

A pregnant woman with dark hair pulled back, wearing a light blue, short-sleeved, textured dress. She is looking slightly to her left. The background is a solid, vibrant blue.

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA  
POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE  
“Belkis Sotomayor”  
(Servicios Médicos del Minint)  
Ciego de Ávila**

**Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento  
sobre el embarazo en adolescentes del CMF/7 del  
Policlínico Belkis Sotomayor.**

**Autor(a): Dra. Yanisleidis Palma Escobar.  
Residente de Segundo Año de Medicina General Integral.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN PRIMER GRADO DE MEDICINA GENERAL  
INTEGRAL  
CIEGO DE AVILA(2009)**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CIEGO DE ÁVILA**  
**POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE**  
**“Belkis Sotomayor”**  
**(Servicios Médicos del Minint)**  
**Ciego de Ávila**



**Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento  
sobre el embarazo en adolescentes del CMF/7 del  
Policlínico Belkis Sotomayor.**

**Autor(a): Dra. Yanisleidis Palmo Escobar.**  
**Residente de Segundo Año de Medicina General Integral.**

**Tutor(a): Dra. Eylén Naivis Blanco Quintana.**  
**Especialista de Primer Grado en MGI.**  
**Máster en Atención Integral a la Mujer.**

**Asesor(es): Dr. Santiago M López Vela.**  
**Especialista de Segundo Grado de Obstetricia y Perinatología.**  
**Máster en Atención Integral a la mujer.**  
**Profesor auxiliar.**

**Dr. Oscar Gómez Cárdenas.**  
**Especialista de Primer Grado en MGI.**  
**Máster en Atención Integral al Niño.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
DE PRIMER GRADO DE MEDICINA GENERAL  
INTEGRAL  
(2009)**

# 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, concientemente y bien informados, las responsabilidades que la sociedad les impone...

Dr. Celestino Álvarez Lajanchere.

# AGRADECIMIENTOS



A nuestro Fidel, por hacer realidad los sueños de una joven de estos tiempos.

A mí adorada madre por sus desvelos, amor y dedicación; y por formarme en valores de justicia, verdad, sacrificio y amor al prójimo.

A mi padre y mi abuelito por quererme y soportarme.

A los que me impulsan aún sin sospecharlo...

# DEDICATORIA



A Raúl y Fidel, por el legado de ser una joven revolucionaria de estos tiempos.

A mis queridos padres y abuelos, por tener sus esperanzas en mí.

A mi novio, fuente de inspiración.

A mis amigos, que en momentos buenos y malos están a mi lado, apoyándome.

# RESUMEN



La práctica médica diaria ha propiciado múltiples referencias relacionadas con deficiencias en los conocimientos que tienen nuestros adolescentes sobre el embarazo. Nos preguntamos si podríamos elevar el nivel de conocimientos mediante una intervención educativa sobre este tema. Con este propósito nos trazamos el objetivo de aplicar y evaluar un programa sobre estos aspectos. Para lo que se realizó un estudio de intervención Pre-experimental de tipo antes- después en la población de 10 a 19 años del CMF № 7 del Policlínico Belkis Sotomayor en Ciego de Ávila.

La muestra de trabajo estuvo conformada por 40 adolescentes de ambos sexos, a los que se les realizó un diagnóstico previo a la intervención, considerando algunas variables seleccionadas.

Hubo un predominio del sexo femenino y del grupo de edad entre 15 y 19 años. El 65,0% mantenían relaciones sexuales y de ellos un 45,0% tenían antecedentes de embarazo. Los conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos aumentaron considerablemente. Se incrementaron los conocimientos con respecto a los síntomas y signos del embarazo, pues el 100% de los adolescentes plantearon la falta de menstruación y la presencia de vómitos frecuentes. Se logró que el 100% tomara como conducta ante la sospecha de embarazo hablar con sus padres y con el médico de familia, que la mayor responsabilidad recaía sobre la pareja y sobre sus padres y que las principales consecuencias de un embarazo eran el abandono escolar y no saber criar al hijo, además aumentaron los conocimientos en un 95,0% cuando planteaban que las enfermedades relacionadas con el embarazo son otra consecuencia muy importante. El mayor porcentaje de los adolescentes estudiados fueron evaluados con buenos conocimientos para un 80,0%.

**Palabras claves: ADOLESCENCIA, EMBARAZO, INTERVENCIÓN EDUCATIVA, NIVEL DE CONOCIMIENTO.**

# ÍNDICE



INTRODUCCIÓN _____	1
Objetivos _____	4
CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA _____	5
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO _____	30
2.1 Nivel de conocimiento al inicio de la investigación _____	33
2.2 Intervención educativa _____	35
2.3 Nivel de conocimiento después de la intervención _____	41
2.4 Control semántico _____	42
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN _____	43
CONCLUSIONES _____	54
RECOMENDACIONES _____	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	56
ANEXOS	

# INTRODUCCIÓN



La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, o sea, un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Resulta tan intensa y diversa, y 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).<sup>1, 2,3</sup>

El embarazo en la adolescencia, particularmente en muchachas muy jóvenes, implica un riesgo de múltiples complicaciones, puesto que puede provocar la muerte de la madre o del niño. Estas complicaciones son más graves en adolescentes de menor edad (menos de 17 años).<sup>4,5</sup>

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos. En España, en 2001, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en el 2002 llegaba al 9,53; en el 2003 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 2004. Descendió, en 2005, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 2006. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 2007, descendiendo al 32,98 en los años 2008 y al 30,81 en 2009 respectivamente.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

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 implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho de estar embarazada tiene sobre los adolescentes, sus familiares y la propia sociedad. 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, pero que en ocasiones es la solución más fácil al problema. .

En el 2005, en EE.UU, el aborto alcanzó el 62%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas, ni acertadas (abortos o adopción). En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos. Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis.

En Cuba el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, hallándose entre las naciones con índice elevado de nacimientos en este grupo de edad. El 80 % de ellas tiene riesgo de tener hijos con peso menor de 2 500g, y 1,6 veces mayor que para las que tienen más de 18 años.<sup>6, 7,8</sup>

En nuestra comunidad la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema, ya que el embarazo en este período continúa aumentando, y tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo. Lo cual nos ha

motivado para realizar una intervención educativa con los adolescentes del CMF № 7 pertenecientes al Policlínico Belkis Sotomayor, para satisfacer sus necesidades y poder ejercer sobre ellos las acciones necesarias para su prevención.

El embarazo en la adolescencia es un tema en el cual está involucrado un porcentaje significativo de nuestros adolescentes. Por lo que nos realizamos: la siguiente **pregunta científica:**

¿Podremos elevar el nivel de conocimientos relacionados con el embarazo en esta etapa, mediante un programa de intervención educativa?

**Hipótesis:** Si se aplica un programa de intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia, se elevará el nivel de conocimientos en los adolescentes, favoreciendo estilos de vida saludables y la consecuente disminución de los embarazos en esta etapa.

# OBJETIVOS



## **2.1-General:**

Elevar el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia a través de un programa de intervención educativa en los adolescentes del CMF № 7 Policlínico Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila.

## **2.2-Específicos:**

2.2.1-Distribuir a la población estudiada de acuerdo a las siguientes variables:

- Grupos de edad y sexo.
- Escolaridad.
- Antecedentes de relaciones sexuales.
- Antecedentes de embarazo.

2.2.2-Identificar el conocimiento de los adolescentes antes de aplicada la intervención educativa, sobre el embarazo en la adolescencia en relación a:

- Principales métodos anticonceptivos.
- Síntomas y signos que sugieren embarazo.
- Conducta ante la sospecha de embarazo.
- Sobre quién recae la responsabilidad de un embarazo en esta etapa.
- Consecuencias de la adolescente embarazada.

2.2.3- Aplicar el Programa de Intervención Educativa.

2.2.4- Evaluar los conocimientos de los adolescentes estudiados después de la intervención educativa.

# CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



## **CONCEPTOS GENERALES:**

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.<sup>9, 10</sup>

Es considerada como un período 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.<sup>11,12</sup>

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 y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.<sup>13,14</sup>

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1– Adolescencia Temprana (10 a 13 años).

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas ovaciónales reales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3 – Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".<sup>15,</sup>

16, 17,18

### **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.<sup>19,20</sup>

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está 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.

EE.UU. es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.<sup>21,22</sup>

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.<sup>23</sup>

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto. En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50%

permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo.<sup>24,25</sup>

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

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 implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.<sup>26</sup>

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.

En 1985, en EE.UU. el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad.<sup>27</sup>

### **CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines pro creativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico. <sup>27</sup>

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:

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. <sup>26, 27</sup>

### **A – FACTORES PREDISPONENTES:**

1. – Menarquía Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola.
5. – Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. – Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. – Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. – Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. – Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. – Controversias entre su sistema e valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

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

13 – Menor temor a enfermedades venéreas. <sup>28</sup>

### **B – FACTORES DETERMINANTES:**

1. – Relaciones Sin Anticoncepción.
2. – Abuso Sexual.
3. – Violación

### **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.**

A. – La adolescencia de las adolescentes embarazadas.

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.

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.

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.

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.

### **B – ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD:**

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 exageran 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.

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.

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.

### **C- EL PADRE ADOLESCENTE:**

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. 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, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

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 desamparo 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".

### **D-CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE:**

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

#### 1. – 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 chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

#### 2. – 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 ellos.

### 3. – 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. <sup>29</sup>

## **ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA:**

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestante como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable <sup>30, 31</sup>

### **A – GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL:**

1. Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
2. Antecedente de abuso sexual.
3. Enflaquecimiento (desnutrición).
4. Estatura de 1,50 m o menor.
5. Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
6. Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

### **B – GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL:**

1. Menarquía a los 11 años o menos.
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
3. Ser la mayor de los hermanos.

### **C – GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE:**

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable. La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8 % en Chile)

### **ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE:**

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la feminidad y su entorno social.

Las actividades del programa se dividen en 5 períodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

### **CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE:**

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.

En EE.UU. la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años.

En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

### **A – PRIMER TRIMESTRE:**

#### 1. – Trastornos Digestivos.

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

#### 2. – Metrorragias.

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en un 5,7% de las adultas.

#### 3. – Abortos Espontáneos.

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

#### 4. – Embarazos Extrauterinos.

Según Amuerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

### **B – SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE:**

#### 1. – Anemia.

- Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por

Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

## 2. – Infecciones Urinarias.

- Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

## 3–Amenaza de Parto Pretérmino.

- Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

## 4. – Hipertensión Arterial Gravídica.

- Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

## 5. – Mortalidad Fetal.

- No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

## 6. – Parto Prematuro.

- Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.

#### 7. – Crecimiento Intrauterino Retardado.

- Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

#### 8. – Presentaciones Fetales Distólicas.

- Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

#### 9. – Desproporciones Céfalo-pélvicas.

- Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

#### 10. Tipo de Parto.

- En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes, la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.

#### 11. – Alumbramiento.

- Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

#### 12. – Otras Complicaciones.

- La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes. <sup>32,33</sup>

## **RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE:**

### **A. – PESO:**

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.

### **B. – INTERNACION EN NEONATOLOGIA:**

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

### **C. – MALFORMACIONES:**

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

### **D. – MORTALIDAD PERINATAL:**

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).  
<sup>33, 34,35</sup>

## **PRONÓSTICO**

### **A. – MATERNO:**

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70%

abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.

#### **B. – FETAL:**

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer. <sup>36</sup>

### **PREVENCIÓN**

#### **A. – PRIMARIA:**

A realizarse antes de la actividad sexual.

#### **B. – SECUNDARIA:**

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

#### **C. – Terciaria:**

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones. <sup>37</sup>

### **ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE**

#### **A. – EL ENFOQUE DE RIESGO:**

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

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

b. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.

2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario.

## **B – LA CONSULTA CON ADOLESCENTES:**

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

1. – Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta.

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un auto cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

## 2. – Dificultad para el vínculo con el hijo

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

## 3. – Perfil deseable del médico para atender adolescentes

a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.

b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.

c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.

d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

## 4. – Contexto de la maternidad adolescente.

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.
  - b. Pareja ambivalente o ausente.
  - c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
  - d. Condiciones económicas desfavorables.
  - e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.
5. – Objetivos del equipo de salud.
- a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
  - b. Fortalecer los vínculos familiares.
  - c. Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
  - d. Brindar atención perinatal integral.
6. – Estrategias del equipo de salud.
- a. Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, psicólogo,
  - b. Asistente social).
  - c. Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
  - d. Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
  - e. Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención. <sup>38, 39</sup>

## **MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES**

En muchos países en desarrollo es francamente más alta. Mortalidad materna en adolescentes y no adolescentes en algunos países, por 100.000 nacidos vivos.

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoria de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.

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, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la atención primaria de la salud. <sup>40, 41</sup>

### **MORBILIDAD OBSTETERICA EN LAS ADOLESCENTES:**

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones fetopélvicas. Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan a los 15-18%, superiores a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).

### **EL ABORTO EN LAS ADOLESCENTES:**

El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado. Sus causas son habitualmente psicosociales y las consecuencias de sus complicaciones son médicas.

En EE.UU. en 1991 la tasa de abortos entre 15 y 19 años descendió al 35/1.000 y, en 1997, la tasa de abortos a toda edad era del 26/1.000. En Italia, en 1991, la tasa de abortos entre 15 y 19 años era del 4,6/1.000 y, en 1996, la tasa de abortos a toda edad llegaba al 10,6/1.000. Por tanto, el aborto tiene un comportamiento diferente de un país a otro y en países europeos tiene tasas más bajas. Abortos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años en países industrializados (1981)

En Cuba, donde el aborto está despenalizado, en 1996-97 el 25% de los abortos fueron practicados en adolescentes y, entre los factores riesgo, el primero fue ser estudiante y el segundo fue tener menos de 18 años. En EE.UU. en 1994-95, el 14,5% de los abortos despenalizados fueron practicados en menores de 19 años, lo que marca la diferencia entre países. Los países sin aborto legal carecen de estadísticas fidedignas del aborto voluntario o inducido. Las estadísticas se basan en los egresos hospitalarios de los casos complicados y en encuestas poblacionales. La información de la primera fuente se ve sesgada por razones legales, aumentando la tasa de abortos

espontáneos y la tasa de complicaciones dependerá de los ejecutores clandestinos (su entrenamiento, sus recursos, los costos). En África, en 1997, 2/3 de los egresos hospitalarios por abortos correspondieron a adolescentes. En Venezuela, en el mismo año, el 12% de las muertes maternas fueron por abortos en adolescentes.

En Chile, los egresos hospitalarios por abortos complicados, fueron: 1960: 10,6%; 1981: 10,9%; 1988: 9,3%; 1991: 10%. Son cifras altas si se las expresa en relación a nacidos vivos.

La información de morbilidad por aborto en adolescentes, está influenciada por el diagnóstico tardío del embarazo en ellas haciendo que, al acudir a "aborteros" de bajo nivel, se practiquen los abortos en gestaciones avanzadas y en malas condiciones higiénicas. Además, por desconocimiento del embarazo por parte de padres o tutores, las complicaciones del aborto de las adolescentes se reportan tardíamente, llegando en sumo estado de gravedad a la internación, con mayor mortalidad (shock séptico, anemia extrema, compromiso de vísceras por perforaciones uterinas).

La prevalencia de aborto, por medio de encuestas de fecundidad, también tienen errores por miedo a revelar el hecho o por olvido del mismo a más de 2 años de practicado. Encuestas realizadas en comunidades pobres de Santiago de Chile en 1991, se observó que la tasa de abortos espontáneos y provocados por 1.000 embarazos, era más baja en menores de 19 años que entre 20 y 24 años y adultas. Al parecer, la fecundidad de la adolescente pobre se expresa más como nacido vivo que como aborto, cuando éste no está legalizado y los embarazos no deseados en adolescentes tienen menores tasas que en los países con aborto legal, expresando la menor información y medios de la adolescente pobre en recursos económicos y educación .<sup>42, 43,44</sup>

### **ALCANCE COMUNITARIO**

Con la aplicación de un programa de intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia, esperamos elevar el nivel de conocimiento de nuestros adolescentes, favoreciendo así estilos de vida saludables en los mismos, evitando el aborto y sus funestas complicaciones, así como las implicaciones que tiene un embarazo no deseado para la familia, los adolescentes, su producto y la sociedad.

## **CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO**



Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después de intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia, favoreciendo estilo de vida saludables y la consecuente disminución de los embarazos en esta etapa en la población de 10 a 19 años del CMF № 7 del Policlínico Belkis Sotomayor en Ciego de Ávila, en el período comprendido del 3 de enero del 2008 al 16 de enero del 2009.

El universo estuvo constituido por 40 adolescentes de edades comprendidas de 10 a 19 años de dicho consultorio, a los que se explicó las características de la investigación y se les pidió su disposición para participar en el estudio mediante el llenado de la planilla de consentimiento informado. (Anexo-1).

La muestra de trabajo quedó conformada por el 50% del universo, 20 adolescentes seleccionados a través de una asignación aleatoria simple que cumplieron con los siguientes criterios:

**-Criterios de inclusión:** Estar de acuerdo en participar en la investigación.

No estar becado.

No tener discapacidad mental.

**-Criterios de exclusión:** No satisfacer los criterios de inclusión.

**-Criterios de salida:** Todo adolescente que abandonó las sesiones del programa educativo.

**-Ética y Bioética:** Los adolescentes de la muestra tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporados a este tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos, sus padres y el investigador, quién dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información. (Anexo-1)

La estrategia metodológica del trabajo se basa en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

**Métodos teóricos:**

- Análisis Histórico-Lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre embarazo en la adolescencia.
- Análisis-Síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Inducción-Deducción: Se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético-Deductivo: Deduce una hipótesis como respuesta al problema.
- Sistémico-estructural-funcional: se utilizó para la elaboración del programa de intervención educativa.

**Métodos empíricos:**

- La observación: mediante la misma se conoce la realidad del proceso, el riesgo de los adolescentes de embarazarse, y no ser detectadas tempranamente, de esta forma identificar sus conocimientos y poder aplicar un programa de intervención educativa que logra resolver el objetivo de la investigación

- La encuesta: dada sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó en los adolescentes del CMF/7 objeto de estudio para saber los conocimientos que tienen los mismos acerca del embarazo en la adolescencia. Lo cual constituyó la técnica de recolección de la información.

## **Técnica de recolección de la información**

Los datos recolectados fueron llevados a un fichero empleando el paquete estadístico SPSS para Windows y con el auxilio de una microcomputadora Pentium, se conformaron las tablas con la finalidad de demostrar relaciones entre las variables, y como resumen de la información se utilizó el por ciento.

Desde el punto de vista inferencial se aplicó a los niveles generales de conocimientos la prueba de hipótesis para la comparación de medias, para demostrar la diferencia entre los momentos iniciales y finales del estudio, dejando visto la superioridad del segundo momento. Para ello se trabajó con la base de datos de SPSS y se aplicó en opción analizar la de comparación de medias, obteniendo para estas una probabilidad de significación ( $p$ ), que al compararlas con alfa ( $\alpha$  de significación 0,05), y al plantear las hipótesis estadísticas:

$H_0: \mu_1 > \mu_2$  (Hipótesis nula)

$H_1: \mu_1 < \mu_2$  (Hipótesis alternativa)

Que por ser de una cola cuando  $p < 0,05$  se rechaza  $H_0$  aplicando en este caso el método de la probabilidad marginal, y llegando a la conclusión que el momento final es superior al inicial.

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. (Anexo 2)

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 14 ítems antes y después de la intervención educativa con una muestra de 20 adolescentes, que constituyó el sustento informativo de todo el trabajo. En esta se recogieron todas las

variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas.

Estos resultados fueron analizados para emitir conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación. Por último, se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Docencia Superior y Postgrado.

## **CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Programa de Intervención Educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en los adolescentes del CMF # 7 del Policlínico Belkís Sotomayor de Ciego de Ávila.

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

### **VARIABLE DEPENDIENTE.**

Nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia: La adquisición a través de la capacitación de los adolescentes sobre temas relacionados con la sexualidad responsable y el embarazo en esta etapa.

## **2. El trabajo se desarrolló en tres etapas:**

- 2.1. Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.
- 2.2. De intervención educativa.
- 2.3. Nivel de conocimiento después de la intervención.

### **2.1. Nivel de conocimiento al inicio de la investigación**

En esta fase se identificó el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en los adolescentes seleccionados para la investigación, para ello se realizó una encuesta (Anexo-2), dicha encuesta contó de 14 ítems que evaluaron variables de interés, los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

- 1- **Edad:** variable cuantitativa de intervalo. Según último año de edad cumplido.
- 2- **Sexo:** variable cualitativa nominal. Según sexo biológico de pertenencia.
- 3- **Escolaridad:** variable cualitativa ordinal. Según último año escolar terminado.

Primaria terminada: hasta sexto grado.

Secundaria terminada: hasta noveno grado.

Preuniversitario terminado: hasta duodécimo grado.

Técnico medio terminado.

4- **¿Has tenido relaciones sexuales?**

Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas: Si ( ) No ( )

5- **¿Has estado embarazada?**

Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas: Si ( ) No ( )

6- **¿Conoce como se evita el embarazo?**

La misma fue pregunta abierta de opinión donde el investigador evalúa el conocimiento teórico de los adolescentes, se le fue adicionando un punto por cada respuesta correcta hasta llegar a 5 puntos.

7- **¿Conoce los siguientes métodos anticonceptivos?**

Se respondió politómicamente con una ó más cruces según correspondió en las posibilidades de respuesta. Todas las posibilidades son adecuadas. Por cada respuesta positiva se le ofertan 2 puntos.

8- **¿Conocimiento sobre la responsabilidad de la anticoncepción?**

Se respondió dicotómicamente con una cruz, y se categorizó como conocimiento correcto el que marcó el inciso c).

### **9- Conocimiento sobre los síntomas que caracterizan a una mujer embarazada.**

Se respondió politómicamente con una ó más cruces según correspondió en las posibilidades de respuesta. Todas las posibilidades son adecuadas. Por cada respuesta positiva se le ofertan 4 puntos.

### **10- Conocimiento sobre el coito interrumpido**

Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuesta: Si ( ), No ( ). Se consideró correcta la respuesta afirmativa e incorrecta la negativa.

### **11- Conocimiento de la mujer de quedar embarazada con una sola relación sexual**

Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuesta: Si ( ), No ( ). Se consideró correcta la respuesta afirmativa e incorrecta la negativa.

### **12- ¿Conoce la conducta que tomaría frente a la sospecha de un embarazo?**

Se respondió politómicamente con una cruz y se clasificó como conocimiento correcto los incisos c), d) y e), otorgándole a cada uno 5 puntos.

### **13- ¿Conocimiento sobre quién recae la responsabilidad de un embarazo?**

Se respondió dicotómicamente con una cruz y se clasificó como conocimiento correcto el inciso c), otorgando la totalidad de los puntos (15).

### **14- ¿Conoce cuales son las principales consecuencias a las que se enfrentan las adolescentes embarazadas?**

Se respondió politómicamente con una cruz en las posibilidades de respuesta. Se consideró como conocimiento correcto, una cruz en todas las alternativas. Por cada inciso marcado se otorgaron 4 puntos para un total de 20.

## **2.2 Intervención educativa**

Después de aplicada la encuesta a los adolescentes de la muestra, se desarrollo un programa educativo de seis sesiones de trabajo, de 2 horas de duración, con una

frecuencia quincenal. Los encuentros se efectuaron según la conveniencia en lugares para ellos pertinentes, siempre dentro de la comunidad en estudio. Cada actividad educativa al inicio se reforzó con un recuento somero de los aspectos tratados en el encuentro anterior, mediante el empleo de diversas técnicas participativas.

La investigación tiene como un propósito inicial conocer el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia y una vez realizado el diagnóstico inicial instruirlos 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.

Para la estructuración del programa de intervención y la elaboración de sus fundamentos teóricos se tomaron como base las ciencias filosóficas y sociológicas, así como la Pedagogía y la Psicología, las cuales permitieron desde el punto de vista teórico dar coherencia, científicidad y organización a la propuesta.

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, teniendo 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.

Se sustenta desde el punto de vista psicológico en la concepción Histórico-Cultural de L. S. Vigotsky, pues en el diseño de las actividades se tuvo en consideración el

carácter mediatizado de la psiquis humana, en la que subyace la génesis de la principal función de la personalidad, la autorregulación y su papel en la transformación de la psiquis, función que tiene como esencia la unidad de lo afectivo y lo cognitivo, elemento psicológico que se encuentra en la base del sentido que un contenido adquiere para el sujeto. De esta forma, el contenido psíquico sobre la base de la reflexión se convierte en regulador del comportamiento.

El programa de intervención se diseña 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.

Las acciones que en ella se diseñan serán ejecutadas en el propio centro y los ejecutores de cada actividad se seleccionarán tomando en cuenta a los profesionales más preparados, de mayor calificación y experiencia.

La responsabilidad del nivel de conocimiento en los adolescentes, sobre el embarazo en la adolescencia es compartida por el médico de la familia y los medios de difusión masiva, lo que facilitará aplicar programas bien diseñados y aplicables de forma masiva en las áreas de salud.

Programa educativo para elevar el nivel de conocimiento en los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.

## **SESION 1**

### **TEMA – Aspectos generales sobre sexualidad y adolescencia.**

**Objetivo** - Brindar información general acerca de la anatomía y fisiología del adolescente. Sexo y sexualidad humana.

**Desarrollo** – Se utilizó la técnica “Nombre y gesto”. Los presentes se colocaron en círculos, cada participante se presentó con su nombre. El tema de la sesión a través de una dinámica de grupo, que consistió en analizar y discutir colectivamente el tema de la

anátomo fisiología del adolescente, para propiciar el debate y con este la toma de conciencia sobre el asunto en particular y crear o modificar conocimientos.

**Tipo de Actividad:** Dinámica grupal.

**Recursos:** Lápices y hojas.

**Frecuencia:** Quincenal.

**Responsable:** Médico de la familia.

**Participantes:** Adolescentes.

## **Sesión 2**

**Tema – Embarazo y adolescencia e influencias psicológicas en el adolescente y la familia.**

**Objetivo –** Identificar las complicaciones de un embarazo en esta etapa, así como los riesgos para la madre y el futuro bebé y las implicaciones sociales.

**Desarrollo –** Al inicio de esta el investigador hizo un recuento sobre el tema de la sesión 1, para ello brindó una información general de los aspectos más importantes acerca de la anatomía y fisiología del adolescente.

Se usó la técnica “Liga del saber”, para evaluar el tema. Se formaron equipos y ganó el equipo que más factores relacionados con el embarazo en la adolescencia emitió.

**Tipo de actividad:** Debate

**Recursos:** Lápices y hojas

**Frecuencia:** Quincenal

**Responsable:** Médico de la familia

**Participantes:** Adolescentes.

## **Sesión 3**

**Tema –Planificación familiar**

**Objetivos** – Brindar información sobre la anticoncepción, Tipos de métodos anticonceptivos, así como la ventajas y desventajas de los mismos.

**Desarrollo** – Al inicio de esta el investigador hizo un recuento de la anterior, mediante un resumen sobre las características del embarazo y la influencia psicológica en el adolescente y la familia.

Se enfatizó en el conocimiento y uso de la anticoncepción, así como la forma de adquisición de los mismos.

**Tipo de actividad:** Video-debate.

**Recursos:** Equipo de video

**Frecuencia:** Quincenal

**Responsable:** Médico de la familia.

**Participantes:** Adolescentes.

## **Sesión 4**

**Tema – Aborto y embarazo.**

**Objetivo** –Brindar recursos para actuar ante las sospecha de un embarazo, como evitar el mismo y formas de diagnóstico.

**Desarrollo** –Al inicio de esta sesión el investigador hizo un recuento de la anterior, y se les pidió voluntariamente a uno de los adolescentes que expusiera con sus palabras las formas de evitar un embarazo y que hacer ante la sospecha del mismo.

**Tipo de actividad:** Video-debate.

**Recursos:** Equipo de video

**Frecuencia:** Quincenal

**Responsable:** Médico de la familia.

**Participantes:** Adolescentes.

## **Sesión 5**

### **Tema – Amor y adolescencia**

**Objetivo** – Brindar información sobre la importancia de la comunicación entre la pareja, la selección de la misma, y valores asociados a esta.

**Desarrollo** – Al inicio de la sesión el investigador recordó que hacer ante la sospecha de un embarazo y su formas de diagnóstico.

Luego se utilizó la técnica “El abanico”. Se repartieron dos abanicos de papel a cada grupo y se dieron lápices. Se pidió al colectivo que seleccionara en cada grupo un participante que escribiera en cada pliegue del abanico algunos de los valores asociados a la selección de la pareja, así como importancia de la comunicación en la misma. Se recogieron después ambos abanicos para discutirse en colectivo, posteriormente se resumió por el investigador los medios abordados, se enfatizó en los correctos y esclarecieron las dudas al respecto. Tipo de actividad: Dramatizaciones, luego de animación "Las lanchas ",

**Tipo de actividad:** clase taller

**Recursos:** Lápices y hojas

**Frecuencia:** Quincenal

**Responsable:** Médico de la familia.

**Participantes:** Adolescentes

## **Sesión 6**

### **Tema – Salud reproductiva**

**Objetivos** –Identificar la conducta sexual de riesgo.

**Desarrollo** – Al inicio de sesión el investigador hizo un resumen de la anterior mediante el recuento sintético de la comunicación de la pareja, la selección de la misma y los valores asociados a esta.

Se explicó las características de conducta sexual riesgosa, así como sus consecuencias, explicando en que consiste cada una de ellas de manera que se

lograra la comprensión de todas ellas. Se utilizaron medios auxiliares como pancartas y láminas.

**Tipo de actividad:** Dinámica con debate de situación.

**Recursos:** Lápices y hojas

**Frecuencia:** Quincenal

**Responsable:** Médico de la familia.

**Participantes:** Adolescentes

### **2.3 Nivel de conocimiento después de la intervención**

Después de culminada la última sesión a los tres meses, se aplicó nuevamente la encuesta inicial a la misma muestra de adolescentes. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de nivel de conocimiento al inicio de la investigación con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

## **Control semántico**

CMF: Consultorio médico de la familia

DIU: Dispositivo intrauterino

RN: Recién nacido

OMS: Organización Mundial de la Salud

CIUR: Crecimiento Intrauterino Retardado

# CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS



**Tabla No-1:** Distribución de los adolescentes estudiados según grupos de edad y sexo.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

Grupos de Edad	Sexos				Total (n=20)	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
10-14	3	42,8	5	38,4	8	40,0
15-19	4	57,1	8	61,5	12	60,0
TOTAL	7	35,0	13	65,0	20	100

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-1 podemos apreciar que de 40 adolescentes estudiados 13 para un 65,0% pertenecen al sexo femenino y solo un 35,0% son masculinos. En ambos sexos

el mayor porcentaje de estudiados se encontraba entre los 15 a 19 años de edad para un 60,0%.

En nuestro estudio decidimos incorporar a los dos sexos, pues como señalaría Zcindenstins, presidente de population Council...Tampoco olvidemos que sus compañeros, esos hombres jóvenes que identifican la desinhibida efusión de la sexualidad y la fecundidad con la masculinidad, muchos de ellos no tienen la intención de volverse padres pero ignoran los recursos a su alcance para evitar la paternidad.<sup>18,</sup>

19

Los resultados coinciden con los encontrados por colaboradores al descubrir que el 54,6% de su muestra pertenecía al sexo femenino y se encontraban entre 15 y 19 años

.<sup>15, 16, 17,18</sup>

**Tabla No-2:** Distribución de los adolescentes estudiados de acuerdo al nivel de escolaridad.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

<b>Escolaridad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Primaria Terminada	2	10
Secundaria Terminada	6	30,0
Preuniversitario Terminado	4	20,0
Técnico Medio	8	40,0
Total	20	100.00

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-2 observamos que el 40,0% de los adolescentes estudiados tenían un nivel educacional de técnico medio, seguido en orden decreciente por el nivel secundario para un 30,0%, y solo 2 adolescentes se encontraban en primaria terminada para un 10,0%.

Estos resultados coinciden con otros autores, donde el mayor porcentaje de su muestra presentaba un nivel de técnico medio para un 48, 43%. <sup>20, 22,29</sup>

También coinciden los resultados con Gallo y López, donde se encontró que los adolescentes de baja escolaridad poseían menos conocimientos sobre los efectos perjudiciales del embarazo en la adolescencia, así como las consecuencias sociales que implican. <sup>13</sup>

Mientras que estudios realizados por Farr y it al no muestran diferencias significativas entre el grado de escolaridad de los adolescentes con respecto a sus conocimientos sobre el embarazo en esta etapa. <sup>15</sup>

**Tabla No-3:** Distribución de los adolescentes estudiados según antecedentes de relaciones sexuales.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

<b>Relaciones sexuales</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Tienen	13	65,0
No tienen	7	35,0
Total	20	100,0

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-3 podemos apreciar que más de la mitad de los adolescentes tienen relaciones sexuales para un 65,0% y solo un 35,0% refirieron no haber tenido.

Algunos investigadores plantean que aproximadamente el 25% de la población mundial y el 10% de la cubana se ubica 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 nuevas potencialidades sexuales, sin correr riesgos innecesarios. Más del 80% de estos adolescentes mantienen relaciones sexuales de forma inadecuada e insegura trayendo consigo trastornos como los embarazos, la maternidad y paternidad temprana, uniones consensuales sin la requerida madurez, los abortos y las infecciones 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. <sup>1</sup>

Estudios realizados a un total de 833 adolescentes, refieren que el 90% de estos, habían iniciado ya sus relaciones cóitales. <sup>14</sup>

**Tabla No-4:** Distribución de los adolescentes estudiados según antecedentes de embarazo.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

<b>Antecedentes de Embarazo</b>	<b>No(n=20)</b>	<b>%</b>
Con antecedentes	9	45,0
Sin antecedentes	4	20,0
Total	13	65,0

Fuente: Cuestionario de datos.

Nota: \*Se excluyen los adolescentes que no han iniciado sus relaciones sexuales.

\*También se estudia en el sexo masculino.

En la tabla No-4 podemos apreciar que el 45,0 % de los adolescentes que habían mantenido relaciones sexuales tenían antecedentes de embarazo. Solamente cuatro (4) adolescentes no habían presentado embarazos para el 20,0%.

A pesar de los esfuerzos por prevenir el embarazo en la adolescencia, estos se están incrementando en todo el mundo. Según la organización mundial de la salud (OMS) cada año se reportan más de 17 millones de jóvenes entre 15-19 años, de los cuales 16 millones aproximadamente ocurren en países en vías de desarrollo.

Otros estudios de investigaciones señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo de la vida de los adolescentes.<sup>9, 24</sup>

**Tabla No – 5** Conocimientos sobre principales métodos anticonceptivos antes y después de la intervención.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

(n=20)

<b>Principales métodos Anticonceptivos</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
DIU	13	65,0	16	80,0
Tabletas	16	80,0	19	95,0
Diafragma	3	15,0	7	35,0
Condón	18	90,0	20	100
Método del ritmo	4	20,0	10	50,0
Coito interrupto	4	20,0	8	40,0

Fuente: Cuestionario de datos

Al observar la tabla No-5 apreciamos que antes de aplicada la intervención educativa había un predominio en los conocimientos acerca del condón para un 90,0%, le seguía en orden decreciente las tabletas con un 80,0% y los DIU para un 65,0%. Solo 4 adolescentes tenían conocimientos del método de ritmo y del coito interrupto como otros métodos para evitar el embarazo, para un 20,0%.

Luego de aplicada la intervención hubo un aumento de los conocimientos de estos métodos en un 100%, 95,0% y en un 80,0% respectivamente. Logramos además, que conocieran un poco más sobre el método de ritmo y el coito interrupto para un 50,0% y un 40,0% respectivamente, pues en ocasiones pudieran ser su única alternativa, aunque deben manejarse otros métodos más seguros.

Algunos autores plantean que es muy importante saber escuchar y tener en cuenta las características de una pareja, así como los riesgos, los beneficios, los efectos secundarios y las complicaciones que implican el uso de cada método anticonceptivo disponible.<sup>7,44</sup>

**Tabla No-6** Conocimientos sobre los síntomas y signos que sugieren embarazo antes y después de la intervención.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

(n=20)

Síntomas y signos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Náuseas	11	55,0	19	95,0
Sueño	6	30,0	15	75,0
Vómitos frecuentes	13	65,0	20	100
Falta de menstruación	16	80,0	20	100
Abdomen que aumenta de tamaño	9	45,0	18	90,0
Aumento del apetito	10	50,0	16	80,0

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-6 observamos que antes de la intervención el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre los síntomas y signos que sugieren embarazo era cuando faltaba la menstruación, cuando habían vómitos frecuentes y tenían náuseas para un 80%, 65%,y 55% respectivamente. Luego le siguió aumento del apetito 50,0%, abdomen que aumenta de tamaño 45,0%; y solo 6 adolescentes sugirieron síntomas de sueño, para un 30,0%.

Una vez aplicado el programa, se incrementó el porcentaje de todos los síntomas y signos del embarazo, logrando aumentar el nivel de los conocimientos en un 100% cuando referían la falta de la menstruación y la presencia de vómitos frecuentes. Un resultado importante también lo alcanzó la presencia de náuseas para un 95,0%. No descartando que todos los adolescentes mejoraron sus conocimientos.

Otros autores coinciden que durante la adolescencia deben tratarse contenidos en los programas escolares, que permitan elaborar conceptos y poner en claro cambios con respecto al cuerpo humano; de forma tal que adquiriera experiencias de aprendizaje.<sup>1,5,9,20</sup>

**Tabla No-7** Conocimientos sobre las conductas ante la sospecha de embarazo antes y después de la intervención.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

(n=20)

Conductas	Antes		Después	
	No	%	No	%
Conversar con una amiga	12	60,0	4	20,0
Hablar con un vecino	11	55,0	3	15,0
Acudir al médico de la familia	8	40,0	20	100
Hablar con tus padres	9	45,0	20	100
Decirlo a tu pareja	6	30,0	19	95,0
Tratar de que no lo sepa nadie	6	30,0	2	10,0

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-7 observamos que antes de la intervención un 60,0% opinaban que la mejor conducta ante la sospecha de embarazo era conversar con una amiga, en orden decreciente hablar con un vecino para un 55,0%, y solo un 45,0% estaba a favor de hablar con sus padres. El 30,0% reportó que decirlo a su pareja y tratar de que no lo supiera nadie era la mejor opción. Tenemos que recordar que un adolescente estuvo de acuerdo con más de una conducta. Luego de haber intervenido logramos establecer una buena relación con los adolescentes, y explorar aspectos de la vida íntima que debían ser tratados con la máxima discreción, alcanzando en un 100% la confianza de estos para comunicarse con sus padres y con nosotros. El 95,0% refirió que también era importante hablar con su pareja. Logramos que solo 2 adolescentes refirieran ocultar su embarazo para el 10,0%.

Otros autores plantean que los adolescentes deben tener una educación sexual adecuada, proporcionada primeramente por sus padres; para orientar rápidamente ante cualquier problema y decidir conducta.<sup>16, 20,23</sup>

**Tabla No-8** Conocimientos sobre en quien recae la responsabilidad de un embarazo antes y después de la intervención.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

<b>Responsabilidad</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Sobre la mujer	12	60,0	–	–
Sobre el hombre	10	50,0	–	–
Sobre la pareja	8	40,0	20	100
Total	20	100	20	100

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-8 observamos que antes de aplicada la intervención el 60,0% opinaban que sobre la mujer recaía la mayor responsabilidad, en orden decreciente el 50,0% opinó que era sobre el hombre y el 40,0% que era sobre la pareja.

Con nuestro programa educativo logramos ampliar los conocimientos sobre las características psicológicas, biológicas y socioeconómicas de una adolescente embarazada, y quienes eran los que tenían que brindarle mayor apoyo para garantizar la salud de la madre y su futuro hijo. Por lo que se logró en un 100% que los adolescentes aumentaran sus conocimientos planteando que sobre la pareja recaía la mayor responsabilidad de un embarazo. Disminuyendo considerablemente la individualidad, que si es el hombre o la mujer.

Otros estudios coinciden con nosotros, al referir que los padres de la pareja juegan un rol muy importante en el desarrollo de su embarazo.<sup>42, 44</sup>

**Tabla No-9** Conocimientos sobre consecuencias de la adolescente embarazada antes y después de la intervención.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

(n=20)

Consecuencias	Antes		Después	
	No	%	No	%
Rechazo familiar	10	50,0	14	70,0
Abandono de la pareja	14	70,0	16	80,0
Enfermedades relacionadas con el embarazo	8	40,0	19	95,0
Abandono escolar	9	45,0	20	100
No saber criar al hijo	8	40,0	20	100

Fuente: Cuestionario de datos.

En la tabla No-9 observamos que antes de aplicada la intervención el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre las principales consecuencias de un embarazo eran el abandono de la pareja para un 70,0%, en orden decreciente el rechazo familiar para un 50,0% y el abandono escolar para un 45,0%. Mientras que el 40,0% plantearon que las enfermedades relacionadas con el embarazo y no saber criar al hijo eran las fundamentales consecuencias.

Con nuestro programa educativo logramos incrementar los conocimientos sobre las consecuencias de un embarazo en la adolescencia, alcanzando un 100% el abandono escolar y no saber criar al hijo y las enfermedades relacionadas con el embarazo un 95,0%. Logramos en estos adolescentes que conocieran que tanto el CIUR, el bajo peso al nacer, las malformaciones congénitas, el retraso mental, como las endocrinopatías son algunas de las enfermedades que se pueden asociar con un embarazo en esta etapa. Por ser los padres eslabón importante en la educación sexual de sus hijos, analizamos el rechazo familiar como otra consecuencia alcanzando el 70,0%. Otros autores coinciden con nuestros resultados.<sup>12, 23,25</sup>

**Tabla No-10** Nivel de conocimientos generales sobre embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención educativa.

Consultorio # 7. Área Norte Ciego de Ávila. 3 enero 2008-16 enero 2009.

Conocimientos generales	Antes		Después	
	No	%	No	%
Correcto	12	60,0	20	100
Incorrecto	8	40,0	-	-
Total	20	100	20	100

Fuente: Cuestionario de datos.

Al analizar los valores de esta tabla en la escala de 0-100 puntos y calcular la media inicial  $x_1 = 64,54$  con una desviación estándar de 16,47 y la final  $x_2 = 85,33$  con una desviación estándar de 4,60 lo cual indicó a simple vista que el valor de la segunda media se movió en un rango más pequeño. Al plantear las hipótesis estadísticas  $H_0 = \mu_1 > \mu_2$  y  $H_1 = \mu_1 < \mu_2$  y según el SPSS  $p = 0,000 < 0,05$ , por tanto al aplicar el método de la probabilidad marginal se rechazó  $H_0$  dejando la evidencia de la superioridad del segundo momento para un 95% de confiabilidad.

En la tabla No-10 observamos que antes de aplicada la intervención predominaron las respuestas correctas para un 60%, seguida de las respuestas incorrectas con 40%.

La educación es una variable clave en la explicación y transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva, ésta constituye un arma importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, y ya que ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios,

convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos, ayudándolos a su vez a escoger, reflexionar y a ejercer su autodeterminación ante sus problemas de salud <sup>32</sup>.

Después de realizada la intervención logramos elevar el nivel de conocimiento donde el mayor porcentaje de los adolescentes, o sea, el 100% obtuvo evaluaciones correctas.

No hubo ningún adolescente evaluado de mal.

Otros estudios obtuvieron buenos resultados después de aplicada una intervención educativa, donde solo un pequeño grupo de adolescentes fueron evaluados de regular.<sup>8, 33</sup>

# CONCLUSIONES



En la investigación predominaron los adolescentes femeninos y el grupo de edad de 15 a 19 años, un 40,0% estaban graduados de técnico medio y un 65,0% declararon tener relaciones sexuales, de los cuales un 45,0% ya habían tenido embarazos. Antes de la intervención educativa pudimos constatar que existían un nivel de conocimientos deficientes sobre el embarazo en la adolescencia, variables que alcanzaron un nivel de conocimiento suficiente luego de la intervención educativa, o sea que se comprobó dadas sus respuestas antes-después los beneficios de dicha estrategia al adquirir conocimientos sobre métodos anticonceptivos, síntomas y signos de embarazo, conducta ante la sospecha del mismo, responsabilidad y consecuencias de esta etapa de la vida, por lo que se evalúa de satisfactoria y enriquecedora esta experiencia.

# RECOMENDACIONES



- Incrementar acciones de promoción sobre educación sexual en los adolescentes con la participación de la familia y la comunidad, para disminuir el embarazo en la adolescencia y favorecer estilos de vida adecuados.
- Divulgar los resultados de la intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- 1- Yale Medical Group Health Information. BMJ. (2005); 326(7455):186.
- 2- Secretaria de Salud. Dirección General de Información en Salud. Adolescents mortality. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [online]. 2005, vol. 62, no. 3, pp. 225-238. Disponible en: [\[1\]](#). ISSN 1665-1146.
- 3- M Rodríguez Rigual. [Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia](#) (en español). An Pediatr 2004; 58: 104 - 106.
- 4- Academia Estadounidense de psicología del Niño y del Adolescente (abril 2004). [El Desarrollo Normal de la Adolescencia: La escuela intermedia y los primeros años de la secundaria](#) (en español). Información para la familia.
- 5- POLANCZYK, Guilherme V., DENARDIN, Daniel, LAUFER, Tatiana et al. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na adolescência. Adolesc. Latinoam. [online]. nov. 2005, vol.3, no.2 [citado 19 Abril 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: [\[2\]](#). ISSN 1414-7130.
- 6- MedlinePlus (febrero 2007). [Desarrollo del adolescente](#) (en español). Enciclopedia médica en español.
- 7- Academia Estadounidense de psicología del Niño y del Adolescente (abril 2006). [El Desarrollo Normal en la Adolescencia: Los últimos años de la escuela secundaria y más allá](#) (en español). Información para la familia.
- 8- Texas Children's Hospital (octubre 2005). [Crecimiento y desarrollo de los adolescentes](#) (en español).
- 9- The Nemours Foundation (KidsHealth.com) (septiembre 2006). [¿Cuándo comenzaré a desarrollarme?](#) (En español). Para adolescentes.
- 10- MedlinePlus (diciembre 2006). [Pubertad y adolescencia](#) (en España).

- 11- BARALDI, Ana Cyntia Paulin, DAUD, Zaira Prado, ALMEIDA, Ana Maria de et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. Rev. Latino-Am.2006 Nov 15;100(10):3828-34.Epub 2006 Jul 5.
- 12- Enfermagem [online]. 2007, vol. 15, no. spe [citado 2008-04-19], pp. 799-805. Disponível em: [3]. ISSN 0104-1169.
- 13- Gallo MF, López LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight (Cochrane Review). Publicado en: The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2006.
- 14- Trussell J, Kowal D. The essentials of contraception. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al., eds. Contraceptive Technology, Seventeenth Revised Edition. (New York, Ardent Media, Inc., 2004)216-17.
- 15- Farr G, Gabelnick H, Sturgen K, et al. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. Am J Public Health 2006;84(12):1979-64.
- 16- Trussell J, Sturgen K, Strickler J, et al. Comparative contraceptive efficacy of the female condom and other barrier methods. Fam Plann Perspect 2004;26(2):66-72.
- 17- Bounds W, Guillebaud J, Newman GB. Female condom (Femidom). A clinical study of its use-effectiveness and patient acceptability. Br J Fam Plann 2005;18(2):36-41.
- 18- Mansharamani M, Chilton SB. Adolescents and Pregnancy. Risk factors.2005;188(1-2):23-5.Corrected and republished from: Gynecology. 2004;183(1-3):123-6.
- 19- Drew WL, Blair M, Miner RC, et al. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. Sex Transm Dis 2006;17(2):110-12.
- 20- Soper DC, Shoupe D, Shangold GA, et al. Prevention of pregnancy by compliant use of the female condom. Sex Transm Dis 2004;20(3):137-39.

- 21- Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS* 2004; 12(14):1851-59.
- 22-Rojanapithayakorn W., Hanenberg R. The 100 percent condom program in Thailand. *AIDS* 2006;10(1):1-7.
- 23- Feldblum PJ, Kuyoh MA, Bwayo JJ, et al. Female condom introduction and sexually transmitted infection prevalence: results of a community intervention trial in Kenya *AIDS* 2007(in press).
- 24- Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials [Antibióticos profilácticos para la inserción del dispositivo intrauterino: metanálisis de los ensayos controlados aleatorizados]. Grimes DA, Schulz KF. *Contraception* 2005; 60:57–63.
- 25- Fortney JA, Feldblum P, Raymond E. Morrison CS, Sekadde-Kigundu C, Sinei SK, Weiner DH, Kwok C, Kokonya D, et al. Adolescent and health. *Obstet gynaecol. Shelton JD. Lancet* 2006; 357:443.
- 26- Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women [Uso de dispositivos intrauterinos y el riesgo de infertilidad tubárica en mujeres que no han tenido embarazos]. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, et al. *N Engl J Med* 2001; 345:561–67.
- 27- Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: *Obstetricia y Perinatología*, Cap. 8, 2ª Edición, 1997 – EFAC Embarazo en la adolescencia" – *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, Nº 4, 1997 Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- 28- Rigol Ricardo O, Pérez Carballá F, Pérez Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal J. *Medicina General Integral*. 5 ed. La Habana: Pueblo y Educación; 2004:123-67.

- 29- Lemus Najarro J, Mouri Zayas-Bazán F, Lozano Suarez M, Peralta Bencomo A, espinosa Toledo A. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Española Obst Ginecol 2004; 14(2):31-8.
- 30- -Pérez Queda R, Rosabal García F, Pérez Guerrero J, Yabor Palomo A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del Médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integ 2000 Jul-Sep; 11(3):239-45.
- 31- Paz Aguirre R de la. Embarazo y adolescencia. Estudio en un área de salud. Rev Cubana Obst Ginecol 2004; 8(4):500-10.
- 32- Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Marta Castellanos 2005 - Depto. 205 Providencia.Santiago – Chile.
- 33- Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Pregnancy in americans adolescents.Pregnancy . 2005; 45 Suppl 4:S95-9.
- 34- González Hdez A, Alonso U. RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo Glez A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. CM, Publicación Médica. Centro Médico de Mar del Plata. 1999; 12 (2): 84-8.
- 35- Conexa PN, Kiel C. Maternidad y paternidad en la adolescencia. En: Manual para la educación en salud integral del adolescente. Chicago: Art. Of. Living; 2004. p. 89-117.
- 36- Wassoma A, Mohamed K. Low birth weight babies. Socio demografic an obstetrics characteristics of adolescents mothers at Kenyatha National Hospital Nairobi. East Afr MED J. 2004; 79 (10): 539-42.
- 37- Hlein J. Actualización sobre Ginecología en la Adolescencia. C Ped North. 2003; 1: 26. Centro Nacional de Educación sexual. Adolescencia: sexología y sociedad. 2005; 1(1):12-3.
- 38- CELADE (2006): Centro Latinoamericano de Estudios Demográficos. Demographic Bulletin No.58. Santiago de Chile, CELADE.

39- Cinterfor/OIT (2006): "Jóvenes y capacitación laboral. El desafío del acceso, la calidad y la adecuación institucional". En Cinterfor/OIT, Juventud, educación y empleo. Montevideo. CINTERFOR.

40- Castañeda T. (2003): Violence: A growing public Health Problem in the Region. Epidemiological Bulletin.PAHO.

41- UNDP/PNUD (2005): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe del PNUD sobre la Pobreza. Washington DC.

42- ONUSIDA/OMS (2004): Enfermedades de Transmisión Sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) / OMS. ONUSIDA/OMS/97.6.  
<http://www.unaids.org/publications/documents/impact/std/una97s6.pdf>.

43- Organización Panamericana de la Salud (2003): Salud Integral de los Adolescentes. Documento CD36/16.OPS. Washington DC.

44- Pregnancy Prevention adolescents.Pregnancy,adolescents and risk factors.2005;46(8):677-89.

# ANEXOS



## Anexo 1

### Hoja de consentimiento informado

Yo: \_\_\_\_\_ hago constar que se me informó que se iba a realizar un estudio sobre Embarazo en la Adolescencia, explicándoseme en que consistía, que podía participar en él, y no me exponía a ningún riesgo. Mi participación era voluntaria y podía abandonarlo si lo deseaba. Se les pidió autorización a mis padres.

Para constancia firman:

Adolescente:

Médico:

Madre o Padre:

## Anexo-2

### ENCUESTA

Tu participación en este trabajo será muy útil para tu vida. Necesitamos que responda cada una de las preguntas cuidadosamente, después de leerlas y pensar cual es la mejor respuesta y cual es tu criterio personal (Marca con una (x) y más si fuera necesario).

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Sexo: \_\_\_\_\_femenino

\_\_\_\_\_ Masculino

3. Escolaridad:

• Primaria terminada\_\_\_\_\_

• Secundaria Terminada\_\_\_\_\_

• Preuniversitario Terminado\_\_\_\_\_

• Técnico Medio\_\_\_\_\_

4. ¿Has tenido relaciones sexuales?

• Sí\_\_\_\_\_

• No\_\_\_\_\_

5. En caso de haber respondido afirmativamente:

a) ¿Has estado embarazada?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

b) ¿Cuantos embarazos has tenido?:

-De 1-2: \_\_\_\_\_

- Más de 2: \_\_\_\_\_

-Ninguno: \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo se evita el embarazo?:

---

7. ¿Conoces los siguientes métodos anticonceptivos? Marque con una x los que considere correctos.

- DIU (T de cobre, anillo, asa, multiload)

- Tabletas

- Condón

- Método del ritmo

- Coito interrupto.

8¿Quién es el responsable de usar el anticonceptivo?

a) Hombre: \_\_\_\_\_ b) Mujer: \_\_\_\_\_ c) ambos \_\_\_\_\_

9. Marque con una x lo que caracteriza una mujer embarazada.

- Náuseas

- Sueño

- Vómitos frecuentes

- Falta la menstruación

- Aumento del apetito

- El vientre comienza a crecer

10. Si el hombre en el coito retira el pene de la vagina antes de eyacular. ¿Hay peligro de embarazo?

• Sí \_\_\_\_\_

• No \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

• 11. ¿Con una sola relación sexual puede la mujer quedar embarazada?

• Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

12. ¿Que haría usted ante la sospecha de un embarazo? Marque con x las respuestas que consideres correctas.

a) conversar con una amiga: \_\_\_\_\_

b) Hablar con un vecino: \_\_\_\_\_

c) Acudir al médico de la familia: \_\_\_\_\_

d) Hablar con tus padres: \_\_\_\_\_

e) Decirlo a tu pareja: \_\_\_\_\_

f) Tratar de que no lo sepa nadie: \_\_\_\_\_

13. ¿Sobre quien recae la responsabilidad de un embarazo? Marque con x la respuesta que considere correcta.

a) Sobre la mujer: \_\_\_\_\_

b) Sobre el hombre: \_\_\_\_\_

c) Sobre la pareja: \_\_\_\_\_

14. ¿Cuales son las consecuencias principales a las que se enfrentan las adolescentes embarazadas?: Marque con x las respuestas que consideres correctas.

- Rechazo familiar: \_\_\_\_\_

- Abandono de la pareja: \_\_\_\_\_

- Enfermedades relacionadas con el embarazo: \_\_\_\_\_

- Abandono escolar: \_\_\_\_\_

- No saber criar al hijo: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### Esquema de Intervención Educativa

<b>Problema</b>	<b>Tema</b>	<b>Sumario</b>	<b>Tiempo de duración</b>	<b>Forma organizada</b>	<b>Medios de enseñanza</b>	<b>Responsable</b>
Sexualidad y Adolescencia	Anatomía y fisiología del adolescente	Aspectos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino. Respuesta sexual humana. Ciclo menstrual.	45 minutos	Dinámica grupal	Pizarra video	Médico de la familia
	Sexo y sexualidad	Sexo y sexualidad. Concepto. Tipos de sexualidad Funciones de la sexualidad.	45 minutos	Dinámica grupal	Pizarra Video	Médico de la familia
	Sexualidad humana	Características de la sexualidad. Principios éticos y morales que lo rigen.	45 minutos	Charla	Pizarra Grabadora	Médico de la familia
Embarazo y adolescencia	Embarazo en la adolescencia	Embarazo. Complicaciones. Como evitarlo. Riesgos para la madre y el futuro bebé.	45 minutos	Charla	Pizarra Retroproyector	Médico de la familia
	Influencia psicológica en el adolescente y la familia.	Sobre quien recae la responsabilidad de un embarazo. Maltratos familiares. Ausentismo a la escuela.	45 minutos	Charla	Pizarra Video	Médico de la familia

<b>Problema</b>	<b>Tema</b>	<b>Sumario</b>	<b>Tiempo de duración</b>	<b>Forma organizada</b>	<b>Medios de enseñanza</b>	<b>Responsable</b>
Planificación familiar	Anticoncepción	Concepto de anticoncepción. Tipos de métodos anticonceptivos.	45 minutos	Cine debate	Pizarra Video	Médico de la familia
	Métodos anticonceptivos	Indicaciones y contraindicaciones. Ventajas y desventajas de cada uno. Anticonceptivos más y menos seguros. Como usarlos y adquirirlos.	45 minutos	Panel	Pizarra Video	Médico de la familia
Embarazo	Aborto y Embarazo	Que hacer ante la sospecha de un embarazo. Como evitar el mismo. Como se diagnostica.	45 minutos	Cine debate	Video	Médico de la familia
Amor y adolescencia	Relaciones de pareja	Relaciones de pareja. Selección de pareja. Comunicación entre la pareja. Valores asociados a la selección de la pareja.	45 minutos	Clase taller	video	Médico de la familia
Salud reproductiva	Conducta sexual de riesgo	Conducta sexual de riesgo. Concepto. Consecuencias.	45 minutos	Dinámica grupal	Pizarra Video	Médico de la familia

## **Anexo 4**

Esta escala de evaluación se realizó en base a 100 puntos para medir el nivel de conocimientos que sobre embarazo en la adolescencia poseen los adolescentes estudiados, por esta razón se evaluaron de la pregunta 6 a la 15.

Pregunta 6 –5 puntos

Pregunta 7-10 puntos

Pregunta 8-5 puntos

Pregunta 9-20 puntos

Pregunta 10-5 puntos

Pregunta 11-5 puntos

Pregunta 12-15 puntos

Pregunta 13-15 puntos

Pregunta 14-20 puntos

Se evaluaron los siguientes criterios:

De 70 a 100 puntos conocimientos correctos

Menos de 69 puntos conocimientos incorrectos



