



INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MEDICAS DE CIEGO DE AVILA.

Universidad de Ciego de Ávila

Políclino docente Gaspar.

Dr. Mario Páez Inchausti.

Título: Estrategia de Intervención Educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en estudiantes preuniversitarios.

Autora: Dra. Ismaray Moreno Basulto.

Tutor: Dr. Luís Manuel Méndez González-Pardo *

Asesor: Dr. Yaile González Santos **

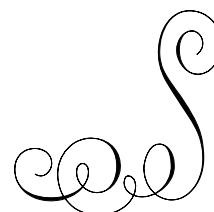
* Especialista de 1^{er} grado en MGI. Master en Asesoramiento Genético.

**Especialista de 1^{er} grado en MGI.

Trabajo de investigación para optar por el título de Especialista de 1er Grado en MGI

Municipio Baraguá 2012.

“Año 54 de la Revolución”



PENSAMIENTO.

“...Cuando esté iniciándose la adolescencia, cuando la naturaleza avisa que se están acelerando los cambios que convertirán al niño en un adulto, no cerremos los ojos ignorantes, llenos de injustificado pudor, y orientemos mejor a nuestros hijos para que puedan asumir a su hora, conscientemente y bien informados, las responsabilidades que la sociedad les impone...”

Dr. Celestino Álvarez Lajonchere

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia y compañeros, que de una forma u otra participaron de modo incondicional para mi superación profesional, especialmente a mi esposo Orley García Moreno.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a todas las personas que de una forma u otra me han ayudado en la realización de este trabajo, y de manera especial al Dr. Luís Manuel Méndez González – Pardo por dedicarme gran parte de su tiempo. A todos, los que con esmero han hecho posible el desarrollo de este trabajo.

Gracias.

RESUMEN.

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa con diseño de pre y post prueba, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia en los estudiantes de décimo grado del IPU“José Martí”, en el período comprendido entre noviembre y abril del 2011. El universo estuvo constituido por la totalidad de estudiantes del décimo grado 277, quedando la muestra conformada por 150 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó un cuestionario a la muestra, antes de la intervención educativa y después de implementada la misma se volvió a emplear el mismo cuestionario, obteniéndose que antes de la intervención la mayoría de la muestra no tenía los conocimientos suficientes sobre el embarazo en la adolescencia, desconocían sobre la edad en el inicio de las relaciones sexuales; sobre las características, daños y complicaciones del embarazo en esta etapa, además no conocían cuál era el anticonceptivo ideal para usar en estas edades, veían el aborto como un método anticonceptivo. Después de aplicada la estrategia de intervención educativa se logró elevar el nivel de conocimientos con respecto al tema en su totalidad y de esta manera lograr una sexualidad plena y satisfactoria en este grupo de adolescentes.

Palabras claves:

Embarazo en la adolescencia.

Estrategia de Intervención Educativa.

Método anticonceptivo.

ÍNDICE.

Epígrafes	Páginas
Introducción-----	Pág. 7-10
Objetivos-----	Pág. 11
Marco Teórico-----	Pág. 12 -26
Método-----	Pág.27-38
Análisis Y Discusión de los resultados-----	Pág.39-45
Conclusiones-----	Pág.46
Recomendaciones-----	Pág.47
Referencias Bibliográficas-----	Pág.48-51
Anexos -----	Pág.52-56

INTRODUCION.

La adolescencia debe ser considerada como una etapa de la vida en sí misma, al igual que la niñez, la adultez, o la ancianidad. Es aquel período de transición en el que el niño se convierte en adulto. Por lo tanto, y siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera como embarazo en la adolescencia aquella gestación que tiene lugar en mujeres menores de 20 años, con independencia de la edad ginecológica. Muchos autores coinciden en la existencia de una diferencia marcada en el comportamiento de la patología obstétrica de las adolescentes por lo que estará en dependencia de su desarrollo psicosocial, medio familiar, orgánico y funcional, también se acepta el incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes de 15 años o menos, y/o edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente a los factores psicosociales, ambientales y familiares. (1,2).

Durante este período se forman nuevos patrones de conducta que pueden durar toda la vida. Son muchas las cosas que se prueban ó que se intentan por primera vez durante la adolescencia, citando como ejemplo las relaciones sexuales. (3).

Uno de los problemas de salud pública que se identifican a nivel nacional, lo constituye el incremento del embarazo precoz, incidiendo este como problemática social que afecta a niñas y jóvenes, apreciando como resultado final el abandono de sus estudios y hogares, limitándose así sus proyectos de vida. (3).

Por otra parte en esta etapa de la vida se pueden tener creencias equivocadas como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de adultez, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como: lastima, por complacer a su pareja, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad. Otro aspecto a considerar son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico e incluso abuso sexual, falta de comunicación, orientación sexual por parte de sus progenitores así como desconocimiento de la sexualidad en esta etapa, situaciones familiares conflictivas y familias estrictas a causa de preceptos sociales o muy permisivas. (4).

Estudios preliminares realizados por la (OMS) afirman que mundialmente tres de cada diez mujeres embarazadas tienen menos de dieciocho años con un índice de mortalidad relacionado con el embarazo, valorando que esta situación o problemática social no es directamente proporcional al desarrollo económico de la población, a partir de evaluar como ejemplo el caso específico de los Estados Unidos de Norteamérica el cual presenta una situación específica que los hace similares a nosotros, y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental, en estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático del porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa. (3,5)

Cuba, como país del Tercer Mundo y pese a los avances logrados en el campo de la salud, ha mostrado cierto nivel de preocupación a partir de los estudios realizados. Los demógrafos cubanos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad en el país y señalan que las mujeres conciben hijos en edades más tempranas. En el año 1973, de cada 100 partos, 22% correspondieron a madres menores de 20 años. En la década del 70 eran las mujeres de 20 a 24 años la que en mayor medida estaban contribuyendo a la fecundidad, destacándose también los nacimientos de madres menores de 20 años. Antes del año 1990 y especialmente en la década de los 80s, la fecundidad adolescente muestra valores elevados con oscilaciones alrededor de los mismos. En 1975, el grupo de edades de 15 a 19 años ocupa el 23,5 % de la fecundidad total, superando a la del grupo de 25 a 29 años, situación que se mantuvo hasta alrededor de 1983. El porcentaje en los grupos de más edad disminuyó considerablemente. Así, en los años anteriores inmediatos al 90 (1988 y 1989), el valor de la tasa específica de fecundidad del grupo de 12 a 19 años es de 57,2 y 53,7 hijos por mil mujeres en esas edades, valores en los que osciló también en los años precedentes. Ya a partir de 1990, comienza un proceso tendiente a la disminución, que adopta valores bastante estables a partir del 2000 y hasta el año 2004. (6).

La fecundidad adolescente ha tenido también un comportamiento diferenciado durante el último trienio. Así se nota un envejecimiento de la fecundidad

adolescente con el paso del tiempo, siendo muy interesante el aumento sostenido y abrupto al final del período de la fecundidad en las edades 18 y 19 años. Esto resulta un elemento positivo, toda vez que se aleja la maternidad de las edades de mayor riesgo y se traslada hacia la adolescencia tardía. (6).

De cierto modo, este ha de ser el comportamiento esperado y deseado luego de los esfuerzos realizados por diferentes sectores, sobre todo el educacional, hacia la disminución de esta fecundidad. Vale destacar que a partir de la edad 18 años, ya la muchacha ha completado una categoría educativa media superior y se encuentra con mayores posibilidades para una incorporación a la sociedad. A la par es mayor el grado de madurez física y psicológica por lo que está en mejores condiciones de enfrentar la maternidad. (6).

Durante las investigaciones realizadas en nuestra provincia en el año 2007 se captaron 3219 embarazadas de las que 618 se correspondían con edades menores de 20 años, representando un 19% del total. En el 2008 y 2009 apreciamos un ligero incremento, a partir de evaluar que de una población de embarazadas en esos años de 4136 y 4592, correspondían a menores de 20 años 891 y 901 respectivamente. Representando un 22 y 20% del total.

Durante estudios realizados sobre la temática en nuestro municipio, a partir de los riesgos que implica esta situación social, se pudo apreciar en el cotejo de los resultados que no se está exento de este fenómeno, evaluándose que en el año 2007 de un total de 311 embarazos, se confirmaron 79 en las menores de 20 años, representando un 25%; en el año 2008 se captaron un total de 411 embarazos, verificándose 126 en menores de 20 años, representando un 31%. En el 2009 con 389 y 87 fueron en adolescentes para un 22.5%. En el propio año dentro de la localidad estudiada concerniente al municipio Baraguá de un total de 59 embarazos, el 34% fueron gestantes adolescentes, observando que, en la medida en la que disminuye la capacidad intelectual y el desarrollo tecnológico, se incrementa el riesgo de gestación en edades que no suelen ser ideales para la reproducción.

Todo lo anterior motivó a la realización de esta investigación de tipo intervención educativa, en adolescentes del IPU “José Martí” de dicho municipio, con el objetivo fundamental de elevar el nivel de conocimiento sobre los daños y perjuicios de un embarazo a edades tempranas, tanto en lo biológico como en lo social y en su proyecto de vida de futura, que quedaría truncado, así como una disminución en su calidad de vida.

Ante esta situación surgió la siguiente pregunta científica: **¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia en los estudiantes del IPU “José Martí”?**

Hipótesis:

Si se implementa una estrategia de intervención educativa en los adolescentes del IPU “José Martí” se logrará elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en este grupo de edad.

Aporte:

- Científico: Constituye un modelo que puede ser reproducido por otros investigadores.
- Social: La investigación tributa al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes del IPU “José Martí”.

Novedad del tema: Es la primera vez que se realiza este estudio en este ámbito escolar local y se propone una estrategia de intervención educativa para reducir el embarazo en la adolescencia.

OBJETIVOS.

1. Generales

- 1.1 Implementar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en estudiantes preuniversitarios.

2. Específicos

- 2.1 Distribuir los adolescentes en estudio según sexo.
- 2.2 Determinar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención educativa. Sobre los siguientes aspectos:
 - Importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales.
 - Conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.
 - Complicaciones del embarazo en esta etapa.
 - Uso de métodos anticonceptivos.
 - Aborto como método anticonceptivo.

MARCO TEÓRICO.

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, marcan el inicio de la adolescencia provocando cierta confusión en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Consideramos a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta y no como un período de

transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la OMS la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. (3).

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 por 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 bastante información de diversas fuentes no deja de ser preocupante de que gran parte de ellas es errónea, incompleta y engañosa, lo que trae consigo en muchas ocasiones que surjan situaciones desagradables como los embarazos en esta etapa. (3,8).

El embarazo altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta personal de belleza. De igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no es aún apto para el embarazo, ni para el parto que con frecuencia suele tornarse conflictivo. (9).

Sobre todo, estos embarazos y maternidades rompen para siempre el proceso de la adolescencia con todo lo que ello significa en la estructuración de la mujer. La

mayoría se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, ordinariamente no deseada. Las relaciones de amistad pierden sus características: no más fiestas, ni paseos, ni todo lo que antes se hacía entre amigos y amigas. Se rompe la coquetería destinada a atraer y conquistar, desaparece el interés por la policromía de la moda y lo que implica en los procesos eróticos. El mundo se achica, se reduce a la necesidad de atender un embarazo inadecuado, inoportuno, casi siempre no deseado y el proyecto de vida se va por los suelos. Por lo menos por un tiempo considerable, quizás algunos años la muchacha deberá dedicarse al cuidado del hijo. Los estudios, la profesión, todo aquello en lo que se había puesto tantas ilusiones se ha destruido. Un proyecto deshecho y las manos vacías a la espera de que transcurra y se presenten otras oportunidades. (9).

La seguridad, la confianza y la independencia que nuestra sociedad ha garantizado para todos han aumentado las oportunidades de intercambio y sana realización entre los jóvenes. Estos son elementos positivos de las transformaciones de nuestra sociedad que se consolidarán y ampliarán. Sería tarea inútil y contraproducente, además antihistórico intentar revertir esta tendencia, pero esa realidad irreversible que es la mayor libertad de los jóvenes nos confronta en forma creciente con los problemas de sexualidad adolescente. (3).

A pesar del desarrollo en la tecnología anticonceptiva y los cambios en las normas sociales, el embarazo en la adolescencia permanece como un asunto clave para los políticos, científicos y psicólogos suministradores de salud. Estudios realizados señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo común de este grupo etéreo y no se puede considerar como una posibilidad limitada a un pequeño número de adolescentes. Si la anticoncepción en la adolescencia se acompaña de una adecuada educación sexual los beneficios son mayores que los riesgos, por lo tanto debe considerarse la anticoncepción como un pilar fundamental en la batalla por la reducción de la incidencia del embarazo y sus negativas consecuencias. (3).

En Cuba y a nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas, estos cambios culminan en la obtención de la capacidad reproductora la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el comienzo del desarrollo de las mamas, la aparición del vello púbico y la aceleración del crecimiento anteceden en un lapso muy variable al inicio real de la menstruación. (9). Zambrano en las Jornadas de reflexión sobre aspectos legales, educativos y proyectos de vida de las madres adolescentes, refiere que los datos estadísticos expresan la crítica situación de estas, sobre todo las provenientes de los sectores marginales, aunado a lo expuesto precisó que el embarazo precoz es como una patología social, ya que en la actualidad la mayoría de las mujeres adultas controlan su maternidad, lo que refleja una baja en la tasa de fecundidad, mientras que en las adolescentes ocurre lo contrario, en ellas existe un incremento del embarazo precoz, lo que constituye un problema social en nuestra región. (9).

Gómez acota ante la situación que actualmente se está viviendo con respecto a la proliferación de mujeres embarazadas con poca edad, si se quiere niñas, ya son madres de dos y hasta tres hijos sin haber llegado al matrimonio. Indica también que las adolescentes deberían tomar conciencia y prepararse para un futuro sin trabas que impidan su desarrollo personal. (9).

Esta situación se debe más que todo a la falta de educación, la manera como reciben esta en su hogar y al mismo tiempo el apoyo que le puedan dar sus padres, ya que en algunos casos estos están divorciados o tienen en su seno conflictos matrimoniales, olvidándose que existe un hijo que necesita orientación y educación permanente. He aquí el error de los padres. (9).

Crecimiento y Desarrollo:

En los adolescentes hay un período de transición que se caracteriza por la presencia de cambios biológico, psíquicos y comportamiento social del joven. En el primer caso se deben al aumento de la secreción de hormonas, va a aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas y órganos reproductores. (12).

Silber acotó que en la muchacha el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores entre 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años. Los profesionales de la salud tienen a cargo la evolución biológica de los adolescentes que le va a permitir conocer de una forma amplia el crecimiento normal, la diversidad de factores que influyen en este, entre ellos tenemos los ambientales y las condiciones nutricionales. Sileo plantea que la evaluación integral del crecimiento y desarrollo tiene como aspectos fundamentales la elaboración de una buena historia, evaluación antropométrica, examen paraclínico e interpretación de los hallazgos (orientación-diagnóstica). Por otra parte debe tenerse en cuenta para conocer el crecimiento de estos jóvenes adolescentes dimensión corporal, peso, talla, edad y su composición física. (12).

Desarrollo Psicológico:

Dentro del crecimiento normal de los adolescentes hay cambios rápidos notables en la conducta, manera de pensar, comprensión y corporales que incluyen la capacidad de reproducción. Muestran un proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, intimidad emocional, integridad, identidad, independencia, toma de decisiones que implican la responsabilidad de un adulto. (13).

Aspectos Psicológicos:

Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período. (14).

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; Comienzo del empleo de la lógica formal para solucionar problemas, el pensamiento adopta el método hipotético - deductivo, pueden realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo, las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos los que permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible. (14).

Cambios emocionales:

García refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia que no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante, ideación omnipotente, el yo se ha constituido el eje central de la conflictiva adolescente. (14).

Cambios sociales:

Se critican las normas o valores familiares especialmente provenientes de los padres. Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa. (14).

Clasificación de adolescencia:

Según Sileo ha dividido la etapa de la adolescencia en tres niveles: adolescencia temprana, media y tardía.

Adolescencia temprana:

Está comprendida entre los 10 y los 13 años. Marca el final de la pubertad y el ingreso a la adolescencia. Durante este tiempo se produce la mayoría de los cambios orgánicos y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Los conflictos característicos de esta edad son: Preocupación por la imagen corporal (pérdida del cuerpo infantil) y los cambios que están aconteciendo, Deseos de independizarse de los padres, pero simultáneamente necesidad de mantener la dependencia, Deseos sexuales aumentados pero restringidos por la duda, el temor al acercamiento al sexo opuesto, conflictos entre los deseos y las normas morales aprendidas, masturbación frecuente, angustia ante el crecimiento y la maduración, así como cambios en el trato por parte de los adultos. (9).

Adolescencia media:

Período comprendido entre los 14 y 17 años, se consolida la identificación sexual, aumenta la crítica a la autoridad en general, pero especialmente la de los padres, gran valoración del grupo, preocupaciones filosóficas y religiosas, persiste la

angustia ante la sexualidad, pero el acercamiento es difícil (en ocasiones puede estar revestido por agresividad), comienzan las preocupaciones por elección de carrera o profesión y por el futuro en general. (9).

Adolescencia tardía:

Se denomina de esta manera a la edad comprendida entre los 18 y 21 años, durante esta última fase debe haberse constituido sin mayores problemas la identificación y el ejercicio del rol sexual, la rivalidad con los padres comienza a ceder el paso a la identificación con ellos y a la internalización de las normas familiares y sociales, el grupo comienza a perder su importancia primordial quedando en primer plano el concepto del individuo. (9).

Los adolescentes cuya vida se desarrolla en medio de profundos cambios sociales suelen explorar y experimentar conductas de riesgo. Dada su juventud y limitada experiencia no comprenden las consecuencias de sus acciones. Los problemas de salud del adolescente según diferentes autores son el resultado de la interacción de diversas causas (biológicas, medio ambientales, de personalidad y conducta), las que van a determinar disímiles conductas de riesgo que a su vez son las responsables de los resultados de salud. (10).

Existen una serie de características en esta etapa de la vida que los exponen a tener conductas de riesgo, entre ellas tenemos: reducción de la edad de la pubertad, inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de instrucción académica, desconocimiento de la sexualidad, no uso de método anticonceptivo, buscando afecto, escasa percepción del riesgo, inmadurez y labilidad emocional. (15).

Según estudios aproximadamente 15 millones de las adolescentes se convierten en madre cada año, se supone que más del 10% de todos los nacimientos ocurren en este grupo, esto afecta principalmente a los países en vías de desarrollo en los que se reportan alrededor de un 17% de partos. (16).

La fecundidad se hace más alta en países en desarrollo y clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores la

disminución de las tasas de fecundidad de adolescente esta cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda, a pesar de los riesgos, consecuencia del embarazo y el parto. Se experimenta un adelanto en el tiempo en que las muchachas y muchachos tienen las primeras experiencias sexuales de contacto genital, en el primer caso se inician a los 11 o 12 años como promedio y en los varones a partir de los 12 años, lo que equivale a una preparación desde las edades tempranas. (3).

Como evidencian estos datos, el abordaje de la anticoncepción se torna complejo y debe ir ligado indisolublemente a una bien orientada educación sexual. Los programas que han reportado más éxito en este sentido son aquellos que le dan habilidad para hablar sobre sexualidad y para negociar con su pareja, el arte para decir << No >> o << Si >> y por otro lado, tener acceso a la contracepción facilita la posibilidad a la planificación familiar y reduce la tasa de embarazo en adolescentes. No es suficiente proveer de servicio de planificación familiar, pero es un ingrediente importante en la lucha de reducción de embarazos en este grupo poblacional. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60% de estas gestaciones en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. (3).

Aisladamente embarazo y adolescencia son términos que se asocian a alegría, esperanza y futuro, pero cuando estos coinciden son motivo de preocupación ya que por lo general la alegría se opaca y transforma en un problema, esto está dado justamente porque el futuro representado por ambos conceptos se torna incierto. Existirá una mujer y un hijo o una hija cuyas vidas no serán iguales a las de sus similares, habrá una niña-mujer que abandonará precozmente sus juguetes para asumir responsabilidades adultas, sin tener la preparación adecuada, esto se traduce en la frustración de un proyecto de vida que será interrumpido y un ser por nacer al que le esperan situaciones difíciles. (15).

El embarazo en esta edad es por lo general no deseado, su gran mayoría se produce en jóvenes solteras y en aquellas con parejas estables se describe una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación, por lo que el abandono del progenitor y la ilegitimidad a consecuencia de la falta de protección serán factores de riesgo de incremento de la mortalidad infantil. No obstante debe asumir precozmente su rol e involucrarse progresivamente con todas las tareas de la gestación y la crianza de los niños. (17).

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes tales como aborto, anemia, infecciones urinarias, bacteriuria asintomática, HTA, hemorragias, escasa ganancia de peso con malnutrición, partos prematuros, RPM, el abandono de la lactancia materna, entre otros determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de dos a tres veces en la mortalidad infantil, comparándolo con otros grupos de edades. (1).

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos donde todavía no logran alcanzar la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades o en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. (1).

Las patologías maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquia. (4).

En los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en este grupo social de embarazadas. (4).

Experiencias de diferentes autores señalan que el embarazo en adolescentes es un hecho que sobrepasa los factores meramente biológicos por lo que se requiere proporcionar una atención médica integral en un ambiente adaptado a la psicología y problemática de la embarazada, este enfoque se expresa en una disminución de las complicaciones obstétricas y perinatales. (10).

En relación al hijo la mortalidad en el primer año de vida de niños nacidos de madres menores de 20 años no se relaciona solamente a la mortalidad perinatal

que pudiera justificarse en la dificultad de los partos en una mujer aún en desarrollo, sino que se manifiesta también en el primer año de vida, lo cual plantea un problema de salud pública y social en los hijos de madres adolescentes. (4).

El crecimiento estatural de los hijos de adolescentes a los 18 meses se deteriora con el tiempo y sigue acentuándose a los 30 meses de vida, coincidiendo con una disminución del nivel socioeconómico de la madre. (4).

Autores consultados coinciden en enumerar diferentes factores de riesgo que están fuertemente interrelacionados con aspectos sociales, económicos y culturales entre los que resaltan: baja escolaridad, bajo coeficiente intelectual de la madre, estado civil soltera e ilegitimidad del hijo, baja edad del progenitor, bajo nivel socioeconómico, práctica alimenticias inadecuada de la embarazada, abandono del progenitor, determinadas características del hogar, falta de apoyo familiar, bajos ingresos obtenidos en la actividad laboral de la madre adolescente y otras carencias, que en la mayoría de los casos interfieren con las mejores intervenciones técnicas. (4).

Todos estos elementos de riesgo para el hijo de la madre adolescente pueden ser modificados y reducidos cuando los miembros de la familia de la madre acepten a este hijo y se encarguen de su cuidado, entonces el medio en el que se desenvolverá el niño será más adecuado. Su alimentación y atención recaerá en personas con experiencia en la crianza de niños. (10).

La familia como institución básica de la sociedad, se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórica social y valores de la cultura a los nuevos miembros así como las tradiciones y normas de vida social. Algunos adolescentes principalmente mujeres que tienen un ambiente conflictivo, agresivo y violento, que puede incluir el abuso sexual, suelen buscar la relación de pareja (con el deseo inconsciente de quedar embarazadas siendo rechazadas del seno familiar) en busca de afecto y la protección de la que carecen, o por el simple deseo de huir, muchas veces para dedicarse a la prostitución como medio de vida que le brinda

un ambiente más protector que el vivido al lado de su familia. Por ello es necesario trabajar con el adolescente en el contexto de su familia, explorando a fondo la dinámica de su funcionamiento y de su problemática. Está tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales cóitales no es un secreto para los que trabajamos con adolescentes. Pero ocurre que cuando los jóvenes acuden a nosotros por lo general hay un embarazo no deseado, y esto es una de las múltiples consecuencias de la deficiente instrucción sexual. (3).

Los adolescentes reciben conocimientos de relación sexual por diferentes vías, pero desafortunadamente hasta el momento ninguna ha logrado el ansiado objetivo de que los jóvenes tengan una conducta sexual responsable. La importancia de los medios sociales de comunicación es conocida por todos, sin lugar a dudas los adolescentes prefieren en su mayoría un buen programa de televisión dirigidos a ellos que otras formas académicas de tratar. (3).

Existen sexólogos que señalan el uso de anticonceptivos como favorecedores del incremento de la promiscuidad sexual, produciéndose un cuestionamiento moral de la difusión del uso de los mismos. Quienes defienden este criterio plantean que la pérdida del temor al embarazo provocado por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y confiables, ha provocado un aumento en el número de adolescentes con relaciones sexuales activas, con el consiguiente incremento de las Infecciones de Transmisión por esta vía. (3).

Otros prueban que antes de la era anticonceptiva existían dos grupos bien definidos: los adolescentes sexualmente activos y aquellos que no lo eran. Con el advenimiento de los anticonceptivos la conducta del primer grupo no se afecta, salvo por la reducción del número de hijos y en la edad de las madres, pero el segundo sufre modificaciones, a partir de estar concientes de las ventajas de la anticoncepción y por ende disfrutar de un actividad sexual variable sin temor al embarazo. (3).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto nos planteamos que a la hora de la indicación o no de la anticoncepción en la adolescencia, debemos tener presente tanto los peligros médicos del embarazo como las ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligros de los métodos anticonceptivos en esta etapa de la vida

(3). los adolescentes carecen notablemente del conocimiento fundamentado de los diferentes métodos de planificación familiar, pese a que muchos pueden recitarlo de memoria, se comprobó en la práctica que carecen del adiestramiento necesario para el correcto uso en caso de tener coito. (3,18).

En Cuba con el Triunfo de la Revolución, se comenzó a estructurar el Programa Cubano de Educación Sexual que en 1989 se define como Centro Nacional de Sexología, Ministerio de Salud Pública. El cuál se caracteriza por abordar científicamente la sexualidad y su educación desde una aproximación multidisciplinaria e intersectorial acorde a la complejidad. La educación de la sexualidad se asume como una responsabilidad de la sociedad en su conjunto. (3).

En otros países similar problemática se aborda de manera diferente, pues a pesar de que existen pronunciamientos a favor de desarrollar la educación sexual no existe una voluntad política al respecto. (3).

EE.UU. es el país industrializado con mayor número de embarazadas adolescentes, con un tasa estable del 11.1 % en la década de los 80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un descenso de embarazos, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. (3).

El Instituto de Seguro Social y el Nacional de Cancerología realizaron en Colombia en el 2003 una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas para explorar los conocimientos de riesgo para la salud en los adolescentes entre 12 y 17 años encontrando que el 17% de ellos habían tenido coito, siendo mayor en los varones que entre las hembras, la edad promedio para la primera relación sexual fue 13.4 años en varones y 14.3 en adolescentes femeninas. Del total de la muestra que había tenido coito, el 52 % había quedado embarazada. (3).

De manera global e independientemente de los riesgos biológicos del hijo de madre adolescente, es por todos aceptado que son los factores sociales los que más van a incidir en la morbilidad y mortalidad de estos niños. Otro factor importante en los resultados obtenidos con la descendencia estarán vinculados con la lactancia materna y la duración sobre todo del tiempo de la misma, pues se ha encontrado una tendencia al abandono temprano de la lactancia natural, lo que puede

ocasionar en el lactante, infecciones gastrointestinales, desnutrición y otras complicaciones. (15).

La madre adolescente que cuenta con el apoyo del progenitor y una familia que acepta su maternidad y colabora en la crianza de su hijo, asumirá en condiciones más favorables su rol de madre y en la mayoría de los casos los riesgos de morbilidad y mortalidad de su descendencia serán similares a los de las madres adultas. Sin embargo la madre soltera o abandonada por su pareja, rechazada por su familia y frustrada en su proyecto de vida, presentará condiciones psicosociales que acentuarán los riesgos tanto para ella como para su hijo. (15). Acudiendo al aborto en la mayoría de los casos como la solución de su problema. El aborto se institucionaliza en Cuba a fines de la década de los 60. Desde entonces hasta hoy mucho se ha hablado a favor o en contra de esta decisión, tanto en el país como fuera de él, al punto que se convierte en un tema obligado de discusión cada vez que una delegación cubana asiste a un evento internacional relacionado con la especialidad. Se calcula que todos los años se producen en el mundo entre 36 000 000 y 53 000 000 de abortos y que alrededor de 200 000 mujeres mueren cada año como resultado de las complicaciones de este proceder, lo que manifiesta por sí solo la complejidad de este problema. (1).

Es difícil conocer con exactitud la problemática real de los abortos en la adolescencia en nuestra región, ya que en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños este proceder es ilegal o tiene serias restricciones, por lo que se llevan a cabo gran cantidad de abortos ilegales que dificultan una recolección fidedigna de estos datos. Solo en Cuba, Puerto Rico, Canadá y EE.UU. se pueden contar con estadísticas confiables, ya que el aborto es una técnica institucionalizada. En Chile se considera que de cada 3,8 a 4 abortos que se realizan en hospitales se producen al menos 10 en la comunidad. (1).

En los EE.UU. más de la mitad del total de los abortos legales tienen lugar en las mujeres sin hijos, la 4^{ta} parte son adolescentes y 8 de cada 10 son solteras. (1).

Se acepta que aproximadamente 1000 000 de muchachas entre 15 y 19 años se embarazan anualmente y que alrededor del 40% de estas irrumpen la gestación por medio de un aborto legal. (1).

En los países de Latinoamérica, la proporción total de las adolescentes que abortan es igual a la proporción de las que tienen hijos. En Cuba 1 de cada 4 abortos ocurre en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de nacimientos vivos que tienen lugar entre las adolescentes. En Brasil, Colombia y Perú, se reportan que 1 de cada 10 mujeres que ingresan con una complicación de aborto ilegal son adolescentes. En comparación, 1 de cada 7 nacimientos se produce en este sector de la sociedad. Estudios estadísticos tomando en cuenta datos indirectos consideran que en Latinoamérica hay cada año alrededor de 1 000 000 de abortos en mujeres menores de 20 años. (1).

En la adolescencia hay un elemento que incrementa las posibilidades de complicaciones relacionadas con el aborto, y esta dado por la mayor frecuencia de solicitud en un período mas avanzado del embarazo, esto pudiera deberse a que las adolescentes por su corta edad poseen poca experiencia para reconocer los síntomas, o la renuncia de aceptar la realidad de su situación, la ambivalencia respecto a este, ignorancia sobre donde acudir para obtener orientación, ayuda y a la vacilación de confiar en los adultos. (1).

Las complicaciones producidas por el aborto son: las heridas causadas por el procedimiento mismo, donde se incluye perforación uterina, así como a otros órganos internos, laceraciones cervicales y hemorragias, infecciones y pérdida de sangre asociadas con el aborto incompleto, así como la introducción de bacterias dentro de la cavidad uterina durante el aborto. Cuando este no se realiza por personal entrenado, las posibilidades de que existan complicaciones son mucho mayores. (1).

Según estudios realizados la complicación más frecuente del aborto es la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. (1).

Si bien es cierto que la mortalidad se ha reducido drásticamente, no podemos afirmar lo mismo con la morbilidad: secuelas como los embarazos ectópicos, los procesos inflamatorios pélvicos crónicos y la infertilidad, se han convertido en un lastre para estas mujeres y han afectado seriamente su salud reproductiva lo que se acentúa aun más en las adolescentes. (1).

Muchas de estas complicaciones se explican por la instrumentación en un útero inmaduro, con un cuello que requiere ser dilatado por primera vez y sobre todo, por la tardanza con que en ocasiones las adolescentes solicitan los servicios de aborto. Estos elementos son válidos tanto para los legales como para aquellos que tienen lugar en países donde es ilegal, ya que están relacionados con la biología y la psiquis de la adolescente. (1).

Evaluamos si queremos realmente lograr una reducción en la frecuencia de abortos en la adolescencia, la necesidad de un empeño mancomunado que incluya toda la sociedad, ya que si no logramos inculcar a nuestra juventud valores morales y éticos que permitan la creación de familias estables, responsables y armónicas, seguirá estando este fenómeno negativo presente en el futuro y se mantendrá como un lastre en detrimento de la salud reproductiva de nuestra población. Por eso debemos tener presente en la proyección educativa de nuestro trabajo los criterios del profesor Lajonchere al respecto, cuando afirma que la atmósfera moral en que se desenvuelven los adultos, es el ejemplo vivo que tienen a su alcance los niños y seguramente, el factor pedagógico más importante de que disponemos. Cuando este ambiente es positivo decididamente contribuye a que se vayan incorporando los principios éticos que pueden hacer sólidas y felices las familias. (1).

Por ende la vía idónea para proveerle ayuda a los adolescentes y garantizar su desarrollo armónico e integral es brindándoles una sólida educación moral, asegurándoles una adecuada y sincera relación con sus progenitores, una atmósfera de respeto y camaradería en el seno de la familia y en la escuela, incluyendo en estas todos los aspectos relacionados con su sexualidad. Esta tarea la consideramos como responsabilidad nuestra, de las familias y de la sociedad en

su conjunto, y en esta dirección es en la que debemos encaminar nuestras acciones en función de lograr el objetivo de reducir el aborto en la adolescencia. (1).

En nuestro país la población de adolescentes embarazadas se comportan como un grupo intervenido, pues se encuentra priorizada su atención en los lineamientos del programa nacional materno infantil cuyo pilar fundamental es la atención basada en el enfoque de riesgo y cuyo núcleo básico es el médico y la enfermera de la familia. Es por todo esto que cuando estudiamos morbilidad en la gestante adolescente y su producto, hemos encontrado un comportamiento similar e incluso en muchos casos inferiores a las que se reportan en madres entre 20 y 35 años. Solo los indicadores que miden más desarrollo social que complicaciones médicas se comportan con mayor frecuencia en las adolescentes, siendo el bajo peso al nacer y la prematuridad por lo general secuelas de trastorno nutricionales en la madre, fundamentalmente la malnutrición por defecto. No obstante cuando se ha intervenido educativamente y de forma precoz en estas gestantes se han logrado reducir los indicadores adversos. (10).

METODO.

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención educativa con diseño de pre y post prueba, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia en los estudiantes de décimo grado del IPU “José Martí” en el período comprendido entre septiembre del 2010 a febrero del 2011. El universo estuvo constituido por la totalidad de estudiantes del décimo grado 277, quedando la muestra constituida por 150 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Ser adolescente del IPU “José Martí”.
- Estar de acuerdo en participar en el estudio.
- No abandonar la escuela durante la implementación de la estrategia.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
- Estudiantes que se encuentren de forma transitoria en este centro.
- Estudiantes que no se encuentren en el centro durante la implementación de la intervención.

Según confiabilidad valorándose un 95% tenemos un total de 263 estudiantes, de los cuales 150 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, 100 pertenecientes al sexo femenino y 50 al sexo masculino.

Consideraciones éticas y bioéticas:

Los estudiantes del IPU “José Martí” que fueron seleccionados para el estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo y la inocuidad del mismo, su participación fue voluntaria y una vez incorporado a este tenían la posibilidad de abandonarlo si lo deseaban. Su disposición a colaborar se plasmó en un modelo de conformidad debidamente, firmado por ellos y el investigador (anexo 2), autorizado y coordinado con la dirección del centro en que se realiza el estudio (Consentimiento Informado anexo 1).

La estrategia metodológica del trabajo se basó en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y el método científico aplicado al estudio. Implementándose durante la investigación:

Método teórico:

1. Análisis – Síntesis: Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar la importancia a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
2. Análisis – Histórico Lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de la historia por lo que se empleó para indagar sobre el embarazo en la adolescencia.
3. Inducción – Deducción: Se establecieron generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.
4. Hipotético – Deductivo: Dedujo una hipótesis como respuesta al problema.

Método empírico:

Observación: Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia. Además del real y necesario trabajo con este grupo de riesgo. Para de esta forma

aplicar un programa de educación que logre resolver el objetivo de la investigación.

Métodos Estadísticos: Los datos se obtuvieron a partir de los cuestionarios aplicados para la recolección de datos a la población seleccionada para la investigación. El procesamiento de la información se realizó de forma manual y con la ayuda de una computadora tipo Pentium 4, mediante el programa Microsoft Excel, los resultados se presentaron en tablas y los resultados en porcentajes.

Se aplicó una encuesta con el propósito de determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre el tema e identificar sus necesidades primordiales, después de la intervención educativa se vuelve a emplear el mismo cuestionario (Anexo 3).

La intervención educativa se elaboró en base a las necesidades reales y sentidas de aprendizaje de los adolescentes, realizándose un programa de actividades que dieron salida a dicha problemática. La misma tuvo un período de duración de 2 meses y medio con un total de 12 encuentros con una frecuencia semanal y duración de las actividades de no más de 45 minutos. Se realizaron demostraciones prácticas, debates, análisis, discusión grupal y otras actividades de participación con los adolescentes.

Operacionalización de las variables.

- Importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales.

Las respuestas correctas son los incisos: a, c y e.

Las respuestas incorrectas son los incisos: b y d.

Evaluándose los siguientes criterios:

- Adecuado: Cuando se seleccionaron al menos 2 de las respuestas correctas.
- Inadecuado: Cuando se seleccionaron menos 2 respuestas correctas o las incorrectas.

- Conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

Las respuestas correctas son los incisos: a y c.

Las respuestas incorrectas son los incisos: b, d y e.

Evaluándose las expresiones siguientes:

- Adecuado: Cuando se seleccionó una de las respuestas correctas.
- Inadecuado: Cuando no se seleccionaron las respuestas correctas o Cuando se seleccionaron las incorrectas.

- Complicaciones del embarazo en esta etapa.

Las respuestas correctas son los incisos: a y c.

Las respuestas incorrectas son los incisos: b, d y e.

Evaluándose los siguientes criterios:

- Adecuado: Cuando se seleccionó una de las respuestas correctas.
- Inadecuado: Cuando no se seleccionaron las respuestas correctas o Cuando se seleccionaron las incorrectas.

- Uso de métodos anticonceptivos.

Las respuestas correctas son los incisos: a y b.

Las respuestas incorrectas son los incisos: c, d y e.

Se consideró teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Adecuado: Cuando se seleccionó una de las respuestas correctas.
- Inadecuado: Cuando no se seleccionaron las respuestas correctas o Cuando se seleccionaron las incorrectas.

- Aborto como método anticonceptivo.

Las respuestas correctas son los incisos: c, d y e.

Las respuestas incorrectas son los incisos: a y b.

Evaluándose los siguientes criterios:

- Adecuado: Cuando se seleccionaron al menos 2 de las respuestas correctas.
 - Inadecuado: Cuando se seleccionaron menos 2 respuestas correctas o las incorrectas.
- Para determinar el nivel de conocimiento de cada encuestado se consideró:
 - Adecuado: Cuando se respondieron correctamente al menos 3 de las preguntas formuladas en la encuesta.
 - Inadecuado: Cuando se respondieron correctamente 2 o menos de las preguntas formuladas.

Para evaluar de forma general el nivel de conocimiento de la totalidad de la muestra se considera de la siguiente manera:

Nivel de conocimiento general sobre el tema de la muestra:

ADECUADO: Se considera la muestra que respondió correctamente un 75% o más de las interrogantes planteadas.

INADECUADO: Se considera la muestra que respondió correctamente menos de un 75% o las que no respondieron correctamente las interrogantes planteadas.

Al determinar el nivel de conocimiento general de la muestra, este fue correcto solo en el 24.7 % del total de esta, por lo que se decide implementar la estrategia de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia y de esta manera reducir la incidencia del fenómeno en este grupo.

Diseño de la estrategia de intervención educativa.

Problema:

Existe un conocimiento, actitud y práctica inadecuada sobre las relaciones sexuales en los adolescentes.

Modelo teórico utilizado para el diagnóstico educativo

Modelo precede-procede de .Leiva. W. Green. (19).

✚ Fase 1: Se determina problemas sociales:

—Un deterioro de la calidad de vida y el bienestar bio-psico-social de la madre adolescente.

—Abandono de la institución escolar.

—Renuncian a los estudios y Proyecto de vida.

✚ Fase 2: Identificados los problemas de salud específicos que originan los problemas sociales de la fase 1:

—Aumento cada vez más creciente del embarazo en la adolescencia.

✚ Fase 3: Conductas específicas relacionadas con el problema de salud:

— Reducción de la edad de la menarquia.

— Inicio precoz de las relaciones sexuales.

— No uso de métodos anticonceptivos [barrera (preservativo)].

— Falta de instrucción académica.

— Desconocimiento de la sexualidad.

— Escasa percepción del riesgo.

— Inmadurez.

🌈 Fase 4: Se precisan factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo.

Factores predisponentes:

—Poca o ninguna educación sobre la sexualidad por parte de los padres en los hogares.

—Grado de libertad hoy día de los adolescentes.

— Padres divorciados o familias disfuncionales.

Factores facilitadores:

— No madurez física ni mental.

—Medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

🌈 Fase 5: Se puntualiza en los factores sobre los que se va a intervenir:

— Importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales.

— Conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

— Complicaciones del embarazo en esta etapa.

— Uso de métodos anticonceptivos.

— Aborto como método anticonceptivo.

Estos factores se van a intervenir desde el escenario:

- IPU “José Martí”.

✚ Fase 6: Se implementa la estrategia de intervención educativa.

✚ Fase 7: Se diseña el sistema de evaluación.

META

- Contribuir a la reducción del embarazo en la adolescencia en el IPU “José Martí”.

OBJETIVOS

- GENERAL: Reducir al 50 % el embarazo en la adolescencia en el IPU “José Martí”.
- ESPECÍFICOS: Elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en los adolescentes del IPU “José Martí”.

PROPÓSITO

Mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

LÍMITES DEL PROGRAMA

Tiempo: 2 meses y medio.

Geográfico: Población del IPU.

AUDIENCIA SELECCIONADA

Primaria: Adolescentes del IPU.

ESTRATEGIAS CLAVES

- Capacitar a la audiencia.
- Monitorear el proceso.
- Implementación.
- Evaluación.
- Retroalimentación.

PROBLEMA POTENCIAL

- Alto índice de embarazo en la adolescencia en el IPU “José Martí”.

BENEFICIOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de vida de los adolescentes.
- Disminuir el embarazo en la adolescencia.
- Disminuir los riesgos asociados a esta problemática.
- Suscitar estilos de vida saludables entre los adolescentes que favorezca el fomento de una vida sana y plena.

CANALES: Escuela.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS

Capt.	Act	Fecha	Tema	Sumario	Tiempo De Duración	Forma Organizada	Medios de enseñanza	Resp.
Introd. al curso	1	1/10/09	introd.	Contenido del curso. Expectativas.	45 min.	Afectivo Participat.	Pizarra Papel.	Ismaray
Sexu. y Adoles.	1	8/10/09	Anatoma y Fisiología del adolescente.	Aspectos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino. Ciclo menstrual.	45 min.	Dinámica grupal.	Pizarra.	Ismaray
	1	16/10/09	Sexo y Sexualidad.	Sexo y sexualidad. Concepto.	45 min.	Dinámica grupal.	Pizarra.	Ismaray
	1	22/10/09	Sexualidad humana.	Características de la sexualidad.	45 min.	Charla.	Pizarra.	Ismaray
Embarazo y adolescencia.	1	29/10/09	Embarazo en la adolescencia.	Fecundación Concepto. Riesgos. Complicaciones. Limitaciones. Repercusión social de este fenómeno.	45 min.	Charla.	Pizarra.	Ismaray
	1	05/11/09	Aborto.	Aborto. Concepto. Riesgos. Indicaciones, Contra indicaciones. Complicaciones más frecuentes. Uso del aborto en adolescentes como método anticonceptivo.	45 min.	Charla.	Pizarra.	Ismaray

Capt.	Act	Fecha	Tema	Sumario	Tiempo De Durac.	Forma organiza da	Medios de enseñ.	Resp.
Planifi- cación familiar	1	12/11/09	anticon cepción	Tipos de métodos anticonceptivos	45 min.	Panel.	Pizarra Papel.	Ismaray
	1	19/11/09	Métodos anticon cepti- Vos.	Indicaciones contraindicacio nes. Ventajas y desventajas decada uno. Anticonceptivos ,más y menos seguros. Como usarlos y adquirirlos.	45 min.	Panel.	Pizarra.	Ismaray
Mater nidad y paterni dad..	1	26/11/09	Materni dad y Paterni dad respon- sable.	Concepto. Análisis de los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo. Conocer la responsabilidad afectiva y económica y aspectos positivos – negativos en la crianza de un hijo.	45 min.	Charla.	Pizarra.	Ismaray
Amor y adoles- cencia	1	03/12/09	Relacio nes de Pareja.	Relaciones de pareja. Selección de pareja. Comunicación entre la pareja. Valores asociados a la selección de la pareja.	45 min.	Panel.	Pizarra.	Ismaray
Salud repro- ductiva	1	10/12/09	Conduc ta sexual de riesgo.	Conducta sexual de riesgo. Concepto. Consecuencias	45min	Charla.	Pizarra.	Ismaray
Análi- sis de los resol tados.	1	16/12/09	Activid final.	Discusión a cerca de los logros obtenidos sobre los temas tratados.	45 min.	Lluvia de ideas.	Pizarra.	Ismaray

Técnicas y Procedimientos

Técnicas de recogida de la información.

Para la recogida de la información se confeccionó un cuestionario elaborado por la autora y el tutor de la investigación (anexo 3), donde se incluyen las variables que miden el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. El mismo fue revisado y validado por el asesor, además de la especialista en ginecología y el clínico del área, del mismo modo se contó con la supervisión de 7 especialistas en MGI.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

La información obtenida se almacenó en una base de datos confeccionada mediante el programa Excel del Office `XP. El procesamiento de la información incluyó el cálculo de medidas descriptivas para variables cualitativas como las frecuencias absolutas porcentajes. La redacción del informe final y las tablas se realizaron mediante el uso del editor de texto Word Office `XP.

Se emitió un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de post-grado de la universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Las conclusiones se formularon en correspondencia con los objetivos trazados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla No. 1: Distribución de los adolescentes según Sexo. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en el IPU “José Martí” en el período de septiembre del 2010 a febrero del 2011.

Décimo Grado	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
	100	66.7	50	33.3	150	100.00

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

En la tabla podemos apreciar que el universo de estudio quedó constituido por 150 adolescentes del décimo grado representando el 100%, distribuida por sexo, observando un mayor número de participantes de las féminas respecto a los varones.

Tabla No. 2: Nivel de conocimiento sobre la importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	70	46.67	135	90
Inadecuado	80	53.33	15	10
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

En esta tabla podemos apreciar que el nivel de conocimiento sobre la importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales antes de la intervención educativa fue de un 46.67%, insuficiente, escasa y limitada, pues no percibían que el cuerpo de la adolescente no está apto para consumir las relaciones sexuales, embarazo ni el parto.

Después de la intervención educativa, se pudo estimar que el 90% de la muestra enalteció sus conocimientos, resultado que reafirma la importancia de esta.

Estudios realizados en el Hospital Gineco-Obstétrico Dr. Eusebio Hernández. Municipio Marianao. Septiembre/2004-Febrero/2005, se corresponden sus resultados con los nuestros, observando que un 49.42% tenían un nivel de conocimientos adecuado antes de la intervención educativa, después de aplicada la estrategia se elevó el nivel de conocimientos en un 89%. (2).

Tabla No. 3: Nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	59	39.3	145	96.7
Inadecuado	91	60.7	5	3.3
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

En esta tabla podemos apreciar que el nivel de conocimientos que poseen los adolescentes sobre el embarazo en esta etapa es pobre e incierto antes de la intervención, se concretaba en un 60.7%. No tienen la percepción de que el embarazo constituye un problema en la adolescencia. Fundamentos similares a los referidos por la Dra. Mayelin Vidal Rodríguez perteneciente al municipio de Ciro Redondo en el año 2005-2006, pero en este caso se consideró de un 51.11% el nivel de conocimientos inadecuados. (3).

Podemos observar que la intervención fue efectiva, donde un 96.7% logró elevar su nivel de conocimientos, solo en un 3.3% no se logró exaltar sus comprensiones a cerca del tema tratado.

Tabla No. 4: Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en esta etapa.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	25	16.7	116	77.3
Inadecuado	125	83.3	34	22.7
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

En esta tabla logramos estimar que el nivel de conocimientos sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia antes de la intervención era errado, dudoso e inseguro representado por un 83.3%. Pues no piensan que las niñas y jóvenes tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando así sus proyectos de vida, a expensas de complicaciones durante la gestación.

Luego de la intromisión en el tema se logró el objetivo propuesto en un 77.3%, solo un 22.7% persistía con un conocimiento inadecuado.

Análogos resultados se apreciaron en el Hospital Gineco-Obstétrico Dr. Eusebio Hernández del Municipio de Marianao en el año 2004- 2005, donde un 19.54% se mantenía con un conocimiento inadecuado después de la intervención. (2).

Tabla No. 5: Nivel de conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	62	41.3	124	82.7
Inadecuado	88	58.7	26	17.3
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

A pesar de incuestionables logros en la educación sexual entre los adolescentes del país, las limitaciones al respecto aún existen, una de ellas lo constituye el no uso de los anticonceptivos en las relaciones de este tipo. (3). No ven el condón como el método anticonceptivo indicado en los adolescentes ayudando a impedir las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y los embarazos no deseados.

Según la bibliografía consultada podría decirse que la mayoría de los adolescentes que tienen relaciones sexuales no utilizan métodos anticonceptivos, quienes lo emplean lo hacen incorrectamente. (1). En nuestro trabajo podemos apreciar que antes de la intervención solamente tenían un conocimiento adecuado un 41.3% de la muestra, existiendo un predominio del inadecuado con cifras de un 58.7%.

En el trabajo realizado por los estudiantes de medicina Alejandro Muñoz Martínez y Wendy Zamarreño Nerey desde Septiembre/2004-Febrero/2005 sobre Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 pacientes en la ciudad de la habana, se corresponden con el nuestro resultados, ya que un 56.32% tenían un nivel de conocimientos inadecuado sobre el uso de métodos anticonceptivos antes de la intervención. (2).

Al finalizar la estrategia se alcanzaron los objetivos planteados, elevando el nivel de conocimientos en un 82.7%, considerándose provechosa y eficaz la intervención.

Tabla No. 6: Nivel de conocimiento sobre el aborto como método anticonceptivo.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	51	34	147	98
Inadecuado	99	66	3	2
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

Se calcula que todos los años se producen en el mundo entre 36 000 000 y 53 000 000 de aborto y que alrededor de 200 000 mujeres mueren cada año como resultado de las complicaciones de este proceder, lo que manifiesta por si solo la complejidad de este problema. (1).

En nuestro trabajo se puede evaluar que un 34% de la muestra antes de la intervención tenía un nivel de conocimientos incorrecto y erróneo sobre este proceder como método anticonceptivo, pues no son capaces de valorar las consecuencias que en algunas ocasiones son fatales para la vida de la adolescente principalmente. Similares cifras se correspondían con las referidas por la Dra. Mayelin Vidal Rodríguez en el municipio de Ciro Redondo en el año 2005-2006, pero en este caso fueron de un 25% (3). Podemos apreciar que después de la intervención se elevó el nivel de conocimientos en un 98% del total de la muestra. Considerándose satisfactoria la intervención.

Tabla No.7: Nivel de conocimiento general de la totalidad de la muestra sobre el embarazo en la adolescencia.

Nivel de Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	37	24.7	148	98.7
Inadecuado	113	75.3	2	1.3
Total	150	100	150	100

Fuente: Encuesta.

Nota: Por ciento en fila.

Los datos revelan las insuficientes acciones de promoción de salud realizadas con este grupo de adolescentes hasta el momento de aplicar el cuestionario inicial. Podemos observar que después de la intervención educativa se elevó el nivel de conocimientos del 98.7% de los adolescentes del estudio. Considerándolo satisfactorio al lograr los objetivos propuestos.

CONCLUSIONES

1. El universo estuvo constituido por la totalidad de estudiantes del décimo grado 277, quedando la muestra constituida por 150 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión.
2. La muestra quedó distribuida por sexo, 100 correspondiente al sexo femenino y 50 al masculino, observándose un predominio de las féminas respecto a los varones.
3. Al realizar la evaluación inicial sobre el nivel de conocimiento de la muestra sobre el embarazo en la adolescencia este fue insuficiente, por lo que se decidió aplicar la estrategia de intervención educativa.
4. Al intervenir educativamente el grupo de adolescentes se logró elevar el nivel de conocimiento general sobre el embarazo en la adolescencia en relación con los siguientes aspectos:
 - ❖ Importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales.
 - ❖ Conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.
 - ❖ Complicaciones del embarazo en esta etapa.
 - ❖ Uso de métodos anticonceptivos.
 - ❖ Aborto como método anticonceptivo.

RECOMENDACIONES.

1. Negociar con directivos del IPU la implementación de la estrategia en el estudiantado para próximos cursos escolares.
2. Evaluar a mediano y largo plazo indicadores de impacto como resultado de la implementación de la intervención educativa.
3. Proponer al PAMI Municipal la implementación de esta Estrategia de Intervención Educativa en el resto de las escuelas secundarias y preuniversitarias del municipio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografías acotadas

1. Rigor R O [y otros] Obstetricia y Ginecología. 2th ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
2. Muñoz Martínez A; Zamarreño Nerey W; Comportamiento del embarazo en la adolescencia en 87 pacientes. [Serie en Internet]. 2008 [16/4/10]; n.16 [aprox.12p.]. Disponible en: [Phttp://www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html](http://www.16deabril.sld.cu/rev/223/articulo2.html).
3. Vidal R M. Intervención Educativa sobre el embarazo en la adolescencia de la ESBU: FELIPE POEY ALOE. Ciro Redondo [TESIS]. Ciego de Ávila: Facultad de ciencias médicas “José Aseff Yara”. 2006.
4. Ravelo, A; Embarazo adolescente. Problema sin resolver. [Página en Internet]. La Habana: infomed; C. [Citado 16/4/09; actualizado 22/4/09] [aprox.2pantallas] Disponible en: www.mujeres.cubaweb.cu/articulo.asp?a=2009&num=430&art=22 - 29k
5. Valdés D, S; ESSIEN, J; Bardales M, J; Saavedra M, D; Bardales M, E; Embarazo en la adolescencia. Incidencias, riesgos y complicaciones. Rev. cubana obstet ginec. 2002; V.28 N2.
6. Rodríguez Gómez G, La fecundidad cubana entre los fines del siglo XX y principios del XXI, Rev. cub. salud pública vol.34 no.1 La Habana Jan./Mar. 2008.
7. Martín H, L; Reyes D, Z; Conducta Sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de Salud. Rev. Cubana salud 2004; 29(2):7-10.
8. Peláez Mendoza J. Adolescente Embarazada. Sexología y Sociedad 1995; 1(2):2-3

9. Fin de la Adolescencia. [página en Internet].La Habana: Infomed; C. 2008[Actualizada23/mar/08;citado23/mar/08][aprox.3pantallas].Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>.
- 10.Dos Santos M; La Visión de la mujer. La Habana. 2009. Publicado: 3/5/06. Actualizado: 2/1/09. Disponible http://www.monografias.com/trabajos11/La_mujer/La_mujer.shtml.
- 11.Martínez L, O; López P, I; Incidencias de abuso sexual en niños y adolescente. Manzanillo. Granma. 2009. Publicado: 1/2/09. actualizado:2/3/09.Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/incidencia-abuso-sexual/incidencia-abuso-sexual.shtml>.
- 12.Milano H, J T; Informe sobre Sexualidad, Sensualidad y Sexo. La Habana.2009. Publicado: 1/6/08. Actualizado: 24/3/09. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos16>.
- 13.Ledón, A; Evitar embarazo en la adolescencia es posible.[página en Internet].LaHabana:infomed;C.[citado 27/8/08] [aprox.4pantallas] Disponible en: www.artemisaradioweb.cu/Comentarios/Comentario%201270808.htm - 39k –
- 14.Espinosa M, C; Adolescencia ¿crisis? O duelos. La Habana.2009. fecha de consulta: 12/4/09.Disponible en: [http:// WWW. Monografías. com. trabajos 15 /adolescencia –crisis /adolescencia crisis..shtml](http://www.monografias.com/trabajos15/adolescencia-crisis/adolescencia_crisis.shtml).
- 15.Bringas S Y. Utilidad de una intervención educativa para elevar el conocimiento y prolongar la Lactancia Materna en embarazadas adolescentes [TESIS] .Ciego de Ávila: Facultad de ciencias médicas “José Assef Yara”. 2006.
- 16.Castellano R, A L; Métodos anticonceptivos. LaHabana.publicado:21/6/05. Actualizado:11/01/09.Disponible [http:// www.monografias.com trabajo 15 /métodos -anticonceptivos/ métodos anticonceptivos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos15/metodos-anticonceptivos/metodos_anticonceptivos.shtml).

17. Peláez M, J; Aborto en la adolescencia. Consideraciones bioéticas en torno a la decisión de abortar. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2008; v.34 n.3.
18. Monterrosa Castro A. Causa e implicaciones Médico-sociales del embarazo en la adolescencia. Actualizado: 22/2/08. disponible: [http: c. / en Colombia / revista G /directivas.htm](http://c. / en Colombia / revista G /directivas.htm).
19. Alejo López DR. Evaluación de conocimientos, actitud y práctica sobre HTA en la Atención Primaria de Salud [TESIS]. Ciego de Ávila: Facultad de ciencias médicas "José Assef Yara". 2009.

Bibliografías consultadas

1. González Loyola LL. Intervención Promocional sobre Lactancia Materna exclusiva en las gestantes de la Policlínica Sur de la provincia Ciego de Ávila [TESIS] .Ciego de Ávila: Facultad de ciencias médicas "José Assef Yara". 2006.
2. Álvarez Sintés R [y otros]. Temas de Medicina General Integral. La Habana: editorial Ciencias Médicas; 2001
3. Vázquez Cabrera J. Principales Complicaciones durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Libro (Editorial) ;2009.
4. Sigfrido Valdés D; Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial. "Ana Betancourt Mora" de Camagüey. Recibido: 3 de marzo de 2002. Aprobado: 1 de septiembre de 2002. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm.

Rodríguez Pérez M, Mora Rodríguez M, Mora Vera I. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. Policlínico Comunitario "Ernesto Guevara de la Serna", Calixto García, Holguín. Rev Cubana Enfermer v.17 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2001.

5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000200006&script=sci_arttext.
6. La importancia de prevenir el embarazo en la adolescencia. Camagüey, Cuba, 22 de Septiembre de 2010. [aprox. 1p.]. Disponible en : http://www.cadenagramonte.cu/index.php?option=com_content&view=article&id=3338:la-importancia-de-prevenir-el-embarazo-en-la-adolescencia&catid=85:sociedad&Itemid=6.
7. Colectivos de autores; Embarazo en la adolescencia. [página en Internet].LaHabana:infomed;C.[actualizada: julio 2010] [aprox.3pantallas] Disponible en: http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm
8. Colectivos de autores; Embarazo en la adolescencia. [página en Internet].LaHabana:infomed;C.[actualizada: marzo 2010] [aprox.3pantallas] Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente marzo 2010.
9. Colectivos de autores; Embarazo en la adolescencia. Actualizado:20/2/09. disponible:http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.pdf.

ANEXOS.

Anexo 1: Modelo de Consentimiento Informado del Padre o Tutor.

Estimado Padre o Tutor:

Por este medio le comunicamos que su hijo(a) ha sido escogido para la realización de una investigación donde recibirá conocimientos sobre embarazo en la adolescencia. Sólo necesitamos que usted autorice la colaboración y asistencia de su hijo(a) a todos los encuentros del curso, el cual será dinámico y atractivo. Esperamos su colaboración.

Si desea autorizar la participación en el estudio de su hijo(a) exponga aquí su consentimiento:

Yo _____ he tenido contacto con la Dra. Ismaray Moreno Basulto y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias. Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del curso, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que me atienden y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

_____.

Nombre y Apellidos:

CI: _____.

Dirección: _____.

Firma: _____.

Firma del Director

Fecha

Testigo

Investigador

Anexo 2: Consentimiento Informado del Adolescente.

Estimado adolescente

Por este medio te comunicamos que has sido escogido para la realización de una investigación donde recibirás conocimientos sobre riesgos del embarazo en la adolescencia. Sólo necesitamos tu colaboración y la asistencia a todos los encuentros del curso, el cual será dinámico y atractivo. Esperamos se colaboración.

Si deseas participar en el estudio expón aquí tu consentimiento:

Yo _____ en calidad de _____

(Nombre y apellidos)

(Muestra)

he tenido contacto con la Dra. Ismaray Moreno Basulto y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias. Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del curso, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que me atienden y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

_____.

Nombre y Apellidos:

CI: _____.

Dirección: _____.

Firma: _____.

Firma del paciente

Fecha

Testigo

Investigador

Anexo 3: Encuestas {Pre y Post - Prueba}.

Solicitamos su máxima cooperación para realizar esta investigación. Es de gran importancia su sinceridad al responder las preguntas que a continuación le formulamos, asegurándoles que las respuestas son completamente anónimas.

1. Sexo: Femenino:_____ Masculino:_____
2. Importancia de la edad en el inicio de las relaciones sexuales. Marca con una X las respuestas correctas.
 - a) — El cuerpo de la adolescente no está apto para consumir las relaciones sexuales, embarazo ni el parto.
 - b) — El cuerpo de la adolescente está apto para el embarazo y el parto.
 - c) — La edad óptima para comenzar una relación sexual es después de los 20 años.
 - d) — La edad óptima para comenzar una relación sexual es antes de los 20 años.
 - e) — Las relaciones sexuales precoces, con práctica desprotegida aumentan la probabilidad de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
3. Conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia. Marca con una X las respuestas correctas.
 - a) — El embarazo constituye un problema en la adolescencia.
 - b) — El embarazo es una manifestación de feminidad.
 - c) — El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que tiene lugar en mujeres menores de 20 años.
 - d) — El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que tiene lugar en mujeres mayores de 20 años.
 - e) — El embarazo en esta etapa no establece ningún riesgo.

4. Complicaciones del embarazo en esta etapa. Marca con una X las respuestas correctas.

- a) — Las niñas y jóvenes tienen que abandonar sus estudios y hogares, limitando así sus proyectos de vida.
- b) — El hijo de la madre adolescente no presenta ningún riesgo.
- c) — El mayor peligro de partos pre-términos y de muertes neonatales ocurren en hijos de madres adolescentes.
- d) — La madre adolescente no presenta ninguna complicación.
- e) — Es saludable el embarazo en esta etapa.

5. Uso de métodos anticonceptivos. Marca con una X las respuestas correctas.

- a) — Los adolescentes en general carecen del conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
- b) — El condón es el método anticonceptivo indicado en los adolescentes. Ayudando a impedir las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- c) — Los dispositivos intrauterinos (DIU) ejemplo: multiload, T de cobre, Asa de Lippes etc. Componen el método anticonceptivo indicado en los adolescentes.
- d) — El condón es perjudicial para la salud.
- e) — El condón no evita las ETS.

6. Aborto como método anticonceptivo. Marca con una X las respuestas correctas.

- a) — El aborto constituye un método anticonceptivo.
- b) — El aborto es un proceder que no presenta ninguna complicación al practicarlo.
- c) — El aborto cuando se practica puede acarrear una serie de de complicaciones.
- d) — cuando se realiza el aborto la mujer está expuesta a sufrir daños graves incluso la muerte.
- e) — El aborto no se recomienda como método anticonceptivo.

Control semántico:

Gestación: Embarazo.

Pre-términos: antes de tiempo.

Neonatales: recién nacido.