a problemas de salud en relación con el embarazo en la adolescencia.

Sede: Consultorio 25 Tipo I, perteneciente al policlínico universitario Sur de Morón.

Durante cada clase teórico práctica o conferencia se aplicó la técnica de las caras (anexo 6) y cada dos encuentros el PNI (anexo 7).

ACTIVIDAD 1:

Tema 1: NORMAS PARA EL TRABAJO GRUPAL, INTERROGATORIO A LOS ADOLESCENTES SOBRE SUS EXPECTATIVAS.

Objetivo: Explicar la importancia del programa y como esta previsto, crear raport y empatía.

Tiempo: 1 hora.

Técnica: Trabajo en grupo. Técnica de Animación y presentación subjetivas.

Técnicas de las expectativas (Anexo 5).

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 2:

Tema 2: ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL ADOLESCENTE.

Contenido: Aspectos anatómicos del aparato. Reproductor Masculino y Femenino.
Respuesta sexual humana. Ciclo menstrual.

Objetivo: Consolidar conocimientos sobre la anatomía humana.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 1 hora.

Técnica: "Todo mezclado."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25.

ACTIVIDAD 3:

Tema 2: SEXO Y SEXUALIDAD

Contenido: Sexo y Sexualidad. Concepto. Tipos de sexualidad. Funciones de la Sexualidad. Características de la sexualidad. Principios éticos y morales que lo rigen. Conducta sexual de riesgo. Concepto. Consecuencias.

Objetivo: Profundizar en algunos aspectos de la educación sexual. Profundizar en los aspectos relacionados con la higiene individual y con el embarazo.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "El correo."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25.

ACTIVIDAD 4:

Tema 4: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Contenido: Fecundación. Concepto. Riesgos. Complicaciones. Limitaciones. Repercusión social de este fenómeno. Historia del uso del aborto. Concepto. Riesgos. Indicaciones y Contraindicaciones. Complicaciones más frecuentes. Uso del aborto en adolescentes como método anticonceptivo.

Objetivo: Consolidar conocimientos sobre la anatomía humana y complicaciones de los abortos y del embarazo en la adolescencia.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "Todo mezclado."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescente del consultorio 25.

ACTIVIDAD 5:

Tema 5: PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN.

Contenido: Planificación familiar. Concepto. Concepto de anticonceptivos. Tipos de métodos anticonceptivos. Indicaciones y contraindicaciones. Ventajas y desventajas de cada uno. Anticonceptivos más y menos seguros. Como usarlos y adquirirlos.

Objetivo: Consolidar conocimientos sobre la anatomía humana.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "Todo mezclado."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25.

ACTIVIDAD 6:

Tema 6: MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE

Contenido: Concepto. Análisis de los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo. Conocer la responsabilidad afectiva, económica y aspectos positivos-negativos en la crianza de un hijo. Relaciones de parejas. Selección de pareja. Comunicación entre pareja. Valores asociados a la selección de la pareja.

Objetivo: Profundizar conocimientos sobre la sexualidad humana y la responsabilidad ante los hijos.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "El noticiero" (3 minutos).

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25

ACTIVIDAD 7:

Tema 7: EVALUAR CRITERIOS DE LA ACTIVIDAD EN GRUPOS (ANEXO 5)

Objetivo: Evaluar los criterios de los adolescentes sobre la actividad grupal.

Tiempo: 30 Minutos.

Técnica: "Las caras". (Anexo 6)

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25

ACTIVIDAD 8:

Tema8: EVALUACIÓN DEL GRUPO

Objetivo: Evaluar los criterios de los adolescentes sobre la actividad grupal.

Tiempo: 30 minutos.

Técnica: "El PNI." (Positivo, negativo, interesante) (ANEXO 7).

Medio: Papel, lápices o lapiceros, goma, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25

ACTIVIDAD 9:

Tema 9: CIERRE Y EVALUACIÓN.

Tiempo: 60 minutos.

Objetivo: Conocer lo positivo, negativo e interesante de nuestro programa.

Medio: Cartulinas y plumones

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25.

ACTIVIDAD 10:

Tema 10: OPINIONES DEL PROGRAMA (ANEXO 8)

Tiempo: 60 minutos.

Objetivo: Conocer opiniones individuales acerca de nuestro programa.

Medio: Papel, lápices o lapiceros, goma, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio 25.

ACTIVIDAD 11:

Tema 11: ACTIVIDAD INTEGRADORA FINAL

Tiempo: No limitado.

Objetivo: Despedir el programa educativo.

Medio: Grabadora, cartulina TV, videos y CD.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva..

Participantes: Adolescentes.

Métodos generales:

Conferencias, Clases Prácticas, Talleres, Debates en grupos y Trabajo de terreno.

Profesores:

Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Especialista en Enfermería Comunitaria

Msc. Esmircy Jiménez Centeno.

Especialista en Primer Grado en MGI

Promotores del CMPES.

PROGRAMA DE CLASES

| Tema | Contenido | Tipo de enseñanza | | | | Total de Horas | Profesor |
|---------------------|--|-------------------|------|-----|--------|----------------|--|
| | | Conf. | CTPP | SEM | Taller | | |
| 1 | Presentación del programa, se aplica la encuesta | 1 | | | | 1 | Lic. Nilvia Galvez Leiva. y Promotores CMPES |
| 2 | Anatomía y fisiología del adolescente. | 1 | 1 | | 2 | 4 | Lic. Nilvia Galvez Leiva. y Promotores CMPES |
| 3 | Sexo y sexualidad | 2 | 2 | | 2 | 4 | Lic. Nilvia Galvez Leiva. y Promotores CMPES |
| 4 | Embarazo en la adolescencia | 2 | 2 | | 2 | 4 | Lic. Nilvia Galvez Leiva. y Promotores CMPES |
| 5 | Planificación familiar y anticoncepción. | 2 | 2 | | 2 | 4 | Lic. Nilvia Galvez Leiva. y Promotores CMPES |
| 6 | Maternidad y paternidad responsable | 2 | 2 | | 2 | 4 | Lic. Nilvia Galvez Leiva. y Promotores CMPES |
| Total docencia | | 12 | 11 | | 12 | 25 | |
| Horas totales curso | | | | | | 80 | |

Evaluación: Cuanti-cualitativa.

- La asistencia y puntualidad.
- La participación, habilidades demostradas durante el desarrollo del curso.

Se aplicó también una encuesta para conocer que esperaban del programa educativo (Anexo 5).

Se aplicó una encuesta para evaluar la evolución del programa educativo y del trabajo en grupo a través de (Anexo 6 y 7).

Etapa Evaluativo

Se aplicó una encuesta 6 semanas después de terminado el Programa Educativo (Anexo 2), el cual fue evaluado de la misma forma y permitió determinar la variación en el nivel de conocimientos sobre el tema, luego de la intervención.

Para dar salida al objetivo 2.2.4 se aplicó la encuesta (Anexo 8) lo que permitió evaluar la opinión de los adolescentes sobre el programa educativo.

Técnicas y Procedimientos:

Obtención de la Información:

Toda la información necesaria para el trabajo se recogió a partir de la aplicación del cuestionario inicial (encuesta), el cual se validó en una representación de la muestra (10%), instrumento que se aplicó después de la etapa de intervención como test final.

Procesamiento y Análisis:

Discusión y Síntesis de los resultados:

La estructura de la metodología aplicada en las sesiones de trabajo no fue estática en relación con su diseño, el cual se realizó acorde a los objetivos específicos y dinámicos, según las necesidades del grupo. Se incorporaron técnicas educativas conocidas, ya fueran de animación, reflexivas o presentación, asociadas a algunos recursos técnicos incorporados para apoyar los objetivos de cada encuentro.

Los datos obtenidos al ser computados fueron vaciados en cuadros estadísticos para la presentación. Las técnicas estadísticas utilizadas, fueron las medidas de resumen

para variables cualitativa (porcentaje %), se calcularon la media y la desviación estándar en cada momento para su comparación. Además se calculó el estadígrafo Z para $N > 33$ en las tablas que resumen la variable del nivel de conocimiento para responder a la interrogante de la investigación donde:

Ho: Los cambios ocurridos en el nivel de conocimiento que se constatan en el segundo momento (después) no se deben a la intervención educativa aplicada.

H1: Los Cambios ocurridos en el nivel de conocimiento que se constatan en el segundo momento (después) se deben a la intervención educativa aplicada.

$$Z = \frac{X - V}{\sigma / \sqrt{n}}$$

Si el valor de la Z calculada es menor que Z la tabulada ($Z_c < Z_t$) se acepta Ho.

Si el valor de la Z calculada es mayor que Z la tabulada ($Z_c > Z_t$) se rechaza Ho.

Se trabajó con un nivel de significación de 0.05; el valor de Z tabulada es para esta prueba de dos colas de 1.96 y -1.96.

Además se estimó el intervalo de confianza para tener la certeza de que la media de la población se encuentra con una probabilidad del 95% en el intervalo calculado.

$$IC = Z \pm \sigma / \sqrt{n}$$

Para realizar estos cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10, la base de datos fue realizada en Microsoft Excel y la elaboración del texto y los gráficos en Microsoft Word.

Los métodos y técnicas empleados en la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

El método **histórico- lógico**: en la determinación de la evolución de los embarazo.

El método **analítico- sintético**: para la caracterización del nivel de conocimientos que tienen las adolescentes del consultorio 25 del área Sur de Morón, sobre el embarazo y sus consecuencias, así como para la interpretación de la información obtenida por los métodos empíricos.

El método **inductivo- deductivo**: para concretar los supuestos teóricos para la aplicación de las acciones del programa de intervención educativa.

El método **sistémico- estructural- funcional**: en la explicación del objeto de la investigación y la modelación del campo de acción, en la concepción de la estructuración del programa de intervención.

El método **dialéctico- materialista**: en la determinación de las relaciones contradictorias que se dan en el objeto y que constituyen una fuente de desarrollo como base metodológica de la investigación.

Métodos y técnicas del nivel empírico:

La **encuesta** para determinar el nivel de conocimiento sobre el embarazo, sus consecuencias en las adolescentes del consultorio 25, del área Sur de Morón.

El **estadístico**: el porcentual que permite comparar los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial y final.

La **observación**: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar el programa de intervención educativa que logre resolver el objetivo general de la investigación

APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

La investigación tiene como un propósito inicial conocer el nivel de conocimientos que tienen las adolescentes sobre el embarazo y una vez realizado el diagnóstico inicial instruir las sobre el tema, brindándole la información disponible con la finalidad

de elevar el conocimiento a través de una intervención educativa apoyada en medios de enseñanzas.

Los participantes de forma voluntaria y anónima, accedieron a llenar encuestas antes y después de la intervención, lo que nos dio la oportunidad de evaluar la dimensión psicopedagógica del programa elaborado.

El programa de intervención tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto.

Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, y tener en cuenta la ley de la pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita la instrumentación de acciones concretas para lograr un objetivo definido, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo, estos componentes de la pedagogía permitieron dar coherencia a las acciones diseñadas en el programa y se utiliza como forma organizativa predominante el taller que permite el intercambio directo y abierto con todos los participantes así como, hace posible que los contactos entre los miembros de grupo sean más abiertos y estrechos a partir de acciones que propician un ambiente favorable y parte de diagnosticar el nivel de conocimiento que posee el sujeto, pero también de sus intereses, motivaciones y necesidades, sobre la base de los principios para la dirección del proceso pedagógico los cuales se analizaron por la autora atendiendo a las características encontradas en el proceso investigativo y a los resultados del diagnóstico inicial.

La responsabilidad del nivel de conocimiento de las adolescentes, sobre el embarazo es compartida por la familia, los trabajadores y los medios de difusión masiva, lo que facilitará aplicar programas bien diseñados y aplicables de forma masiva en las áreas de salud con una adecuada dispensarización a través del Médico de Familia.

CONTROL SEMANTICO.

Aborto: Interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable ⁽³⁰⁾.

Abuso: Uso erróneo, maltrato o uso excesivo.... Puede tomar la forma de abuso verbal, abuso sexual, maltrato físico o anulación psicológica ⁽³⁰⁾.

Adolescencia: La OMS define “La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fase, la adolescencia temprana 10-14 años y la adolescencia tardía 15-19años”⁽²³⁾.

Anticoncepción: Prevención de la concepción o fecundación ⁽³⁰⁾.

Anticonceptivo: Que disminuye la probabilidad de concepción o que la evita ⁽³⁰⁾.

Complicación: Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente ⁽³³⁾.

Embarazo: Condición de tener un embrión o un feto en desarrollo en el cuerpo, después de la unión de un ovocito y un espermatozoide ⁽³⁰⁾.

Intervención: Interposición o interferencia en los asuntos de otro para alcanzar un objetivo o propósito ⁽³¹⁾.

Intervención Educativa: Se concibe como “el conjunto de técnicas para informar y facilitar la reflexión acerca del estilo de vida, las relaciones interpersonales y la crianza de los hijos”. Dicha intervención va dirigida a la modificación de estilos de pensamiento, ciencias y puntos de vistas, que conforman el continente cognitivo de las actitudes ⁽²⁵⁾.

Violación: Ataque o abuso sexual, acto sexual (penetración anal o vaginal) realizado contra la voluntad y el consentimiento del individuo ⁽³²⁾.

Análisis y discusión

de los

resultados

CAPÍTULO III:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA 1: Distribución de los adolescentes según grupo de Edad del consultorio 25, Policlínico Sur, Morón.

| Grupo de Edades | No | % |
|-----------------|-----------|-------------|
| 10-14 | 12 | 36.3 |
| 15-19 | 21 | 63.7 |
| Total | 33 | 100.0 |

En la tabla 1 podemos apreciar que de 33 adolescentes estudiadas **21** para un **63.7%** pertenecen al grupo de 15-19 años y 12 para un 36.3% al grupo de 10-14 años.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo solo como un transito entre la niñez y la adultez sin dedicarle mayor preocupación, en la actualidad se considera como una 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 ya que se producen importantes cambios en esta etapa de la vida que conducen al individuo hacia la madurez del adulto ^(1, 2, 23, 24).

Nuestros resultados coinciden con los encontrados por Reyes M. A. al encontrar que el 54,6% de su muestra pertenecía al sexo femenino y se encontraban entre 15 y 19 años ⁽²⁵⁾.

TABLA 2: Distribución de los adolescentes según Escolaridad.

| Escolaridad | No | % |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Primaria sin terminar | 1 | 3.0 |
| Primaria Terminada | 5 | 15.1 |
| Secundaria sin terminar | 2 | 6.1 |
| Secundaria Terminada | 20 | 60.7 |
| Preuniversitario sin terminar | 1 | 3.0 |
| Preuniversitario Terminado | 4 | 12.1 |
| Total | 33 | 100.0 |

En la tabla 2 se observa que el **60.7%** de las adolescentes estudiadas tenían un nivel educacional de secundaria básica terminada, seguido en orden decreciente por el nivel primario 15.1% y el preuniversitario terminado 12.1%.

Estos resultados coinciden con Reche. L. D. en su estudio en Ciro Redondo ⁽²³⁾ donde el mayor por ciento de su muestra presentaba un nivel secundario para un 48,4%. Al igual los de Fleites. R. L. en el municipio Enrique Varona ⁽²⁶⁾. Múltiples investigadores han señalado una relación directa entre el nivel educativo de la mujer y la edad de la primera maternidad. El nivel educativo alto, plantea así automáticamente la postergación de la edad de la primera maternidad en tanto que la baja escolaridad y la deserción escolar, adelantan las relaciones sexuales y el riesgo de embarazo en la adolescencia ^(5, 20,27). En un estudio realizado en el Policlínico docente de Playa coinciden con nosotros al encontrar que el mayor por ciento de adolescentes tenían un nivel de secundaria básica con un 49,5% ⁽²⁴⁾.

TABLA 3: Distribución de los adolescentes según Relaciones sexuales.

| Relaciones Sexuales | No | % |
|---------------------|-----------|-------------|
| Tienen | 21 | 63.6 |
| No Tienen | 12 | 36.4 |
| Total | 33 | 100.0 |

En la tabla 3 podemos encontrar que más de los adolescentes tienen relaciones sexuales **63,6%** y solo un 36,4% refirieron no haber tenido relaciones sexuales.

Algunos investigadores plantean que 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 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 potencialidades sexuales, sin correr riesgos innecesarios, tal capacidad física no implica en modo alguno capacidad psicológica y sociales para enfrentar una maternidad o paternidad responsable y feliz. Más del 80% de estos adolescentes mantienen relaciones sexuales de forma inadecuada e insegura, por lo que trae consigo, trastornos como los embarazos, maternidad y paternidad temprana, uniones consensuales sin la requerida madurez, los abortos y las enfermedades de transmisión sexual sin olvidar las consecuencias más o menos graves que para ellos y ellas, su familia y su contexto social implica estos fenómenos negativos ⁽¹⁾.

Estudios realizados con Ortiz L. C. donde un total de 833 adolescentes, refieren que el 90% habían iniciado ya sus relaciones coitales ⁽²⁸⁾

TABLA 4: Distribución de los adolescentes según Edad de la primera relación sexual.

| EDAD DE INICIO | No (N=33) | % |
|----------------|-----------|-------------|
| 10-14 años | 9 | 42.9 |
| 15-19 años | 12 | 57.1 |
| Total | 21 | 100.0 |

Nota: Se excluyeron las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.

Observamos en la tabla 4 que el **57.1%** de los adolescentes estudiados comenzaron sus relaciones sexuales entre los 15 y 19 años y un 42.9% entre los 10 y 14 años.

La bibliografía consultada habla a favor de una tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales, constituyendo una alarma para el personal de la salud que cuando los jóvenes acuden a consulta, por lo general, hay un embarazo no deseado, o una enfermedad de transmisión sexual y esto es una de las múltiples consecuencias que la deficiente instrucción sexual provoca ⁽²⁷⁾.

El Dr. Ortiz L. C. en su estudio encontró que más del 60% de sus adolescentes habían comenzado sus relaciones sexuales antes de los 17 años⁽²⁸⁾, por otra parte Reyes M. A. en un estudio realizado a 250 adolescentes de ambos sexos encontró que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en las muchachas fue de 14 años y en los muchachos a los 13 años, es decir que el mayor % de los adolescentes tuvo su 1era relación sexual entre los 10 y los 14 años ^(25,28). La encuesta demográfica y de salud de las mujeres llevada a cabo en Centro y Sudamérica, señala que un elevado por ciento de adolescentes en México, Guatemala, Quito, Salvador y Brasil tuvo sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años de edad ⁽²⁷⁾.

TABLA 5: Distribución de las adolescentes según Antecedentes de embarazo.

| Antecedentes de Embarazos | No (N=33) | % |
|---------------------------|-----------|-------------|
| 1 a 2 | 13 | 62.0 |
| Más de 2 | 3 | 14.2 |
| Sin antecedentes | 5 | 23.8 |
| Total | 21 | 100.0 |

Nota: Se excluyeron las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales.

En la tabla 5 podemos apreciar que la mayoría de las adolescentes que habían mantenido relaciones cóitales tenían antecedentes de embarazo, observándose que el **62.0%** de ellas habían tenido de 1 a 2 gestaciones, un 14.2% tenían experiencias de más de 2 gestaciones y solamente 5 para un 23.8 no reporto antecedentes de embarazo.

Reyes M. A. en su estudio encontró que el 41,9% de las muchachas habían estado embarazadas y 13 de ellas para un 22.8% llevó a término el embarazo ⁽²⁵⁾.

González G. H. en su estudio refiere que el 34,4% de las adolescentes entre 18 y 19 años experimento alguna gestación y el 13.2% de 15 a 17 años declaró algún embarazo. En la adolescencia temprana son más frecuentes los abortos y los embarazos a término son mayoristas en las de 18 a 19 años ⁽⁶⁾.

A pesar de los esfuerzos que se realizan para prevenir los embarazos en la adolescencia, estos se incrementan en todo el mundo según la Organización Mundial de La Salud (OMS) cada año nacen más de 17 millones de niños en países en vías de desarrollo. Así otros estudios de investigaciones señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo de la vida de los adolescentes y que no

se puede considerar como una posibilidad remota limitada a un pequeño número de adolescentes ^(9,127).

TABLA 6: Distribución de los adolescentes según Uso de métodos anticonceptivos.

| Uso de Anticonceptivos | No (N=33) | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| Usan | 7 | 33.4 |
| No usan | 14 | 66.6 |
| Total | 21 | 100,0 |

Nota: Se excluyeron las adolescentes que no tienen relaciones sexuales.

La tabla No 6 muestra que la mayoría de las adolescentes no usaban anticonceptivos esto representa **66.6%**.

Estudios de investigaciones 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 con conducta sexual irresponsable ^(9,27).

En consideraciones de amplio acceso a métodos anticonceptivos eficiente y de posibilidades de superación profesional para las mujeres jóvenes que condicionan, en general, el que sea poco deseable convertirse en madre soltera en edades tempranas, los niveles de embarazo se mantienen elevados, lo que puede ser consecuencia de deficiencia en el uso efectivo de métodos anticonceptivos ⁽⁵⁾.

TABLA 7: Nivel de conocimientos de los Adolescentes sobre Los distintos métodos anticonceptivos.

| Nivel de conocimientos Los distintos métodos anticonceptivos. | Antes | | Después | |
|---|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 6 | 18.2 | 33 | 100.0 |
| Regular | 14 | 42.4 | - | - |
| Mal | 13 | 39.4 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

En la tabla 7 se evalúa el nivel de conocimientos de los adolescentes en cuanto a los distintos métodos anticonceptivos al aplicar el instrumento antes de la intervención se constata que el **81.8%** de los adolescentes encuestados tenían regular o mal conocimientos, no así después de la intervención que el 100.0% de los encuestados adquirieron el conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

Los anticonceptivos se clasifican de acuerdo con el tipo de duración de su efecto en transitorio (reversibles) o definitivos (irreversibles). Aunque los anticonceptivos influyen en el descenso de la fecundidad, otros métodos también la regulan.

TABLA 8: Nivel de los conocimientos de los Adolescentes sobre Responsabilidad de la utilización de la anticoncepción en la pareja.

| Nivel de los conocimientos Responsabilidad de la utilización de la anticoncepción en la pareja. | Antes | | Después | |
|---|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 5 | 15.1 | 33 | 100.0 |
| Regular | 7 | 21.2 | - | - |
| Mal | 21 | 63.7 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

La utilización de los métodos anticonceptivos es responsabilidad de la pareja, es por ello que al haber un buen vínculo entre los dos, funciona la anticoncepción, sobre esta temática aborda la tabla 8 en la cual se observa que el **63.7%** antes de la intervención no conocía sobre este tema. Después de efectuado el estudio el **100.0%** se evaluó de bien obteniendo los conocimientos necesarios. Iguales resultados fueron encontrados por autores como González H. el cual plantea en sus estudios que la responsabilidad de la pareja es un pilar fundamental en la utilización de los métodos anticonceptivos, así como coincide que las intervenciones educativas son eficaces para modificar de forma variable el nivel de conocimientos en la población ⁽⁸⁾

TABLA 9: Nivel de conocimientos de los Adolescentes sobre consecuencias de los Abortos.

| Nivel de conocimientos consecuencias de los Abortos. | Antes | | Después | |
|---|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 5 | 15.1 | 33 | 100.0 |
| Regular | 10 | 30.3 | - | - |
| Mal | 18 | 54.6 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

Para una adolescente un embarazo no planificado puede tener consecuencias graves, según la bibliografía consultada el mayor por ciento de los embarazos en la adolescencia termina en aborto, el cual constituye un riesgo en este grupo etáreo ⁽³⁾.

El aborto provoca riesgos físicos a pesar de realizarse en instituciones hospitalarias. Primeramente la mujer se somete a un riesgo anestésico y quirúrgico. El cuello de útero sufre una dilatación brusca que puede provocar hemorragias, además que puede sufrir infecciones asintomáticas que provocan una infección tubárica por lo que la mujer puede quedar estéril. Además el aborto en específico puede producir afectaciones psíquicas a la mujer. En la tabla 9 muestra que al inicio del estudio el **54,6%** no conocía las consecuencias de los abortos provocados, 6 semanas después de aplicar nuevamente el instrumento el **100.0%**, conocían al respecto. Estos resultados se corresponden con estudios realizados por Campillo M. M sobre repercusiones del embarazo no deseado ⁽²¹⁾.

TABLA 10: Nivel de los conocimientos de los Adolescentes sobre las condiciones para tener relaciones sexuales.

| Nivel de los conocimientos condiciones para tener relaciones sexuales. | Antes | | Después | |
|--|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 6 | 18.1 | 33 | 100.0 |
| Regular | 11 | 33.3 | - | - |
| Mal | 16 | 48.6 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

Las relaciones de intimidad y confianza en la pareja así como conocerse profundamente facilitan un medio de climatización para las relaciones sexuales. En cuanto a esta temática existía una mala información al comienzo de la intervención, ya que solo un 18.1% estuvo bien.

Nuevamente se pudo demostrar que la educación es un factor fundamental para una buena salud sexual, lo cual está en concordancia con el trabajo realizado por Peláez M .J ^(2,7).

TABLA 11: Nivel de conocimientos de los Adolescentes en cuanto a los Peligros de tener Relaciones Sexuales sin protección.

| Nivel de conocimientos Peligros de tener Relaciones Sexuales sin protección. | Antes | | Después | |
|--|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 5 | 15.1 | 33 | 100.0 |
| Regular | 13 | 39.3 | - | - |
| Mal | 15 | 45.6 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

Al abordarse esta temática en la tabla 11 se demostró que antes de la estrategia educativa existían malos conocimientos sobre estos riesgos **84.9%** contra 15.1% que estaban bien.

La falta de canales de comunicación dentro del entorno familiar, la pérdida del valor de la familia, y de la necesidad de independencia y protección hace posible un aumento de las relaciones sexuales tempranas en los adolescentes. Son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en los adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud, y sobre todo de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasa de embargo de este grupo etáreo, lo que garantiza un mejor pronostico de vida ⁽¹⁵⁾. Una vez concluido el programa educativo el 100.0% de los adolescentes adquirieron los conocimientos básicos sobre lo encuestado, lo que demuestra que los mismos aprendieron a reconocer los riesgos de conductas sexuales desprotegidas. Esto coincide con la bibliografía revisada ^(5, 11,18).

TABLA 12: Nivel de los conocimientos de los Adolescentes sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia.

| Nivel de los conocimientos consecuencias del embarazo en la adolescencia. | Antes | | Después | |
|---|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 6 | 18.1 | 33 | 100.0 |
| Regular | 11 | 33.3 | - | - |
| Mal | 16 | 41.8 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

La fecundidad presenta riesgos asociados, tanto para la madre como para el hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer; la mortalidad es relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasa elevadas en las madres menores de 20 años y en las mayores de 35 años, lo que determina la clásica morfología descrita como curva en **J** o en **V** en los países de mayores tasa de mortalidad, en el grupo de menores de 20 años (2,3).

Los riesgos médicos asociados a los embarazos en las madres adolescentes, tal como patología hipertensivas, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente y otras determinan la elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de dos a tres veces en la mortalidad infantil. En la tabla 12 se observa que el 18.1% se evaluó bien contra **un 41.8%** que se evaluó entre mal y **33.3%** de regular en relación con esta temática antes e la intervención, al concluir el programa educativo el 100.0% resultaron evaluaciones positivas con resultados satisfactorios.

TABLA 13: Nivel de conocimientos de forma general de los Adolescentes sobre embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención educativa.

| Nivel de conocimientos de forma general | Antes | | Después | |
|---|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | No | % | No | % |
| Bien | 5 | 15.1 | 33 | 100.0 |
| Regular | 7 | 21.2 | - | - |
| Mal | 21 | 63.7 | - | - |
| Total | 33 | 100.0 | 33 | 100.0 |

En la tabla 13 podemos apreciar de forma general que antes de intervenir educativamente el mayor por ciento de los adolescentes poseían malos conocimientos sobre embarazo en la adolescencia, o sea un **84.9%** y solo un 15.1% tenían buenos conocimientos.

La educación sexual es una variable clave en la explicación y transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Esta constituye un arma importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades; ya que ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos, ayudándolos a su vez, a escoger, a reflexionar y a ejercer su autodeterminación, ante sus problemas de salud ⁽²⁶⁾. Después de realizar la intervención educativa logramos que el mayor por ciento de los adolescentes o sea 100.0% fueran evaluados con buenos conocimientos. Se lograron resultados estadísticamente satisfactorios.

TABLA 14: Opiniones de los adolescentes sobre el programa educativo.

| |
|---|
| <p>Las opiniones que manifestaron las adolescentes sobre el entrenamiento fueron:</p> |
| <ol style="list-style-type: none">1. La organización del mismo resultó muy buena.2. El compañerismo y el ambiente social favorable.3. Sobre cumplió las expectativas.4. Lo más significativo es que hemos aprendido sobre cómo comportarnos mejor, sexualmente.5. El contenido de los temas es variable, dinámico, instructivo, e interesante.6. Refieren que sería muy bueno impartir los conocimientos en otros grupos similares.7. Aprendimos a conocernos, a comunicarnos y a mejorar la conducta sexual.8. Refieren poder ayudar a familiares y amigos.9. Sugieren realizar más sesiones con más duración. |

Al analizar la tabla 14 se puede plantear que las opiniones de los adolescentes fueron satisfactorias para el trabajo preventivo de los embarazos en la adolescencia, en cuanto a su organización, contenido, tipo de comunicación. Se logran así favorecer el compañerismo y el ambiente social, al cumplir las expectativas del mismo, además, los adolescentes muestreados aprendieron cómo deben comportarse en la vida sexual, dando una evaluación cualitativa de la actividad educativa, que posteriormente será fundamentada en el análisis estadístico que la investigación enfrenta.

RESULTADOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS MOMENTOS

| MOMENTOS | MEDIA | DESVIACION TIPICA | INTERVALO DE CONFIANZA |
|--------------------|-------|----------------------|---------------------------|
| Antes | 63,33 | 18,69 | (56, 70; 69, 96) |
| Después | 95,00 | 4,14 | (93, 53; 96, 47) |
| N=33 $\alpha=0.05$ | | | |

La media para el primer momento (antes de la intervención) fue de 63,3% por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de Malo, ya en un segundo momento (después de la intervención) la media es de 95.00% lo que los clasifica en la categoría de Bien. Al obtener el resultado de la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba (p) $p= 0.0002$ como este resultado es menor que el nivel de significación utilizado $\alpha = 0.05$, ($p < \alpha$) se rechaza la hipótesis nula, que se complementa si observamos que las medias para ambos momentos están contenidos en los intervalos de confianzas por lo que podemos afirmar con una confiabilidad del 95.0% que las medias difieren en ambos momentos o lo que es lo mismo que la intervención aplicada fue efectiva y se cumplió con el objetivo de nuestra investigación.

Conclusiones

CONCLUSIONES

Como hemos podido observar al aplicar la intervención educativa se ha podido elevar los conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia en un 100%, así como el uso de los métodos anticonceptivos y la repercusión de estos en una sexualidad responsable, se lograra modificar la percepción del riesgo de las jóvenes sobre el embarazo en esta etapa de la vida, en las adolescentes del consultorio 25, del Policlínico Universitario Sur de Morón.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Ampliar la aplicación de este programa educativo a todos los consultorios de nuestra área y otras áreas de salud con el objetivo de educar sobre temas de embarazo en la adolescencia, apoyándonos en las organizaciones de masas de la comunidad. Fomentar labores de promoción y prevención e inculcar a los adolescentes de ambos sexos los riesgos de un embarazo en esta etapa de la vida. Implementar programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

Referencias

Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) González H. A. La sexualidad del adolescente. Rev. Sexología y Sociedad. Año 7, No.17, P4-11, abril 2005.
- 2) Peláez M. J. Adolescente embarazada. Rev. Sexología y Sociedad. Año 1, No 2, P2-3, sep 1995.
- 3) Barmeti B. El miedo, la vergüenza y la desesperación. Network en español: 2000. Vol. 20. No.3.
- 4) Salud Pública. Programa Nacional de atención integral a la salud del adolescente. La Habana, Cuba. 2000.
- 5) González H. El embarazo en adolescentes en Cuba. Aspectos sociodemográficos. Rev. Sexología y Sociedad. Año 6, No. 16, p13-8, dic 2006.
- 6) González G. H. El embarazo adolescente. Un fenómeno de gran magnitud en Cuba. Rev. Sexología y Sociedad. (15): p22-6, ago 2006.
- 7) Peláez P. J. Ética y Educación sexual. Rev. Sexología y Sociedad Año 3, No. 7, p9, ago 1997.
- 8) González H. A. La educación de la sexualidad en el adolescente. Rev. Sexología y Sociedad. Año 8, No. 19, p5-8, ago 2000.
- 9) De la Cuesta B. C. Significado del embarazo en la adolescencia: La dimensión sentimental. Viernes 1 de septiembre 2000. Volumen 10 -número 5 p200-206.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Youth: Health Topics: Sexual Behaviors. Updated 4/26/07, accessed 5/10/07.
- 11) Paz F. M, Eruztsch, Barrera Q. M. El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto. Rev. Cubana enfermr 2001; 15(1):22-7.
- 12) Cabral C S. Vicisitudes da gravidez na adolescencia entre jovensdas. Camadas Populares do Río de Janeiro. Río de Janeiro: S N; 2007. 127p.Tab.
- 13) Campillos M M E. Embarazo de Adolescentes. Se consigue en: copyringpulsomed:feb2005:<http://wwwtuotromedico.com/temas/embarazoa>

[dolescencia.htm](#)

- 14) El embarazo adolescente. Se consigue en Bilbao, 11 septiembre 2008:
<http://www.salud.com/s/intrena205p?ide=5189@id-cat=101>
- 15) Lugones B. M, Pedroso H. P, Perera B. O, Acosta I. M. La consulta infantojuvenil en fundación de la educación sexual. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 2008; 15(2): P 184-90.
- 16) Publicación del INFO project. Center communication programs. El embarazo en la adolescencia. 2007; volumen XXXI No 17.
- 17) Navarro G M A, Ramos P M. El aborto provocado desde una perspectiva sociológica. Rev. Sexología y Sociedad. 1998 abr-jul (9): 2-4.
- 18) Behar A. J. Sexualidad y problemas en la adolescencia. Se consigue en: Anuales españoles de pediatría. Viernes 1 marzo 2002. Volumen 56. Número 03 P 273-286.
- 19) Campos V L. Embarazo de Adolescentes. Se consigue en: Tano On-line y agencias. Enero2006:
<http://www.aepap.org/fagioven/fgioven-embado/.htm>
- 20) Rodríguez R T. El embarazo precoz, un reto al desarrollo integral de los y las adolescentes en Latinoamérica. Rev. Adolescencia y Salud, Vol. 2 año 2001.
- 21) Campillos M M E. Repercusiones del embarazo no deseado. Se consigue en: copyringpulsomed feb2007:
<http://www.tuotromedico.com/temas/embarazonodeseado.htm>
- 22) Garita A C. Aspectos Psicosociales del embarazo en adolescentes y su abordaje con enfoque de derecho-Adolescencia y Salud Vol. 2, año 2000.
- 23) Reche Lorenzo, D: Aspectos sociodemográficos en adolescentes embarazadas del municipio Ciro Redondo en el año 2003. Ciro Redondo: Policlínico Docente Ciro Redondo, 2004. (Tesis de Grado de Especialista 1er grado en MGI).
- 24) Santana Quincoses C M. morbilidad por anticonceptivos en el área de salud del policlínico docente de playa. T-1. Seminario SOCUDEF-MINSAP 2006.
- 25) Reyes M A. Mi proyecto de Vida. Sexología y sociedad. Año 4, No 9, p25-27. ene-abr 2008.

- 26) Fleites Reyes L. Intervención comunitaria para elevar los conocimientos sobre embarazo en los adolescentes del consultorio 6, Enrique Varona en el año 2006. Enrique Varona: Policlínico Docente Camilo Cienfuegos.2006. (Tesis de grado de Especialista 1er grado de MGI).
- 27) Núñez U R M [et al.].Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos. Salud Pública Méx. 2005; 45sup.1:892-8/02.
- 28) Ortiz L. C. Consecuencias Medico – Biológicas del embarazo en la adolescencia. Rev. Sexología y Sociedad. Abr 2008; (28).
- 29) Peláez M J. Varón adolescente. Sexología y Sociedad. Año 2, No. 8, p24-28, dic 2003.
- 30) Miller. Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. Editorial ciencias médicas. La Habana 2006. Vol. I p 2, 6, 84, 85, 397.
- 31) Miller. Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. Editorial ciencias médicas. La Habana 2006. Vol. II p 711.
- 32) Miller. Keane. Diccionario enciclopédico de enfermería. Editorial ciencias médicas. La Habana 2006. Vol. III p1352.
- 33) Colectivo de autores. Diccionario Terminológico de ciencias medicas. Año 1977. Editorial científica técnica. tomo I p 227.

Bibliografia Consultada

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- a) Cabañez T. A. Ginecología de la adolescencia. Se consigue en Bilbao; 2007: **www.spapex.orispapex/gineado/pdf**
- b) Chávez C C. Madres adolescentes. Se consigue e: Googlie 2006: <http://bibmed.usia.edu.ve/col-win/bealex.exe>.
- c) Cortés A A. ITS y Adolescencia y temprana. Sexología y Sociedad. Año 4, No. 11, sep-dic 1998.
- d) Garrido R C, Gutiérrez C T. Planificación Familiar y anticoncepción. En Álvarez S. R. Temas de medicina general, Vol. 1. Editorial Ciencias Médicas; la Habana, 2007. P 494-512.
- e) González G H. Embarazo adolescente en cuba. Sexología y Sociedad. Año 7.No.17, P 13-18, dic 2001.
- f) Grabick D M, Hatmann L C, Cerhan J R. Actualización anticonceptiva. JAMA 2001 (14): 1191-98.
- g) Issier T R. Embarazo en la adolescencia. Se consigue: **<http://med.unne.edu.ar/revista107/emb-adolescencia>** , taha revista de postgrado de la cátedra.Vía medicina No.107-agosto/2006.página:11-23
- h) Peláez M j. Adolescencia y anticoncepción. Sexología y Sociedad. Año 1, No. 2, P12-13, dic 1999.
- i) Rivadavia C H C. Adolescente. Vivir un embarazo. Se consigue en: periodista por un día, 2006: **<http://www.me.gov.ar/escuelasymedios/ganadores/chubut-informe-embarazo.ref>**.

j) Silva P J L. Gravidez no adolescencia: Desejada X Nao desejada, Fémina: 26(10): 825-830, nov-dez 2006.

k) Wilcox L S, Shu S. Y, heaker E D. Métodos anticonceptivos para adultos jóvenes. JAMA 2007; 288(12): 1191-98.

Anexos

ANEXO 1

Modelo de Consentimiento informado.

Yo: -----, me comprometo a participar en la investigación Titulada: Intervención Educativa Sobre Embarazo en la adolescencia, bajo el compromiso de que esta información no será divulgada por ningún de los participantes en la misma. Se me ha explicado que este estudio tiene como objetivo educarnos sobre temas referentes a embarazo en la adolescencia. Se me informó sobre la necesidad de participar en todas las clases planificadas y en caso de no desear continuar en la investigación puedo voluntariamente retirarme de ella, sin que ello constituya motivo de represalia. Se me aplicará un cuestionario de preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible. Mi participación es voluntaria, y por lo cual y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado junto a la enfermera que me brinda las explicaciones a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del Participante.

Dra. Lic. Nilvia Galvez Leiva..

Investigadora

ANEXO 2

ENCUESTA

Encuesta que se aplicó antes y después del Programa Educativo.

Tu participación en este trabajo será anónima y muy útil para tu vida futura.

Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cuál tu criterio personal.

(Marca las respuestas con una y/o más x de ser necesario).

- 1.- Edad años 10 -14 ----- 15-19-----
- 2.- Escolaridad.
Primaria Terminada ----- Primaria Sin Terminar-----
Secundaria Terminada----- Secundaria sin terminar -----
Preuniversitario Terminado ----- Preuniversitario sin terminar -----
- 3.- Relaciones Sexuales
Sí ----- No -----
- 4.- Edad de la primera relación sexual.
De 10a 14 años ----- De 15a 19 años -----
- 5.- Antecedentes de Embarazo
Sí ----- No -----
- 6.- Número de Embarazo
De 1 a 2 -----
Más de 2 -----
Ninguno -----
- 7.- Uso de Métodos Anticonceptivos
Sí ----- No -----
- 8.- Conoces los distintos métodos anticonceptivos
Sí ----- No -----
Cuales:-----

¿Qué sabes sobre el Embarazo en la Adolescencia?

9.- ¿Quién es responsable de utilizar los métodos anticonceptivos en la pareja?

- a) ----- El hombre
- b) ----- La mujer
- c) ----- Ambos
- d) ----- No se

10.- Marca Con una X tres consecuencias de Abortos Provocados.

- a) ----- Infecciones
- b) ----- Anemia
- c) ----- Perforaciones del útero
- d) ----- Enfermedades de Transmisión sexual
- e) ----- Sangramientos.

Demuestra que sabes.

11.- ¿Cuales de las siguientes condiciones consideras necesaria para tener relaciones sexuales? (Marca solo tres)

- a) ----- que ambos deseen satisfacerse
- b) ----- que exista privacidad en el lugar
- c) ----- conocerse profundamente
- d) ----- que existan relaciones de intimidad y confianza entre los miembros de la pareja.
- e) ----- que sea resultado del deseo de ambos
- f) ----- no sé

12.- ¿Cuales son los peligros principales a los que se enfrentan las parejas jóvenes al tener relaciones sexuales sin protección? (Marca solo dos opciones)

- a) ----- Embarazo
- b) ----- Censura de los adultos
- c) ----- Enfermedades de Transmisión Sexual
- d) ----- No va ha pasar nada
- e) ----- No sé

13.- Marque las afirmaciones que consideres positivas.

- a) ----- Los niños nacidos de embarazadas adolescentes tienen un peso normal y no tienen riesgos para la vida.

- b) ----- Las adolescentes embarazadas tienen alto riesgo de presentar anemias, niños con bajo peso y parto antes de tiempo.
- c) ----- La adolescencia es la edad ideal para tener hijos.
- d) ----- El embarazo en la adolescencia es una de las causas de abandono escolar y dificulta la realización de las aspiraciones futuras.
- e) ----- El aparato reproductor femenino en la adolescencia esta preparado para el embarazo.
- f) ----- La maternidad o paternidad es una situación que requiere responsabilidades económicas y afectivas.

ANEXO 3

Puntuación del cuestionario que se aplicó antes y después del Programa Educativo.

La encuesta tenía un total de 13 preguntas, de ellas seis midieron conocimientos, las preguntas 8 y 9 estuvieron relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos, la pregunta 10 esta relacionada con el aborto, las preguntas 11 y 12 estuvieron relacionadas con las relaciones sexuales y 13 sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia

CLAVE DEL CUESTIONARIO:

Las preguntas se evaluaron en **BIEN, REGULAR o MAL**, y se le dio puntuación a cada una, al final sumando una cantidad de 100 puntos.

1. La pregunta 8 se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde 7 a 8 métodos anticonceptivos (15ptos)

Regular: si responde 4 a 6 métodos anticonceptivos (10ptos)

Mal: si responde 1 a 3 métodos anticonceptivos (5ptos)

Si responde negativamente 0 Pts.

2. La pregunta 9 se evaluará de (20ptos)

Bien: si responde el inciso c) ó a) y b) (20pts)

Regular: si responde a) ó b) (15pts)

Mal: si responde d) (5pts)

Si la deja en blanco 0pts.

3. La pregunta 10 se evaluará de(20ptos)

Bien: si responde a), c), e) (20ptos)

Regular: si responde a) y c) ó a) y e) ó c) y e) (15ptos)

Mal: si responde uno de los correctos (5ptos)

Si no responde ninguno de los correctos 0 Pts

4. La pregunta 11 se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde c), d), e) (15ptos)

Regular: si responde c) y d) ó c) y e) ó d) y e) (10ptos)

Mal: si responde uno de los correctos (5ptos)

Si no responde ninguno de los correctos 0 Pts

5. La pregunta 12 se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde a) y c) (15ptos)

Regular: si responde a) ó c) (10ptos)

Mal: si responde e) (5ptos)

Si no responde ninguno de los correctos 0 Pts

6. La pregunta 13 se evaluará de (15ptos)

Bien: si responde b), d), f) (15ptos)

Regular: si responde b) y d) ó b) y f) ó d) y f) (10ptos)

Mal: si responde uno de los correctos (5ptos)

Si no responde ninguno 0 Pts

Para la evaluación final de la encuesta se tuvieron en cuenta los siguientes criterios.

- Buenos: entre 86 – 100ptos.
- Regulares: entre 70- 85ptos.
- Malos: menos de 70ptos

ANEXO # 4

PROGRAMA INTERVENCIÓN EDUCATIVA A ADOLESCENTES SOBRE EMBARAZO, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR SUS CONOCIMIENTOS SOBRE ESTE TEMA.

ACTIVIDAD 1:

Tema 1: NORMAS PARA EL TRABAJO GRUPAL, INTERROGATORIO A LOS ADOLESCENTES SOBRE SUS EXPECTATIVAS.

Objetivo: Explicar la importancia del programa y como está previsto, crear raport y empatía.

Tiempo: 1 hora.

Técnica: Trabajo en grupo. Técnica de Animación y presentación subjetivas.

Técnicas de las expectativas (Anexo 5).

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 2:

Tema 2: ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ADOLESCENTE.

Contenido: Aspectos anatómicos del aparato. Reproductor Masculino y Femenino.

Respuesta sexual humana. Ciclo menstrual.

Objetivo: Consolidar conocimientos sobre la anatomiza humana.

Forma: Clase teórico-practica.

Tiempo: 1 hora.

Técnica: "Todo mezclado."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 3:

Tema 2: SEXO Y SEXUALIDAD

Contenido: Sexo y Sexualidad. Concepto. Tipos de sexualidad. Funciones de la Sexualidad. Características de la sexualidad. Principios éticos y morales que lo rigen. Conducta sexual de riesgo. Concepto. Consecuencias.

Objetivo: Profundizar en algunos aspectos de la educación sexual. Profundizar en los aspectos relacionados con la higiene individual y con el embarazo.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "El correo."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 4:

Tema 4: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Contenido: Fecundación. Concepto. Riesgos. Complicaciones. Limitaciones. Repercusión social de este fenómeno. Historia del uso del aborto. Concepto. Riesgos. Indicaciones y Contraindicaciones. Complicaciones más frecuentes. Uso del aborto en adolescentes como método anticonceptivo.

Objetivo: Consolidar conocimientos sobre la anatomía humana y complicaciones de los abortos y del embarazo en la adolescencia.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "Todo mezclado."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Esmircy Jiménez Centeno Especialista en Primer Grado en MGI

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 5:

Tema 5: PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN.

Contenido: Planificación familiar. Concepto. Concepto de anticonceptivos. Tipos de métodos anticonceptivos. Indicaciones y contraindicaciones. Ventajas y

desventajas de cada uno. Anticonceptivos más y menos seguros. Como usarlos y adquirirlos.

Objetivo: Consolidar conocimientos sobre la anatomía humana.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "Todo mezclado."

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 6:

Tema 6: MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE

Contenido: Concepto. Análisis de los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo. Conocer la responsabilidad afectiva, económica y aspectos positivos-negativos en la crianza de un hijo. Relaciones de parejas. Selección de pareja. Comunicación entre pareja. Valores asociados a la selección de la pareja.

Objetivo: Profundizar conocimientos sobre la sexualidad humana y la responsabilidad ante los hijos.

Forma: Clase teórico-práctica.

Tiempo: 90 minutos.

Técnica: "El noticiero" (3 minutos).

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes.

ACTIVIDAD 7:

Tema 7: EVALUAR CRITERIOS DE LA ACTIVIDAD EN GRUPOS (ANEXO 6)

Objetivo: Evaluar los criterios de los adolescentes sobre la actividad grupal.

Tiempo: 30 Minutos.

Técnica: "Las caras". (Anexo 6)

Medio: Papel, lápices o lapiceros, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 8:

Tema8: EVALUACIÓN DEL GRUPO

Objetivo: Evaluar los criterios de los adolescentes sobre la actividad grupal.

Tiempo: 30 minutos.

Técnica: "El PNI." (Positivo, negativo, interesante) (ANEXO 7).

Medio: Papel, lápices o lapiceros, goma, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 9:

Tema 9: CIERRE Y EVALUACIÓN.

Tiempo: 60 minutos.

Objetivo: Conocer lo positivo, negativo e interesante de nuestro programa.

Medio: Cartulinas y plumones

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 10:

Tema 10: OPINIONES DEL PROGRAMA (ANEXO 8)

Tiempo: 60 minutos.

Objetivo: Conocer opiniones individuales acerca de nuestro programa.

Medio: Papel, lápices o lapiceros, goma, computadora e impresora.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes del consultorio médico 25.

ACTIVIDAD 11:

Tema 11: ACTIVIDAD INTEGRADORA FINAL

Tiempo: No limitado.

Objetivo: Despedir el programa educativo.

Medio: Grabadora, cartulina TV, videos y CD.

Responsable: Lic. Nilvia Galvez Leiva.

Participantes: Adolescentes.

ANEXO 5

“LO QUE ESPERAN OBTENER LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO”.

- ¿Qué espera encontrar en el programa educativo?
- ¿Cuáles son sus expectativas?

ANEXO 6
TÉCNICA DE EVALUACIÓN

Objetivo: Evaluar la actividad en grupo.

Técnica:

Encuentro No: _____

Estoy alegre porque.....



Estoy triste porque.....



ANEXO 7

TÉCNICA DE EVALUACIÓN PNI

Objetivo: Evaluar la actividad en grupo.

Con el objetivo de evaluar este encuentro, se desea su criterio u opinión sobre el mismo, para así enriquecer nuestro trabajo. Deseamos sea lo más sincero posible en sus respuestas.

Positivo:

Negativo:

Interesante:

ANEXO 8

MIS OPINIONES SOBRE EL PROGRAMA EDUCATIVO

Expresa su opinión sobre el programa educativo que hemos terminado:

1. Organización:

2. ¿Lleno el grupo sus expectativas? _____

3. ¿Qué es lo más significativo que UD. aprendió? _____

4. Contenido y Metodología de los temas. _____

5. ¿Qué tipo de actividad les gustaría que se organizara para dar continuidad esta experiencia?

6. ¿Pudieras ayudar a otros con las experiencias adquiridas aquí? _____

7. Recomendaciones

ANEXO 9

TÉCNICAS GRUPALES UTILIZADAS EN LA INTERVENCIÓN

Técnicas participativas: Se pueden clasificar por sus objetivos o fines (para animar, para integrar, para confrontar) por sus métodos (trabajo grupal, trabajo individual, que se supone la secuencia de pasos ordenados hacia una meta) por sus aplicaciones (didácticos, manuales, terapéuticos y otras).

Técnicas de animación y presentación subjetivas: Es una forma de presentación, donde cada participante se presenta diciendo su nombre, porqué está aquí y a qué quisiera parecerse y porqué. Se utiliza con el objetivo de conocernos mejor, crear empatía.

Técnicas de las expectativas: Donde cada participante expondré la idea de lo que espera del programa educativo y sus expectativas al respecto (anexo 5).

Técnica Noticiero en tres minutos: Cada participante traerá en la próxima actividad una noticia sobre Planificación familiar y métodos anticonceptivos. Después se discute en grupo.

Técnica Todo Mezclado: Es una técnica utilizada para construir conceptos sobre diversos temas Ej. Infecciones de transmisión sexual, educación sexual, prevención. Se entrega un pequeño cintillo donde se le orienta a la reflexión sobre un aspecto del tema en pequeños grupos. Posteriormente se intercambian los resultados y reflexiones en plenaria.

Técnica El correo: Es una técnica que estimula a los adolescentes para que identifiquen cuales son las características positivas y negativas y como influyen estos en la regulación de su comportamiento sexual.

Técnica PNI: El PNI (positivo, negativo, interesante) es una técnica para la evaluación de cada encuentro por parte de los participantes por escrito (anexo 6).

ANEXO 10

INFORME DE LA UNIDAD QUE INTRODUCIRA EL RESULTADO

Morón, 5 de Enero del 2009.

“Año del 50 aniversario del triunfo de la revolución”

De Policlínico Universitario Norte de Morón.

A quien corresponda:

Por medio de la presente comunicamos que después de realizar el Análisis de la Situación de Salud del Área y dado el alto índice de embarazo en la adolescencia, decidimos pedir al equipo de investigación para que nos identificara y trazara estrategias de intervención educativas necesarias.

Por lo que avalamos que los resultados de esta investigación serán introducidos en nuestra área con el objetivo de realizar actividades preventivas que modifiquen la situación actual.

Directora Policlínico Universitario Sur.