

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad excesiva. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo ⁽¹⁾.

Esta etapa fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicársele mayor interés. En la actualidad se le considera como una etapa de la vida del ser humano, en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales, por lo que se hace cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, pues durante esta etapa se producen importantes modificaciones fisiológicas, somáticas, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto ^(2 - 4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los diez y los diecinueve años, y aconseja que los hijos se tengan entre los veinte y treinta y cinco años, ya que este intervalo de edad supone menos riesgo para la salud de la madre y del hijo ⁽¹⁾.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biosicosocial muy importante, pero durante la adolescencia conduce a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, por lo que constituye un problema que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino también del futuro por las complicaciones que genera ⁽⁵⁾.

La gestación irrumpe en la vida de los jóvenes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Este suceso se conoce comúnmente como procreación entre niños. Quince millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año para

corresponderles una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La mayoría de estos nacimientos ocurren en países subdesarrollados, por ejemplo en Latinoamérica la cifra está en el orden de los 48 millones, con el 8 % de partos anuales. La embarazada adolescente no es sólo un problema cuantitativo, también tiene una dimensión cualitativa; la gestación es más vulnerable a menor cercanía de la menarquía. Las afecciones maternas, perinatales, y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años ^(5,6).

Existen numerosas publicaciones que documentan el impacto del embarazo precoz, especialmente con edades inferior a 20 años. La adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio. En los hijos de madre adolescente se puede encontrar: mayor incidencia de bajo peso al nacer y de prematuridad, aumento de la morbi-mortalidad perinatal y en los primeros años de vida, negligencia en los cuidados de su salud, menor duración de la lactancia materna, cumplimiento deficitario del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación ^(7 - 13).

En África, Asia y América Latina nacen 120 millones de niños al año (más del 90% de los nacimientos en el Mundo) y casi 16 millones (13,3 %) son de madres adolescentes. En cambio en el mundo desarrollado sólo 1 millón de nacidos son hijos de adolescentes ⁽¹⁴⁾.

El CELSAM (Centro Latinoamericano Salud y Mujer) reportó en el 2004 que en Venezuela el 20,7% de nacimientos ocurrió en los adolescentes de 15-19 años, lo cual constituye unas de las más altas cifras registradas en las últimas décadas ⁽⁷⁾.

En un estudio realizado en Paraguay sobre lactantes hijos de madres adolescentes, se encontró que son más los riesgos psicosociales maternos que los biológicos los que inciden en forma negativa en el niño, para llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor ⁽¹⁸⁾.

Un estudio realizado en la Argentina, que abarcó información de la Capital Federal y la Región del Gran Buenos Aires mostró que las madres adolescentes tenían 50% más posibilidades de tener niños de bajo peso al nacer, comparadas con los hijos de madres entre 20 y 34 años y 20% más que las madres mayores de 34 años. En el mismo estudio se encontró que la mortalidad infantil de los hijos de madres adolescentes era 75% mayor que los hijos de madres entre 20 y 34 años y entre 40% mayor comparado con las madres mayores de 34 años ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

En Cuba el 8 % de la población adolescente da a luz cada año y un grupo significativo de estos sufren las consecuencias indeseables del embarazo a esta edad ⁽⁵⁾.

Estudios realizados en Cuba muestran la edad materna inferior a los 18 años ha incrementado los riesgos de la salud de la madre y el niño; pues no se ha concretado la necesaria maduración biosicosocial. Según investigaciones realizadas en el país y criterios de expertos, la realización del primer coito se sitúa por debajo de los 18 años. Aunque la proporción de partos en las adolescentes se ha reducido en algo más del 1% anual entre 1985 y 1999, y las tasas de abortos en este grupo en este grupo para igual período, disminuyeron en el 35%, consideramos necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en este período de la vida (12). A la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten el Bajo Peso al Nacer (BPN), como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional el momento de la gestación en que se realiza la captación ⁽¹⁹⁾.

En la provincia de Ciego de Ávila en estudios anteriores se demostró que el embarazo en la adolescencia constituía un serio problema para la sociedad por lo que se han tomado medidas para su prevención en los diferentes Consultorios Médicos de Familia.

Durante estudios realizados sobre la temática en nuestro municipio, a partir de los riesgos que implica esta situación social, se pudo apreciar en el cotejo de los resultados que no se está exento de este fenómeno, evaluándose que en el año

2007 de un total de 311 embarazos, se confirmaron 79 en las menores de 19 años, representando un 25%; en el año 2008 se captaron un total de 411 embarazos, verificándose 126 en menores de 20 años, representando un 31%. En el 2009 con 389 y 87 fueron en adolescentes para un 22.5%.

En el municipio de Baraguá en el año 2014 se constató un total de 448 embarazos, de ellos 96 fueron en menores de 19 años ⁽²⁰⁾.

Por lo anterior se debe trabajar en base a mejorar el conocimiento de la población en general y principalmente en las jóvenes que deseando o no el embarazo en ocasiones frenan su adolescencia sin darse cuenta que esta es una de las etapas más hermosa de la vida y que además es un gran riesgo que corren las dos vidas ⁽²⁰⁾. Actualmente el embarazo en la adolescencia continua siendo un obstáculo en el buen desenvolvimiento de nuestra sociedad por tanto buscar soluciones a este problema nos garantizaría una mejor calidad de vida.

Situación Problema:

- Bajo nivel de conocimientos de las adolescentes en relación a los riesgos de un embarazo a esa edad en el consultorio 3 del área de salud Gaspar.
- No se han realizado intervenciones educativas sobre el tema en el Consultorio 3 de dicha área de salud.

Problema Científico:

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del embarazo en las adolescentes del Consultorio 3 de Pesquería?

Hipótesis:

Con la aplicación de una intervención educativa se puede elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del embarazo en las adolescentes del Consultorio 3 de Pesquería en el municipio Baraguá de la provincia de Ciego de Ávila.

OBJETIVOS

Objetivo General

Implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del embarazo en las adolescentes del Consultorio 3 de Pesquería en el período comprendido de julio de 2015 a marzo de 2016.

Objetivos Específicos

- 1- Caracterizar las adolescentes atendiendo a variables sociodemográficas.
- 2- Identificar el nivel de conocimientos sobre embarazo en edades tempranas y anticoncepción en las adolescentes.
- 3- Diseñar una intervención educativa sobre embarazo en edades tempranas y anticoncepción en las adolescentes.
- 4- Aplicar la intervención educativa propuesta en las adolescentes en estudio.
- 5- Evaluar el nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

El término adolescencia, que proviene del vocablo latino (adolecer), significa padecer; durante mucho tiempo la adolescencia se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez, pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano, y exclusivo de nuestra especie, se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual ⁽²²⁾.

Se define como embarazo en la adolescencia aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de adolescencia, o lo que es igual aquella que ocurre en mujeres desde los 10 hasta los 19 años, con independencia de la edad ginecológica ⁽²³⁾, otros autores, como Tomas Silber, consideran que es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y cuando la adolescente mantiene una dependencia económica total.

En lo que sí coinciden todos los autores es en que existe una diferencia marcada en el comportamiento de la enfermedad obstétrica de las adolescentes, lo cual va a estar en dependencia tanto de su desarrollo psicosocial y su medio familiar, como del desarrollo orgánico y funcional de la mujer menor de 20 años.

La adolescencia se clasifica en adolescencia precoz o temprana que va desde los 10 hasta los 14 años y la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años.

La adolescencia precoz (10 a 14 años) que se caracteriza por ser un período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

En la adolescencia tardía (15 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 ⁽²⁰⁾.

El embarazo a cualquiera edad constituye un hecho biosicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además, de las complicaciones futuras que puede generar. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años, sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquía. Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud, el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo. Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto pretérmino, la nutrición insuficiente, determinan una elevación de la morbimortalidad y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años.

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad del embarazo predominan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática; en la segunda mitad se manifiestan los cuadros hipertensivos, las hemorragias relacionadas con trastornos placentarios, la escasa ganancia de peso con mal nutrición asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares. Por otra parte, el feto es afectado por bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas enfermedades propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, y el desprendimiento

premature de la placenta. Se ha postulado un fallo en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, denominado síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas manifestaciones clínicas diversas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí en la madre y en el feto, o en uno de ellos.

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de tener embarazos, sean estos deseados o no, los cuales acarrearán toda una serie de problemas a enfrentar, entre los que se destacan peligros médicos como son: escaso y tardío control prenatal, enfermedades propias y asociadas al embarazo como toxemia, anemia, ITS, prematuridad, desnutrición, incremento de la tasa de aborto, multiparidad entre otras.

Otros riesgos se agrupan en alteraciones de la esfera psicosocial y afectiva como son: concepciones prematrimoniales, matrimonios o unión precoz, incremento de aborto y sus secuelas, deserción escolar, rechazo familiar, aislamiento social ⁽²⁴⁾.

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

Entre las causas tenemos: mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo, la inestabilidad familiar, la necesidad de probar su fecundidad, la pérdida de la religiosidad, mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas, la aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces, la falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable, información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual.

Como factores de riesgo se encuentran: crecer en condiciones pobres o precarias, falta de educación por parte de los padres, vivir en comunidades o asistir a escuelas

donde los embarazos tempranos son comunes, el uso temprano de alcohol y/o drogas, haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.

La mitad de los embarazos adolescentes ocurren durante los 6 meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos jóvenes no más de un 30% uso algún método anticonceptivo en ese periodo, confiando en que “eso no iba a pasarles” (25, 26).

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de las adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. En este país las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en el 56 % de esta población, mientras en los varones la cifra corresponde a un 73 %, ocupando el primer lugar en embarazos en la adolescencia, dentro de los países desarrollados, a pesar que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas (24).

Mundialmente hay un incremento poblacional desmesurado, particularmente en Latinoamérica, donde el incremento en la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes económicamente comprometidas y dependientes. Cada año, en los EE.UU., de 1 millón de embarazos en adolescentes, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos, y estos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para la madre, como para su hijo. La tasa de maternidad entre las mujeres de menos de 18 años varía de 1 % en Japón a 53 % en Nigeria. Entre el 25 y el 50 % de los embarazos en las madres adolescentes corresponden a América Latina, del 10 al 30 % a África del Norte y a Medio Oriente, y del 40 al 60 % a los países de África Subsahariana o Asia, así como Ghana, Kenia o las Filipinas (27).

En Cuba y a nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas,

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

En Chile, nacen cada año alrededor de 40.355 recién nacidos cuyas madres tienen entre 15 y 19 años. A esta cifra, se agregan otros 1.175 nacimientos en menores de 15 años. De esta forma, en nuestro país la incidencia del embarazo en la adolescencia es de alrededor de 16,16%, siendo mayor en la octava región 25%.⁽²⁸⁻³⁰⁾

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.⁽³⁰⁾

En Chile ^(30,31) la deserción escolar en las adolescentes no solamente ocurre durante el embarazo, sino también, en un porcentaje importante (40%) antes del embarazo.

Las altas tasas de embarazo en la adolescencia carga de todos nosotros: los adolescentes, sus hijos, y la sociedad en general. Cuando las adolescentes dan a luz, la disminución de sus perspectivas de futuro. En comparación con las mujeres jóvenes que demora su primer nacimiento hasta las edades de 20 o más edad, menos madres adolescentes completar la escuela, tienen más probabilidades de tener familias numerosas, y tienen más probabilidades de ser padres o madres solteros. Los niños nacidos a los chicos llevan la peor parte de su "mother" de corta edad: en comparación con los niños nacidos de mujeres de 20 años y de más edad, los bebés nacidos de madres 15-17 años de edad tienen menos de apoyo, y estímulo de los ambientes domésticos, peor salud, menor cognitivo desarrollo, lo que es peor los resultados educativos, mayores tasas de problemas de conducta, y las mayores tasas de maternidad adolescente. ⁽³²⁻³³⁾

Como la sociedad estipula que el modelo de ser mujer es el de aquella que es madre, enaltece la maternidad como la esencia del ser mujer y la presenta como la única opción. Tal concepción, constituye un riesgo de embarazo en la adolescencia. Por el contrario, si la sociedad le presentara a ese ser mujer, otras opciones y mejores condiciones de desarrollo, quizás la frecuencia de embarazos en la adolescencia sería menor. Las adolescentes estarían estudiando, participando en lo social, recreativo, deportivo, cultural o comunitario; y perfilando proyectos de vida con otra dirección, en donde la maternidad no se convierta en el central de realización ⁽³⁴⁾.

Este modelo o paradigma, es desarrollado por la sociedad desde una lógica dualista, bastante limitada, que se debate entre lo bueno y lo malo, el mundo adulto y el mundo adolescente, lo moral y lo inmoral, ser mujer o se madre. A partir de ese momento, la sociedad irrumpe en el mundo de la vida de las personas en términos del manejo de la sexualidad, es decir, de las relaciones coitales, de la privacidad e intimidad, de las relaciones placenteras – no necesariamente coitales, de las relaciones entre los géneros e intergeneraciones. Entre los recursos que la sociedad utiliza para difundir el modelo, están: el aparato estatal, la iglesia, el sistema

educativo, el sistema de salud, los medios de comunicación, el mercado, el consumo, entre otros ⁽³⁵⁾.

El adolescente debe recibir una educación sexual sólida, basada en firmes principios y valores que le permitan por sí mismo definir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, además, se le debe proporcionar las vías y los procedimientos que le ayuden a enfrentar las disímiles situaciones de la vida cotidiana en relación a la prevención del embarazo y los riesgos del aborto ⁽³⁶⁾.

Los métodos anticonceptivos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados (p.e. DepoProvera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia -una vez al mes a cada varios años-, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce. ⁽³⁸⁾.

Debido a que ningún método anticonceptivo es completamente efectivo, la abstinencia (no tener relaciones sexuales) es la única forma segura de prevenir el embarazo. Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año ⁽²²⁾.

Por último, el embarazo en la adolescencia es un problema de carácter estructural, que afecta de igual manera a los grupos sociales de distintos estratos socioeconómicos. La diferencia estriba en el acceso a los recursos disponibles socialmente, con los cuales, cada uno de estos estratos, canalizan y enfrentan la situación ⁽³⁷⁾.

Las personas adolescentes son sujetos de derecho, poseen voz propia e integran la ciudadanía. Ello supone, visualizarlas como personas que forman parte y aportan en el proceso de construcción de las sociedades, desde diferentes niveles, como sujetos

activos, inteligentes, creativos, con historia acumulada y con deseos de alcanzar una mejor calidad de vida ⁽³⁹⁾.

Un embarazo no planificado, no solo es un problema médico sino que representa un problema de tipo social, económico y educativo porque dificulta el proyecto de vida de las personas involucradas, creando trastornos en el entorno familiar y social. Y esta problemática se soluciona atacando la causa y no la consecuencia, por lo que Schering de Venezuela enfoca sus acciones a la educación e información de la población joven, para evitar que el joven busque una solución apresurada cuando el embarazo no deseado ya es una realidad ⁽⁴⁰⁾.

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. 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 o hacer que uno o ambos padezcan impedimentos físicos o mentales por el resto de sus vidas ^(41, 42).

El consultorio del médico de familia constituye la puerta de entrada de la población al sistema de salud, y el lugar ideal para identificar precozmente la población infantil con cursos atípicos que puedan ser expresión de una discapacidad latente y prevenir desde la concepción del embarazo enfermedades discapacitantes.

Es parte esencial del trabajo del médico de la atención primaria y del equipo de salud de la comunidad enfrentar la tarea de atender a un grupo de población que requiere de una atención especial, la etapa de la adolescencia, la que representa el grupo etéreo más vulnerable de la población.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre- experimental tipo antes - después con el objetivo de implementar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia y su prevención en las adolescentes del consultorio 3 de Pesquería del municipio Baraguá, desde julio de 2015 a marzo de 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por las 46 adolescentes femeninas, en edades comprendidas entre 10 y 19 años, pertenecientes al consultorio 3 de Pesquería en el período antes referido y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión para el estudio:

- Que acepten participar en la investigación.
- Que residan en el área de dicho consultorio en el momento del estudio.
- Que los padres den su consentimiento para participar en el estudio.

Criterio de exclusión para el estudio:

- Las que se trasladaron del área durante el estudio.
- Tener alguna discapacidad mental que impidiera responder el cuestionario.
- Las que no alcancen el 80 % de asistencia a las sesiones de trabajo.

Métodos de obtención de información

La fuente de recolección de la información fue el cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por el autor y revisada por especialistas del servicio de Medicina General Integral del Policlínico de Gaspar.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario inicialmente, luego se introdujo la estrategia educativa (ver Anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el embarazo en la adolescencia en el universo de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo

momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Etapas de la investigación: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: los conocimientos sobre embarazo en la adolescencia fueron identificados utilizando un cuestionario y teniendo en cuenta las necesidades educativas del grupo de adolescentes en estudio se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Se utilizó un cuestionario inicial (Anexo II) donde se recogieron datos que identificaron a la paciente, tales como: Edad, escolaridad, estado civil, uso de anticonceptivos, conocimientos sobre la edad propicia para concebir un embarazo, los riesgos del mismo a temprana edad, conocimiento de las complicaciones durante el embarazo, conocimientos de las complicaciones del aborto. La cual se aplicó de forma anónima con cierta privacidad y bajo un clima psicológico agradable para crear confianza y recibir respuestas certeras, y de esta forma se identificaron las necesidades reales y sentidas de aprendizaje en lo referente a las variables que se utilizaron en el estudio.

Etapa de intervención propiamente dicha: el universo fue conformado por 46 adolescentes femeninas pertenecientes a dicho consultorio, se escogió un local apropiado donde se reunieron y se dividieron en 2 grupos (de 23 miembros cada uno). La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 7 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas.

Etapa de evaluación: se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluaron bajo los mismos principios que el inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

Análisis histórico – lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del consultorio 3 de Pesquería del Área de salud Gaspar del Municipio Baraguá, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

Analítico – sintético: Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia, la escuela y de los servicios de personal especializado en diferentes temas relacionados con el embarazo en la adolescencia y su prevención en la comunidad. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.

Inductivo – deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.

Hipotético – deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Sistémico estructural: permitió la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Métodos empíricos:

El cuestionario (anexo II): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dada sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a las adolescentes que residen en las áreas pertenecientes al consultorio 3 y que constituyeron el universo de estudio para evaluar los conocimientos de las mismas acerca del embarazo en la adolescencia comprendida en el periodo antes mencionado y así determinar el nivel de conocimiento de las preguntas.

Métodos estadístico –matemático

Estadístico-descriptivo: El cual se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se realizó la validación y revisión de la misma, como medida de resumen de la información se utilizaron los porcentajes (%) y como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Prueba McNemar

Esta prueba estadística es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicará la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las cuatro variables en estudio, es decir aceptable (1) e inaceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el SPSS.

Objetivo: Determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes y después.

Con la utilización del SPSS podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p . En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechazamos la hipótesis H_0 .

Si chi-cuadrado calculada (X^2) es mayor que la chi-Cuadrado Tabulado ($X^2_{(0.95) (n-1) (k-1)}$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1 .

Proporción de cambios:

Región crítica:

$$X^2 = \frac{(A-D)^2}{A+D}$$

A+D

$$X^2_{(0.95) (1)} = 3.84$$

Se rechaza H_0 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

Operacionalización de las variables

Variables	Clasificación	Operacionalización		
		Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa Continua	10-14 años 15-19 años	Edad en años cumplidos hasta el momento del estudio 10-14 (adolescencia temprana) 15-19 (adolescencia tardía)	Frecuencia absoluta y relativa según grupo de pertenencia.
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal	Primaria terminada de 1er a 6to grado Secundaria terminada: 7mo ,8vo y 9no grado vencido. Preuniversitario: considerado 10mo,11no y 12mo grado vencido Técnico medio	Nivel escolar vencido hasta el momento del estudio según ministerio de educación en Cuba.	Porcentaje según categorías.
Estado civil	Cualitativa nominal Politómica	Soltera, casada y acompañada.	Se refiere a el estado civil en que se encuentra en el momento de la	Porcentaje según categorías.

			investigación	
Nivel de Conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica.	Adecuado Inadecuado	Validación según cuestionario (*)	Porcentaje según categorías

❖ **Nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia.**

La evaluación fue integral ya que tuvo en cuenta los cinco elementos que posteriormente se expondrán y se dio una puntuación de cuarenta, veinte y treinta y cinco puntos y cinco puntos en dependencia de las preguntas, calificándolas de la siguiente forma:

- **Adecuado:** Cuando haya contestado correctamente como se expone posteriormente y haya obtenido de 70 - 100 puntos en la evaluación.
- **Inadecuado:** Cuando haya contestado incorrectamente como se expone posteriormente y haya obtenido menos de 70 puntos en la evaluación.

❖ **Evaluación por variables del estudio**

Edad propicia para concebir un embarazo.

Ítem 4: Las adolescentes para contestar correctamente deben marcar el inciso 2.

Valor del Ítem 5 puntos.

- **Adecuado:** Si identifica el inciso correcto.
- **Inadecuado:** Si no lo identifica.

Métodos anticonceptivos.

Ítem 6: Las adolescentes deben marcarlos todos. Aprobando al responder 5 correctos. Valor del Ítem 35 puntos, o sea, 6 puntos por cada respuesta correcta.

- **Adecuado:** Si responde cinco correctamente
- **Inadecuado:** Si responde tres correctamente.

Principales riesgos del embarazo en la adolescencia.

Ítem 7: Las adolescentes para contestar correctamente deben marcar a, b, c, d. Aprobando al marcar tres incisos de forma correcta. Valor del Ítem 20 puntos equivalente a 5 puntos por inciso.

- **Adecuado:** Si identifica tres incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica dos incisos correctos o menos.

Complicaciones del embarazo en la adolescencia.

Ítem 8: Las adolescentes para contestar correctamente deben marcar a, b, c, d, e, f, h. Aprobando al marcar cuatro incisos de forma correcta. Valor Del Ítem 35 puntos, equivalente a 5 puntos cada uno.

- **Adecuado:** Si identifica cuatro incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica tres incisos correctos o menos.

Complicaciones del aborto:

Ítem 9: Las adolescentes para contestar correctamente deben marcar a, c, e, g, j. Aprobando al marcar tres incisos de forma correcta. Valor del Ítem 5 puntos.

- **Adecuado:** Si identifica tres incisos correctos.
- **Inadecuado:** Si identifica dos incisos correctos.

Aspectos éticos

Este estudio de intervención se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todas las encuestadas seleccionadas su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada fémina leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Título: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del embarazo en adolescentes del Consultorio 3 de Pesquería.

Tabla 1. Distribución de las adolescentes del consultorio 3 de Pesquería según grupo de edad. Baraguá 2016.

Grupo de edad	Frecuencia absoluta	%
10 a 14	4	8.7
15 a 19	42	91.3
Total	46	100

La tabla 1 demuestra la distribución de las adolescentes según grupo de edades, siendo el grupo de 15 a 19 el de mayor frecuencia para un total de 42 adolescentes y un 91.3 %, resultado similar a los encontrados por el Dr. Mario M. Miranda en su estudio titulado “Caracterización social de embarazo en la adolescencia” ⁽⁴³⁾, al igual que con el estudio realizado por la Dra. Palmero Miranda Lisdiany en Baraguá ⁽²⁰⁾.

En este trabajo predomina la adolescencia tardía, siendo esta la fase final, donde se alcanzan características sexuales de la adultez, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia, una mayor independencia, el grupo empieza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida, elementos que favorecieron su incorporación y mantenimiento en la intervención.

Tabla 2. Distribución de las adolescentes del consultorio 3 de Pesquería según nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Frecuencia absoluta	%
Primaria terminada	4	8.8
Secundaria básica terminada	29	63
Preuniversitario terminado	13	28.2
Total	46	100

La tabla 2 indica la distribución de las adolescentes según el nivel educacional, donde el mayor porcentaje lo aportan las adolescentes con Secundaria básica terminada, con 29 para un (63 %), seguidas por las preuniversitarias 13 (28.2 %) lo que refuerza que la mayoría de las adolescentes del estudio se encuentran en la adolescencia tardía, edad que coincide con estos años de estudio.

Si se tiene en cuenta que en esta área del municipio Baraguá éstas adolescentes comienzan sus estudios en centros estudiantiles internos, y es aquí, bajo la influencia de sus coetáneos donde comienzan sus primeras experiencias sexuales, lejos del ambiente familiar y sin conocimiento entre otros muchos, de métodos anticonceptivos y del uso del condón para evitar el embarazo, podría inferirse como uno de los elementos que las lleven a una gestación durante este periodo de la vida.

Tabla 3. Distribución de las adolescentes del consultorio 3 de Pesquería según el estado civil.

ESTADO CIVIL	No	%
Soltera	42	91.30
Acompañada	4	8.70
TOTAL	46	100

En la tabla 3 se evalúa otro aspecto de elevada importancia como es el relacionado con el estado civil donde se aprecia que el 91.30% de las adolescentes son solteras.

Estos resultados coinciden con lo expresado en la literatura revisada en Cuba ^(20, 22) y en otros países de América Latina ^(20, 22, 29, 30, 37), dado que tienen características similares a la población estudiada.

Los resultados se deben a que en el grupo de las adolescentes la gestación es un hecho fortuito, no planificado y que las responsabilidades del embarazo no lo tiene la pareja y es asumida por la familia de la adolescente.

Tabla 4. Evaluación del nivel de conocimiento sobre la edad propicia para concebir un embarazo antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	25	54.3	44	95.7
Inadecuado	21	45.7	2	4.3
Total	46	100	46	100

Prueba de McNemar $p = 0,001$

En la tabla 4 al evaluar antes de la intervención educativa a las encuestadas sobre la edad propicia para concebir un embarazo, se obtuvo que al inicio de la intervención, 25 adolescentes tenían conocimientos adecuados sobre el tema, obteniendo un 54.3 %, pero cuando el cuestionario se aplicó al final del estudio, un total de 44 adolescentes cambiaron su opinión considerando que la edad ideal para concebir un hijo es la comprendida entre los 21-30 años, ya que es esta, la edad en que las féminas desde el punto de vista fisiológico tienen la total maduración física y psíquica para concebir un embarazo.

En el estudio realizado por la Dra. Álvarez Fonseca Y. en Venezuela se encontró que 43.2% de las adolescentes encuestadas tenían conocimiento inadecuados sobre

la edad propicia para concebir un embarazo. ⁽⁴⁵⁾, muy similar a los resultados de este trabajo.

El desconocimiento de la edad óptima del embarazo conlleva a que no se tengan en cuenta las complicaciones del embarazo en la adolescencia tales como: toxemia, anemia, parto pretérmino, mortalidad materna infantil entre otras.

Lamentablemente muchos jóvenes no están preparados adecuadamente para asumir un embarazo a esa edad y llegan a él sin haber adquirido los conocimientos y valores suficientes que le aseguren una vida sexual equilibrada y responsable.

Tabla 5. Evaluación del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	7	15.3	44	95.6
Inadecuado	39	84.7	2	4.4
Total	46	100	46	100

Prueba de McNemar $p = 0,001$

En la segunda mitad del Siglo XX aparecieron y se desarrollaron los métodos anticonceptivos modernos, que son muy eficaces y seguros y que, por primera vez en la historia de la humanidad permitieron elevar las expectativas reproductivas a la práctica. En efecto, la anticoncepción moderna es la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas puedan elegir el momento en que inician la reproducción, el número de hijos que van a tener y el espaciamiento entre los embarazos ⁽⁴³⁾.

Como se puede apreciar en la tabla 5 se reflejan los conocimientos sobre métodos anticonceptivos antes de la intervención, destacando que en el 84.7 % de las adolescentes estudiadas, 39 eran inadecuados y solo el 15.3 % (7) tenían conocimientos adecuados. Luego de la intervención se logra que el 95.6 % de ellos tuvieran conocimientos adecuados, modificándose estos conocimientos en 44 de ellas. La razón de los cambios fue estadísticamente significativa con una $p = 0,001$.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones como la realizada por la Dra. Yaquelín de la Caridad Fonseca Álvarez en Venezuela ⁽⁴⁵⁾.

En un estudio realizado por McNamara ⁽⁴⁶⁾ en Estados Unidos se encontró que 89.3% de los adolescentes encuestados tenían conocimiento inadecuados sobre métodos anticonceptivos ⁽⁴⁶⁾, muy similar a los resultados de nuestro trabajo.

Es de acotar que, Morris K ⁽⁴⁷⁾ en un estudio realizado en Perú, sobre “Experiencia sexual y anticonceptiva en jóvenes de América Latina”, encontró que 25% de los adolescentes pertenecientes a su estudio, no tenían conocimiento sobre métodos anticonceptivos, contrastando estos resultados con los de esta investigación.

Se considera por tanto la necesidad de educar no solo a las adolescentes femeninas sino también a los adolescentes de ambos géneros acerca de la importancia del uso continuo y eficaz de anticonceptivos, con el fin de reducir el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 6. Evaluación del nivel de conocimiento de los riesgos del embarazo en la adolescencia antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	3	6.5	45	97.8
Inadecuado	43	93.5	1	2.2
Total	46	100	46	100

Prueba de McNemar $p < 0.05$

En la tabla 6 se reflejan los conocimientos sobre los riesgos del embarazo antes de la intervención, destacando que en el 93.5% de los adolescentes estudiados, 43 eran inadecuados y solo el 6.5 % (3) tenía conocimientos adecuados. Luego de la intervención se logró que el 97.8 % de ellos tuvieran conocimientos adecuados, modificándose estos conocimientos en 45 de ellas.

La razón de los cambios fue estadísticamente significativa con una $p < 0,05$. Se considera por tanto la necesidad de educar a los adolescentes de ambos sexos con relación a los riesgos en el embarazo en la adolescencia, para así de esta manera minimizar factores que atentan en la salud de los adolescentes y evitar la mortalidad materna u otras complicaciones. Estos resultados coinciden con investigaciones cubanas realizadas por el Dr. O. Rodríguez Rodríguez ⁽⁴⁸⁾ y con los resultados encontrados por Freitez A, Di Brienza M y Zúñiga G en Estados Unidos ⁽⁴⁹⁾.

Es sabido que en Cuba al igual que ocurre en países desarrollados, se ha creado el grupo de trabajo con el objetivo de aumentar la vigilancia sobre los riesgos del embarazo a esta edad y prevenir los resultados negativos que estos provocan sobre la madre y el producto de la concepción, lo mismo sucede en otros reportes con la hipertensión arterial asociada al embarazo y su secuela de retraso en el crecimiento intrauterino y morbilidad materna, la Diabetes Mellitus con las malformaciones fetales, el parto pretérmino, la macrosomía y el óbito, la infección urinaria tan común en el embarazo, (entre un siete a un 15 %), con frecuencia relacionada a la Hipertensión Arterial, la infección ovular, la rotura prematura de membrana, el parto pretérmino, la muerte fetal y/o materna y la edad en la que todos coinciden en adjudicar un papel preponderante a la hora de concebir un embarazo, y en afirmar el incremento de las afecciones inducidas o asociadas al mismo en los llamados “extremos del período fértil” donde la complicación para la madre y su hijo es más elevada cuando el embarazo se produce antes de los 18 años y después de los 35 (50-53).

Tabla 7. Evaluación del nivel de conocimiento sobre complicaciones durante el embarazo antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	3	6.5	44	95.6
Inadecuado	43	93.5	2	4.4
Total	46	100	46	100

Prueba de McNemar $p < 0.05$

Los conocimientos sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia se recogen en la tabla 6, en la misma se observa que antes de la intervención solo el 6.5 % de las adolescentes estudiadas (3) tenía conocimientos adecuados al respecto, lográndose luego de la intervención elevar hasta el 95.6 % de adolescentes con conocimientos adecuados y modificación de conocimientos en 44 de ellos. La razón de los cambios obtenidos fue estadísticamente significativa con una $p < 0,05$.

Al igual que en este estudio, Yoandra González Sáez, Isbel Hernández Sáez, Marlene Conde Martín, Rodolfo Hernández Riera y Susana M. Brizuela Pérez, al encuestar a las pacientes incluidas en el estudio por primera vez, sobre los conocimientos acerca de los riesgos biológicos a que están expuestas, encontraron que existía un desconocimiento acerca de los peligros que se presentan con el embarazo; constatándose que los únicos que reconocieron fueron el desgarro del tracto vaginal 38.5 %, el recién nacido bajo peso para su edad gestacional 17.1%, el aborto en un 14.2% y la hipertensión arterial con muy bajo por ciento⁽⁵³⁾.

Otros estudios aseguran que las consecuencias desagradables que con mayor frecuencia acompañan al embarazo en la adolescencia son: la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional. La posibilidad de convertirse en madre soltera hace después más difícil establecer un hogar estable y se inicia así una sucesión de uniones de corta duración. Es frecuente que estos embarazos se

presenten como un evento no deseado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de condición por temor a la reacción de su grupo familiar ⁽⁵⁴⁾.

El embarazo no deseado y su consecuencia más grave, el aborto inducido, son verdaderas prioridades para la Salud Pública de América y el Caribe. En efecto, estos dos problemas, afectan a amplios sectores de la población; acarrear graves consecuencias para la salud; su atención consume importantes recursos; se distribuyen desigualmente en la población al afectar sobre todo a los más vulnerables (jóvenes, pobres mal informados), y podrían prevenirse o mitigarse con medidas de bajo costo ⁽⁵⁵⁾.

Tabla 8. Evaluación del nivel de conocimiento sobre las complicaciones del aborto antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	5	10.9	45	97.8
Inadecuado	41	89.1	1	2.2
Total	46	100	46	100

Prueba de McNemar $p < 0.05$

Antes de realizar nuestra intervención educativa y según se refleja en la tabla 8, solamente el 10.9 % (5) de las adolescentes objeto de estudio presentan conocimientos adecuados sobre las complicaciones del aborto. Una vez desarrollada la intervención se pudo elevar este porcentaje hasta un 97.8 (45 adolescentes), modificando sus conocimientos 45 de ellos. La razón de los resultados obtenidos fue altamente significativa con una $p < 0,05$.

Resultados similares obtuvieron en su estudio, Alfredo Laffita Batista, Juan Manuel Ariosa y José Ramón Cutié Sánchez, ellos encontraron que un grupo no despreciable de adolescentes siguen viendo a la interrupción del embarazo como un método anticonceptivo, sobre todo por desconocimiento y falta de responsabilidad sexual. El aborto es un derecho de la mujer, pero no se puede abusar de él ⁽⁵⁶⁾.

El aborto, no es un método anticonceptivo y por tanto debe evitarse que se acepte como algo muy natural, sencillo e inocuo, puede ser después causa de lesiones en el cuello uterino, cáncer cérvico uterino u otras complicaciones.

La práctica del aborto, es un problema de salud que atañe a la humanidad y que tiene consecuencias indeseables sobre la vida y la salud, particularizando la de la esfera sexual y reproductiva, debiendo estar, los programas de educación sexual encaminados, entre otros aspectos, a reducir las conductas abortistas.

El desconocimiento y la falta de educación sexual en la mujer la hace acudir a él confiada en las condiciones en que se produce en nuestro país: centros de salud adecuados, personal especializado, las mejores medidas de asepsia y antisepsia; e irresponsablemente, algunas jóvenes, abusan del mismo con frecuencia aunque conocen otras medidas para evitar el embarazo ⁽⁵⁵⁾.

Concordando con Janet Martínez Abreu, Santiago Almeida Campos, Ángel López Pérez, Mairelys Chil Díaz, Madelín Fernández Romero y Sunamy Guzmán Sotolongo, éstos autores encontraron un gran desconocimiento acerca de las complicaciones que pueden presentarse durante un aborto y, además, que no se realizan actividades de prevención y promoción en la Atención Primaria de Salud con vista a disminuir las interrupciones de embarazo y el correcto manejo de los métodos anticonceptivos⁽⁵⁷⁾.

En muchos casos las adolescentes a pesar de conocer sobre los métodos anticonceptivos u otras medidas para evitar el embarazo, no conocen la conducta adecuada que podrían asumir ellas o para aconsejar a otras como evitarlo. Las adolescentes no presentan madurez psicológica ni biológica para una gestación, parto y crianza de los hijos de forma adecuada y responsable. Es habitual que adopten diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentren, expresado por Ortega Naranjo, F. ⁽⁵⁸⁾

En relación con la evaluación del nivel general de conocimientos, se evidenció que al inicio ninguna adolescente alcanzó la calificación general de adecuado nivel de conocimientos y que después de realizada la intervención y evaluar una semana después con similar cuestionario, solo una adolescente continuaba con inadecuado nivel.

El éxito de cualquier medida preventiva depende en gran parte del conocimiento de los factores de riesgo y del impacto que su modificación pueda tener sobre la progresión de la enfermedad. En el caso del embarazo en la adolescencia conocemos un buen número de factores de riesgo existentes en nuestras féminas y afortunadamente muchos pueden ser modificables.

Las intervenciones educativas sobre el embarazo en la adolescencia son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educacional en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas, nuestro resultado coincide con los expuestos por diferentes autores donde reafirman que con los actuales avances tecnológicos se podría pensar que las estrategias apuntan a la utilización de dichas tecnologías a la hora de educar a la población sobre un tema en particular. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej, nivel educacional) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. No obstante, es de considerar que su utilización suele no ser la única metodología a emplear, considerando la combinación de éstas entre sí o con otras metodologías, según los recursos disponibles. La importancia final radica en la elección de una metodología que garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada (59, 60).

En la práctica profesional del autor ha podido apreciar cómo el papel de los médicos de los consultorios de la familia, constituye un elemento clave para mediante la labor educativa prevenir el embarazo, mediante los círculos de adolescentes y otras acciones que contribuyan a la prevención, ya que a pesar de contar con profesionales en todas las áreas, cada año un grupo de adolescentes quedan precozmente embarazadas y deben enfrentar los riesgos que esta condición determina, por lo que se hace necesario en un segundo momento desarrollar acciones que pudieran utilizarse para continuar el desarrollo del personal médico y no médico en esta temática en la atención primaria de salud para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Quedó demostrada la efectividad de la intervención educativa en la serie, pues fueron modificados los conocimientos inadecuados que tenían las participantes, sobre embarazo en la adolescencia.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades entre 15 y 19 años, el nivel educacional de secundaria terminada y las adolescentes solteras.

Se demostró además, una modificación positiva en el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia en temas sobre métodos anticonceptivos, riesgos del embarazo en edades tempranas así como las complicaciones de dicho embarazo y del aborto.

RECOMENDACIONES

Extender esta investigación a otros grupos de adolescentes, en especial a aquellos que desarrollan estudios en centros o instituciones con régimen de internado, ampliando el universo de temas relacionados con el embarazo en la adolescencia, sus riesgos y aspectos esenciales de la sexualidad humana en busca de una mejor educación sexual sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A. Urmeneta, M. Echeverría, L. Martín. Las madres adolescentes. Atención integral de Enfermería en el niño y el adolescente 2006; 11: pág. 179-194.
2. Alonso Uría RM, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B, Medina Vicente L. Seguimiento al hijo de madre adolescente Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2010.
3. Rico de Alonso. Madres solteras y adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LYDA; 2006. 15. Ramiro MI, Yent Zen G, Molina R. Características del 1er año de vida en los hijos de madres adolescentes. Bol Hosp San Juan de Dios. 2007; 34 (2): 81-5.
4. Wassoma A, Mohamed K. Low birth weight babies at Kenyatta National Hospital Nairobi. East Afr Med J. 2008; 79 (10): 539-42.
5. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Rev Cubana Pediatr v.72 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006.
6. Vázquez Marquez A, Almirall Chávez AM, Cruz Chávez F de la, Álvarez Amoedo E. Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial en el primer año de vida. Rev Cubana Pediatr 1997; 69(2):82-8.
7. León Allocca RA ; Méndez Brenderbache DC, Ng Wong YK, Parra Lembo LM, Peña Yhasyhas JV, Rísquez A. Embarazo adolescente como factor de riesgo en la salud infantil. Ambulatorio El Valle. Caracas, 2007. CIMEL vol.14 no.1 Lima 2011.
8. Centros Comunitarios de Aprendizaje CECODAP. Informe somos noticia: situación de los derechos de la niñez y adolescencia en Venezuela. Caracas: CECODAP; 2006. Pág. 20-27.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado mundial de infancia. Edición de América Latina y el Caribe. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2007.

10. Ministerio de Salud y Desarrollo Social MSDS. Lineamientos estratégicos para la promoción y desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela. Caracas: MSDS; 2010.
11. Romero M. La salud del adolescente y joven. Boletín Esc. de Medicina P. Universidad Católica de Chile 2010; 23 (1).
12. Rísquez J. Adolescencia y embarazo In: SVPP. Caracas: SVPP; 2006.
13. Miranda F. Pediatría Fundamental. 4ta Edición. Caracas: DISINLIMED; 2011.
14. Madres adolescentes América Latina y Caribe Latino. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp>, 19 May 2012; 8:37:04 AM.
15. Botting B, Rosato M, Wood R. Teenage mothers and the health of their children. Population Trends 2011; 93:19-28.
16. Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta a población. Aglomerado Gran Buenos Aires. Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la República Argentina. (PRONATASS), 1994. p.45. (PNUD ARG/88/005. BIRF 2984 AR).
17. United Nations Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision Database. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>.
18. Vázquez Márquez A, Almirall Chávez AM, De la Cruz Chávez F, Álvarez Amoedo E. Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida. Rev Cubana Pediatr v.69 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2007.
19. 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 2010 Jul-Sep; 11(3):239-45.
20. Palmero Miranda L. Intervención Educativa sobre Embarazo en la adolescencia en el Consultorio 9 del área de salud Baraguá. 2015.

21. Mejía G. Embarazo en Adolescentes. Programa Gente Joven de Mexfam. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER SEGOB. 2011; 33-7.
22. Barroso Cantero AV, Intervención Educativa para la prevención del embarazo en las adolescentes de la ESBU Felipe Poey Aloy, Ciro Redondo. 2010.
23. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. Editorial ciencias médicas. Ciudad de la Habana 2004.
24. Fernández L, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñeiro J. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;
25. Ariño Espada, M.: Embarazo en la adolescente. Acta Med. Costa Rica; 28(2):103-6, 2011.
26. El embarazo en la Adolescencia - La vida antes de nacer. Disponible en: http://www.lavida.cl/junio_01/embarazoadols.htm. Instituto Nacional de Estadística (INE). Fecundidad Juvenil en Chile 2010; 1-12.
27. Molina M, Peña I, Quiroz M. Embarazo Precoz. Revista Trabajo Social 1992; 59: 21-8.
28. Molina M, Pérez R, Ferrada C, Salinas M, Fernández G. Embarazo en la adolescencia. Rev Ciencia y Salud 2010; 1: 25-9.
29. Universidad de Chile. Propuesta de políticas públicas para la prevención del embarazo en la adolescencia. Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile 2011; 280-310.
30. Molina S Marta, Ferrada N Cristina, Pérez V Ruth, Cid S Luis, Casanueva E Víctor, García C Apolinaria .Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar .Rev Méd Chile 2013; 132: 65-70.
31. Troya C. Deserción escolar en Paraguay. Rev Paraguaya de Sociología 2011; 37: 20-2.
32. Evans MA, Rosen LN. Demographic and Psychosocial risk factors for preterm delivery in an active duty pregnant adolescent population. J Medicine 2012; 165: 49-53.

33. Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Deserción escolar e inserción laboral de los jóvenes. Informe Ejecutivo. Santiago de Chile. 2012; pág. 1-15.
34. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.2011.
35. U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2012.
36. Jones Hathaway y col. made pregnant women's prevalence of hushed resources Medical Center, 200 W. Arbor Dr., San Diego, CA 92103. 2011. USA.
37. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
38. Joseph Speidel J, Cynthia C. Harper, and Wayne C. Shields (September 2011). «The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». *Contraception*.
39. Profesora Gómez L .Conferencia internacional de derechos de la niñez y adolescencia derechos sexuales reproductivos de niños, niñas y adolescentes en Venezuela. Universidad central de Venezuela. Ministerio de salud y desarrollo social 2011.
40. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié. JM. Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupción del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011; 3(1):25-32.
41. Guirgiovich A, Arellano J, Escudero G, Godoy P, Pascalo A, Planas H. Peso del recién nacido y su relación con la edad cronológica y ginecológica de las madres. RevSoc Argent Ginecollnfanto-Juv 2011; 7 (3)123-8.
42. Beleza Filho, AA.: Pregnancy in adolescente. J.Bras. Ginecolo; 94(7):271-4,2011.

43. Byrne y W. A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex and contraception*. . New Jersey: Lawrence Erlbaum. 2011.
44. Guirgiovich A, Arellano J, Escudero G, Godoy P, Pascalo A, Planas H. Peso del recién nacido y su relación con la edad cronológica y ginecológica de las madres. *RevSoc Argent GinecollInfanto-Juv* 2011; 7 (3)123-8.
45. Dra. Yaquelín de la Caridad Fonseca Álvarez. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora de Educación Médica Superior. Intervención educativa sobre embarazo precoz en la adolescencia. Comunidad La Sibucara. Venezuela. 2013.
46. McNamara “Adolescent perspectives on sexuality, contraception and pregnancy”. Estados Unidos. 2013.
47. Morris K. Experiencia sexual y anticonceptiva en jóvenes de América Latina. 2012.
48. Rodríguez Rodríguez, O.: Principales factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia .Trabajo de terminación de la especialidad, Camaguey, 2011.
49. Freitez A, Di Brienza M y Zúñiga G en su estudio: Comportamiento Sexual y Reproductivo de las Adolescentes. 2013.
50. Medellín Semental María O. Alanis Niño G. Influencia de la infección de vías urinarias en la amenaza de parto pretérmino. Edición Especial. RESPYN NL. México, Monterrey 2004; 4.
51. Alvarado DA. Anticoncepción en México. *Rev. GinecolObstet. México* 2002; 70(5): 227-35.
52. González BO. Assessment of women’s perception and knowledge preconceptual risk in nine municipalities in Matanzas province, Cuba. *Medic review* 2003; 5(2-3): 15 -8.
53. González Sáez Y, Hernández Sáez I, Conde Martín M, Hernández Riera R, Brizuela Pérez SM. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. *AMC [en línea]*. 2010 [consultado 14 de enero 2011]; 14(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

54. Beltrán AL. Factores causales y repercusiones sociales de la maternidad precoz en nuevitas. Trabajo de Terminación de la Especialidad en Medicina General Integral, 2003.
55. Cuba. MINSAP Anuario Nacional de Estadística; 2003 .p.78, 295.
56. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié. JM. Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupción del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011; 3(1):25-32.
57. Martínez Abréu J, Almeida Campos S, López Pérez A, Chil Díaz M, Fernández Romero M, Guzmán Sotolongo S. Aborto, conocimientos y consecuencias. Revista Médica Electrónica [en línea].2008 [consultado 14 enero 2011]; 30 (4). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema05.htm>
58. Ortega Naranjo, F.: Interrupción del embarazo en la adolescencia. Factores sociales que lo determinan. Trabajo de terminación de la especialidad, Camagüey, 1993.
59. [Quevedo Freitas Gilberto](#), [Vázquez Ortiz Marta](#) [Eugenia](#), [Zulueta Yate Morayma](#), [Fernández Charón Eddy](#), [Ruz Domínguez Josefa Eugenia](#). Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr 2012; 28(2)
60. Tirado Armas, Y. asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto. 2010.

Anexo I

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES

Yo: _____

Padre de la adolescente: _____

doy mi consentimiento y aprobación a que la misma participe en la realización de la investigación que se está efectuando en el Consultorio 3 del Consejo Popular Pesquería del área de salud Gaspar.

Para obtener este consentimiento he recibido una explicación amplia del Dr. Abelardo Pérez Gómez, quien me ha informado que:

1. Mi consentimiento para que mi hija participe en el estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá consecuencias en mis relaciones con el área de salud.
2. En cualquier momento puedo retirar a mi hija del estudio, sin que sea necesario explicar las causas, y esto no afectará mis relaciones con el personal de salud.

Y para que así conste, y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento junto con el médico que me ha dado todas las explicaciones pertinentes.

Firma del padre

Firma de la adolescente

Firma del investigador

Anexo II

Cuestionario de recogida de información Policlínico Docente Mario Páez I. Consejo Popular Pesquería.

El Dr. Abelardo Pérez Gómez, médico del CMF # 3 de Pesquería está realizando una encuesta totalmente anónima a las adolescentes entre 10 y 19 años con el objetivo de identificar los conocimientos que poseen sobre el embarazo en la adolescencia. Le informamos que los datos aportados por usted serán utilizados con fines totalmente científicos, se les agradece de antemano por su cooperación y pedimos disculpas por las molestias que le podamos ocasionar. Gracias.

FORMULARIO

Datos de la adolescente:

1. Edad _____ (En años)
2. Nivel de escolaridad (Marque con una X según corresponda).

Primaria sin terminar _____
Primaria terminada _____
Secundaria sin terminar _____
Secundaria terminada: _____
Técnico medio sin terminar _____
Técnico medio terminado _____
Preuniversitario sin terminar _____
Preuniversitario terminado _____

3. Estado civil (marque con una X según corresponda).

3.1-Soltera____.
3.2-Casada____.
3.3-Acompañada____.

4. ¿Qué edad considera usted propicia para un embarazo?

1- 15 a 20 años____.
2- 21 a 35 años____.

3-Más de 35 años____.

5. Usa algún anticonceptivo?: Si____ No____

6. De los siguientes métodos anticonceptivos, marque con una X los que usted conoce.

- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| a)____ Inyecciones | d) ____ Tabletas |
| b)____Padre soltero | e) ____ Preservativo |
| c) ____T de cobre | f) ____Esterilización quirúrgica |

7. Según sus conocimientos sobre los riesgos que se pueden presentar en un embarazo en edades tempranas, marque con una X los que usted considere correctos:

- a) Bajo nivel de conocimientos sobre sexualidad____
- b) Bajo nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos____
- c) Poca e irregular utilización de métodos anticonceptivos antes del embarazo____
- d) Inicio precoz de las relaciones sexuales____
- e) Rendimiento académico deficiente (Que no aprendan lo suficiente) ____
- f) Padres solteros____

8. De acuerdo a sus conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia, maque con una X las complicaciones que pueden ocurrir durante el mismo.

Amenaza de aborto____, Amenaza de parto prematuro (antes de tiempo)____, Anemia____, Infección Urinaria____, Crecimiento intrauterino retardado(Retardo del crecimiento del bebé en el útero)____, Aumento de la presión arterial____ Enfermedades de trasmisión sexual____, Muerte del feto ____

9. Marque con una cruz (X) cinco complicaciones del aborto.

- a) Sangramiento ____
- b) Aumento de peso ____
- c) Infecciones Ginecológicas ____
- d) Cansancio fácil ____
- e) Esterilidad (Dificultad para tener hijos) ____
- f) Disminución del peso ____

- g) Inflamación Pélvica _____
- h) Insomnio (Falta de sueño) _____
- i) Desgarros (Roturas) _____
- j) Retención de restos (partes) del embrión. _____

Anexo III

Programa de intervención educativa Policlínico Docente Mario Páez I. Municipio Baraguá.

Las actividades de intervención comunitaria constaron de 7 actividades que fueron impartidas todos los jueves en horario de la tarde en un local del IPU Ricardo Pérez Alemán localizado frente al consultorio No 3 del Consejo Popular Pesquería. Impartidas por el médico y la enfermera del mismo.

En cuanto a las fechas y horas que se muestran sufrirán cambios de acuerdo la disponibilidad del local que se nos será asignado.

Primer encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no. 3

Tema: Introducción al curso de Embarazo en la adolescencia

Objetivos del curso

1. Identificar que conocimientos tenían las participantes sobre tema
2. Brindar información sobre los aspectos más importantes del embarazo en edades tempranas.
3. Motivar a las participantes a que divulguen los aspectos aprendidos a sus parejas, compañeros de escuela para que juntos contribuyan a formar una familia feliz.

Duración: 60 minutos.

Recursos: 1- Pizarra.

2- Hojas blancas.

3- pancarta educativa (será elaborado por el autor de la Intervención).

Técnica participativa: (Baile de presentación)

Introducción: Durante este primer encuentro se procederá a la presentación de cada una de las participantes de acuerdo a su nombre, edad y procederán a presentarse

uno a uno, momento en el cual cada una contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades.

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procederá a informar el horario, fechas y lugares previsto, se hablará acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informará que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregará a cada uno de las participantes el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por cada uno de los participantes. Exhortándolos a participar en la próxima encuentro.

Segundo encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.3

Tema. El embarazo en la adolescencia concepto, estadísticas de embarazos precoces en diferentes regiones, factores de riesgos del embarazo en edades tempranas,

Objetivos

1. Analizar la definición de embarazo en la adolescencia.
2. Reconocer las estadísticas de embarazos precoces en diferentes regiones del mundo.
3. Explicar los factores de riesgos del embarazo en edades tempranas.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 60 minutos.

Recursos: 1- Pizarra.

2- Una computadora.

4- Sobres.

Técnica participativa: “La sorpresa”.

Introducción: Se comenzará realizando un recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, las mismas en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el contenido, esto se realizarán con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará los aspectos relacionados con el embarazo en la adolescencia y sus factores de riesgo.

Al finalizar la actividad se entregará mini boletín que informaran modos y estilos de vida saludables y se cerrará la actividad con la canción "No basta" por Franco de Vita.

Tercer encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no.3

Tema. Repaso de anatomía y fisiología de la reproducción.

Objetivos

1. Reconocer la estructura de los órganos del aparato reproductor femenino y Masculino
2. Reconocer las funciones de los órganos reproductores femenino y masculino, para comprender el modo de acción de los métodos anticonceptivos.
3. Determinar el periodo fértil de la mujer y el ciclo menstrual, para una mejor Comprensión de los métodos naturales

Material para Aprendizaje;

Esquema aparato reproductor masculino.

Esquema aparato reproductor femenino.

Grafico ciclo menstrual.

Duración: 60 minutos.

Recursos: 1- Médico.

Técnica participativa: lenguaje popular.

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo

1. Presentación
2. Partes y funciones del órgano reproductivo masculino y femenino.
Se hace énfasis en la desproporción feto pélvica
3. Debate: Ovulación y Menstruación

Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

¿Sabe usted cuál es el método anticonceptivo más eficaz para prevenir un embarazo?

Cuarto y Quinto encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no. 3

Tema: Los métodos anticonceptivos concepto, clasificación, ventajas y desventajas.

Objetivos

1. Identificar los métodos anticonceptivos de mayor uso y disponibilidad en el país.
2. Analizar las ventajas y desventajas en el uso de los métodos anticonceptivos para la planificación familiar para hombres y mujeres evitando el embarazo precoz.
3. Reconocer los criterios de elegibilidad y efectos secundarios de los diversos métodos anticonceptivos.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 120 minutos.

Recursos: 1- Pizarra.

2- Una computadora.

Técnica participativa: ¿Qué sabemos?

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo:

1. Métodos disponibles en el país y como adquirirlos.

2. Concepto, clasificación, ventajas, desventajas y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos.

Guía Temática: Métodos Anticonceptivos Disponibles en Cuba.

- ✓ Anticoncepción Hormonal
 - Tabletas Anticonceptivas
 - Inyectables
- ✓ Dispositivo Intrauterino
 - T de Cobre 380A
- ✓ Métodos de Barrera
 - Preservativo o Condón masculino
- ✓ Anticoncepción Quirúrgica
 - Ligadura tubárica
 - Vasectomía
- ✓ Métodos anticonceptivos Tradicionales
 - Abstinencia sexual periódica
 - Coitos Interruptus
 - Método Lactancia Amenorrea MELA

Sexto encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:40 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:40 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no. 3

Tema. Complicaciones que se pueden presentar por un embarazo precoz (prenatales, durante el parto y del recién nacido).

Objetivos

1. Identificar las complicaciones que se pueden presentar por un embarazo precoz (prenatales, durante el parto y del recién nacido).
3. Valorar que el logro y el mantenimiento de salud sexual reproductiva son una condición esencial para elevar el nivel de vida de la población, disminuir la mortalidad materna e infantil y favorecer la equidad de la pareja.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 120 minutos.

Recursos: 1- Pizarra.

2- Una computadora.

Introducción: Se realizará un breve resumen del tema tratado en la clase anterior y se realizarán preguntas de control.

Desarrollo: En un segundo momento realizaremos una conferencia con un Power Point abarcando las complicaciones más frecuentes en los diferentes estadios estudiados. (Prenatales, durante el parto y del recién nacido) insistiendo una vez más en la importancia de prevenir el embarazo en edades tempranas, lo cual no solo beneficia a la gestante sino al producto de su concepción. Luego se realizará un debate sobre las complicaciones de escaso dominio por las adolescentes.

Para finalizar la actividad se exhortará a todos los participantes a participar de nuestro último encuentro, donde podremos comprobar los conocimientos aprendidos.

Séptimo encuentro:

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: CMF no. 3

Temas: Recapitulación de los diferentes temas abordados durante la aplicación del programa de intervención educativo sobre el embarazo en edades tempranas.

Objetivos

1. Integrar los temas abordados
2. Evaluar la efectividad del programa aplicado

Duración: 120 minutos.

Recursos: 1- Médico.

Técnica Participativa: Despedida.

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación " despedida", la misma consistirá en que los participantes expresará como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas. Al culminar la intervención se

les entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Actividad recreativa, con participación comunitaria y apoyada por el consejo popular.