

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
Policlínico Universitario Docente
Área Norte
Ciego de Ávila

Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia en el CMF 3 Policlínico Norte.

Autor: Dr. Eduardo Alexis Hechavarría Morell

**Trabajo de Terminación de la Especialidad para optar por el título de
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral**

2017

UNIVERSIDAD MÉDICA DE CIEGO DE ÁVILA
Policlínico Universitario Docente
Área Norte
Ciego de Ávila

**Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia en el CMF 3.
Policlínico Norte**

Autor: Dr. Eduardo Alexis Hechavarría Morell

Tutor: Dr.C. Olga Marlene Miranda Quintana

Especialista de I y II Grado en MGI

Profesora Auxiliar

**Trabajo de Terminación de la Especialidad para optar por el título de Especialista de
Primer Grado en Medicina General Integral**

2017

Resumen

Se realizó un estudio cuasi experimental (intervención educativa) en el Consultorio Médico de la Familia número 3, del Policlínico Universitario Docente Área Norte de Ciego de Ávila entre junio de 2016 a enero 2017 con el objetivo de elevar el conocimiento y la percepción del riesgo sobre el embarazo en adolescentes. El universo lo conformaron 153 adolescentes y la muestra 87 seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. El estudio constó de tres fases: diagnóstica, de intervención y una fase evaluativa. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario aplicado. Las variables estudiadas fueron: edad de inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, antecedentes de aborto, conocimiento acerca de la edad adecuada para la reproducción, la anticoncepción de emergencia, el aborto y las complicaciones maternas y del producto. Los datos se procesaron de forma computarizada, se expusieron en texto y tablas. Como resultados más importantes se encontró que prevalecieron las adolescentes que comenzaron las relaciones sexuales antes de los 16 años, las que no usaron anticonceptivos y las que no tuvieron antecedentes de aborto. Se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. Casi la totalidad de las participantes presentaba un nivel de conocimientos insatisfactorio sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia y la mayoría no respondía correctamente sobre las posibles complicaciones. Ninguna de las participantes presentaba conocimientos satisfactorios iniciales sobre, las causas y consecuencia del embarazo en la adolescencia y con una modificación significativa en la evaluación final y la casi totalidad terminó la investigación con un adecuado nivel general de conocimientos siendo significativa esta modificación. La intervención educativa elevo el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

Palabras clave: Intervención educativa, adolescentes, embarazo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 2

OBJETIVOS..... 11

METODOLOGÍA 17

RESULTADOS Y DISCUSIÓN 23

CONCLUSIONES 42

RECOMENDACIONES 43

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudiosos sobre el tema de la adolescencia consideran que la transición del niño hacia la edad adulta es un fenómeno trascendental, único e irrepetible. Es el período comprendido entre la niñez y la adultez, que cronológicamente se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivo (1,2).

En esta etapa se abre a los adolescentes un amplio campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados y se despierta la curiosidad por temas desconocidos, sobre todo los relacionados con la sexualidad, por lo que tienen que enfrentar conflictos para los cuales no están preparados, son incapaces de analizar las consecuencias de su comportamiento en ese sentido y de tomar decisiones sensatas, puesto que no han alcanzado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable. (2,3). Sus límites han sido fijados entre los 10 y 19 años. El embarazo adolescente o precoz es aquel que se produce en una mujer: entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil, y el final de la adolescencia (1).

El embarazo a temprana edad se considera un problema de salud pública de alto impacto negativo. Un importante número de los embarazos que ocurren a nivel mundial suceden en las edades comprendidas entre 15 y 19 años, ubicándose el mayor porcentaje en África, América Latina y el Caribe. En Latinoamérica, tiene una tendencia al incremento, donde cada año tres millones trescientos doce mil adolescentes llevan a término un embarazo y un tercio de las mujeres son madres en su adolescencia (2).

El embarazo en las adolescentes ocurre fundamentalmente porque existe desconocimiento del peligro que representa este, tanto para la madre como para el producto, y se arriesgan a no usar anticonceptivos durante las prácticas sexuales o a usarlo de forma incorrecta. Además, por no conocer sobre la anticoncepción de emergencia, método que puede prevenir un embarazo no planeado hasta cinco días después de una relación sexual no protegida, cuando no se usó un anticonceptivo, cuando éste falló o su uso fue incorrecto disminuyendo la incidencia de embarazos

no planeados, de abortos y sus consecuencias, el que es utilizado por las adolescentes con mayor frecuencia como un método de planificación familiar por desconocimiento de sus consecuencias (3).

Los riesgos y daños que se pueden presentar en la adolescente embarazada, incluso aquél que es deseado, no solo se advierten en la gestación, sino también en el parto y posparto, incluyendo al recién nacido. La tasa de morbimortalidad materna e infantil es más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas, debido a las frecuentes complicaciones obstétricas y perinatales que ocurren en las gestantes adolescentes (4).

Por ello se acepta que la mortalidad infantil en los hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en los niños de madres adultas. La mortalidad por embarazo en la adolescencia está relacionada con una mayor mortalidad materna, el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años (5).

El embarazo en las adolescentes trae consigo múltiples complicaciones, por un lado las consecuencias del aborto si decide interrumpirlo y si decide continuarlo pueden aparecer trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalopélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal, además de retardo del crecimiento intrauterino (6).

Cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, 11,7 millones en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados 1,3 millones (7). En Cuba, anualmente se realizan alrededor de 22 000 abortos inducidos en menores de 20 años y casi 16 000 nacimientos ocurren en las madres adolescentes, hallándose entre las naciones con un índice elevado de nacimientos en este grupo de edad. El 80 % de las mujeres menores de 20 años

tienen riesgo de tener hijos con peso menor de 2 500 g y 1,6 veces mayor que para las que tienen más de 18 años (8).

En la Provincia Ciego de Ávila se realizaron 146 captaciones de embarazo en mujeres menores de 19 años, en el municipio Ciego de Ávila se realizaron 122 y en Policlínico Universitario Docente Área Norte de Ciego de Ávila se realizaron 57 de las cuales 14(24.5%) de estas gestantes adolescentes, pertenecen al Consultorio del Médico de la Familia (CMF) número 3, ubicado en la comunidad 9 de abril en la periferia del municipio, donde las condiciones socioeconómicas no son adecuada, primando bajo nivel de escolaridad de los padres, predominio de vivienda tipo III y la deserción escolar.

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento y la percepción del riesgo sobre el embarazo en adolescentes del CMF número 3?

Hipótesis.

La aplicación de una intervención educativa que, en el diseño considere las limitaciones existente en el nivel de conocimiento del embarazo en la adolescencia, contribuye a elevar nivel de conocimiento del embarazo en la adolescencia.

MARCO TEORICO

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano unido a profundos cambios biológicos, psicológicos que conllevan modificaciones conductuales, por todo ello requiere una atención diferenciada y a la vez la comprensión, orientación, apoyo y confianza que debe brindarse durante ese ciclo de vida.

Durante esa etapa no necesariamente la adolescente conoce los riesgos de un embarazo. El desconocimiento de los riesgos de tipo biológico y psicológico que enfrenta la embarazada adolescente induce a un problema de salud y justifican la realización de investigaciones para modificar la percepción del riesgo sobre el embarazo antes de los 20 años.

El embarazo en adolescentes es una de las preocupaciones médicas más importantes dentro de nuestro país. El 24.5% de las gestantes adolescentes del Policlínico Universitario Docente Área Norte de Ciego de Ávila pertenecen al CMF número 3, este implica altos riesgos para la salud de la madre, del feto y del recién

nacido, los cuales podrían llevarlos hasta la muerte, por tratarse de un tema importante para la mujer adolescente, el producto de la concepción, la familia y la sociedad se decidió realizar esta investigación.

Este puede ser revertido cuando a las adolescentes se les proporcione la información necesaria y se modifique la percepción del riesgo sobre el embarazo antes de los 20 años, se incrementen sus conocimientos sobre la utilización de los métodos anticonceptivos en estas edades y los riesgos que entraña para el niño y la madre el embarazo. La adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, y suele dividirse en adolescencia temprana (10-14 años de edad) y adolescencia tardía (15-19 años de edad). Es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de nuevas funciones orgánicas como la menarquia y la ovulación en el sexo femenino, y la espermatogénesis y eyaculación en el varón (9).

Es una etapa de la vida de grandes oportunidades, pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planificado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo (10).

La edad óptima para la mujer salir embarazada es de 20 a 30 años, pues en estas edades ya se ha adquirido la madurez biológica, psicosocial y algo no menos importante, se ha completado el proyecto de vida: sus aspiraciones intelectuales, políticas y artísticas. El desconocimiento de este aspecto por la adolescente incrementa la probabilidad en siete veces de embarazo antes de cumplir los 20 años (11).

El embarazo en adolescentes es una de las preocupaciones médicas más importantes dentro de nuestro país. El 24.5% de las gestantes adolescentes del Policlínico Universitario Docente Área Norte de Ciego de Ávila pertenecen al CMF número 3, este implica altos riesgos para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, los cuales podrían llevarlos hasta la muerte, por tratarse de un tema

importante para la mujer adolescente, el producto de la concepción, la familia y la sociedad se decidió realizar esta investigación.

Este puede ser revertido cuando a las adolescentes se les proporcione la información necesaria y se modifique la percepción del riesgo sobre el embarazo antes de los 20 años, se incrementen sus conocimientos sobre la utilización de los métodos anticonceptivos en estas edades y los riesgos que entraña para el niño y la madre. Entre todas las conductas sexuales de riesgo, sin duda el inicio precoz de las relaciones sexuales posee una mayor trascendencia, pues es precisamente a partir de esta que se derivan todas las restantes. Los adolescentes, de un sexo y otro, comienzan a tener sus relaciones sexuales sin haber recibido información exacta y oportuna sobre sexualidad y reproducción, de manera que ese desconocimiento es causante actualmente de la alta incidencia de embarazos no planificados ni deseados a esas edades (12).

La maduración sexual se manifiesta más claramente en el sexo femenino con la aparición de la menarquia, que ocurre en promedio a los 12 años y se regulariza con la ovulación en el año siguiente, etapa en que puede ocurrir el embarazo (13).

El elevado índice de embarazo en las adolescentes demuestra que existe carencia en el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos. Aunque el método de planificación familiar ideal en la adolescencia es la abstinencia coital, hay que tener en cuenta que los coitos hacen parte de la vida sexual del adolescente, por lo que otros métodos pueden ser utilizados de forma inocua y segura (14).

Los métodos anticonceptivos para adolescentes se clasifican en: preferentes (preservativo, anticoncepción hormonal oral y anticoncepción de emergencia), aceptables (diafragma y esponja vaginal, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable o intradérmica), menos aceptables (DIU, abstinencia periódica y contracepción quirúrgica) (15).

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad. Cuando hablamos de embarazo en la adolescencia nos referimos a la

totalidad de embarazos ocurridos en muchachas a una edad cuando a un no son adultas y cuando desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad.(16)

Los programas educativos que abordan el tema de la reproducción, suelen ofrecer información muy general que no le permite a la adolescente incorporar conceptos fundamentales relacionados con los mecanismos de la reproducción, ni asimilar conocimientos sobre los métodos de anticoncepción y las consecuencias de la reproducción en edades tempranas (14).

Los adolescentes no poseen el conocimiento suficiente sobre los métodos de planificación familiar. Si bien conocen los diferentes métodos, carecen del adiestramiento necesario para su correcto uso en caso de tener coitos, aunque el método de planificación familiar ideal en la adolescencia es la abstinencia coital, pero si tenemos en cuenta que los coitos hacen parte de la vida sexual del adolescente, diversos métodos pueden ser utilizados de forma inocua y segura (16).

Si los adolescentes reciben información clara y oportuna sobre métodos contraceptivos, profundizando sobre su disponibilidad, formas de uso y criterios para su utilización, se reducen los abortos como método de planificación familiar, ya que en la actualidad existe una tendencia a las regulaciones menstruales, de las cuales el 60% corresponden a abortos inducidos, por conocimientos insuficientes o erróneos sobre la anticoncepción y la falta de orientación sexual. De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen los adolescentes es deficiente, pues a pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven, este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo o planificar

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en

menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Lopez-Amoro encontró una alta incidencia de embarazos, la mayoría no deseados, en su estudio con adolescentes.(17)

El número de adolescentes embarazadas se acrecienta cada vez más, sin recibir una buena preparación previa para la concepción del embarazo, psicoprofilaxis del parto y sus complicaciones, así como enfrentar una discapacidad en caso que sucediese, lo que destaca la necesidad de la capacitación a profesionales que garanticen la orientación, seguimiento y control de las adolescentes embarazadas y sean capaces de brindar temas que permitan concientizar a este grupo etéreo, la importancia y riesgos que podría traer un embarazo en esta etapa de la vida.

La anticoncepción de emergencia se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección y sus efectos secundarios son muy escasos, pudiendo reducir hasta en un 75 % el riesgo de que se produzca un embarazo después de un coito no protegido. Es una opción válida para las adolescentes sexualmente activas generalmente tienen relaciones sexuales sin protección, especialmente durante los primeros 6 meses de iniciada la actividad sexual, el acceso fácil a la anticoncepción de emergencia puede ser importante para esta población, puesto que puede ayudar a prevenir un embarazo no planificado que por lo general termina con el aborto (18).

La forma más común de la anticoncepción de emergencia es que la mujer tome una dosis especial de píldoras anticonceptivas, denominadas píldoras anticonceptivas de emergencia unas pocas horas o días después del coito, este método no se consideran una forma de aborto, ofrece muchas posibilidades de evitar los embarazos no deseados, y el aborto, sin embargo aún no está ampliamente divulgado entre las adolescentes (17).

A pesar de la disponibilidad de los numerosos métodos contraceptivos existentes, la mayoría de los embarazos en las adolescentes no son planificados ni deseados y terminan mediante un aborto, lo que conlleva un alto riesgo para la adolescente. Se estima que alrededor de 25 millones de aborto se realizan en las menores de 20 años como consecuencia de un embarazo no deseado, ni planificado y mueren

alrededor de doscientas mil cada año como consecuencia de las complicaciones de este proceder (18).

Los índices de aborto inducido en Cuba anualmente se mantienen entre los más elevados a nivel mundial jugando un papel prominente en la regulación de la fertilidad. A nivel nacional la práctica del aborto es tradicional, transmitida entre generaciones y bastante afianzada ante lo “seguro” que resulta su desempeño. Está además comprobado que las adolescentes recurren a su práctica de manera reiterada en muchos casos, o sea, repiten el ciclo haciéndose usuarias del método, lo que denota el desconocimiento sobre las innumerables complicaciones de este método (19).

En la literatura se señalan los peores resultados durante el embarazo, con relación al bajo peso al nacer, y la morbilidad y mortalidad son más frecuentes en las adolescentes que en la mujer adulta, y que las embarazadas adolescentes con bajo peso al comienzo del embarazo y/o ganancia insuficiente de peso al concluir este, son las que aportan mayor número de recién nacidos bajo peso (20).

Está demostrada una relación directa entre menos edad y menor peso del neonato, probablemente este resultado perinatal adverso sea asociado a la inmadurez biológica, debido a la existencia de otros factores que pueden explicar este hallazgo y entre ellos podemos señalar: La mayor presencia de preeclampsia, eclampsia que se asocia a mayor prematuridad, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento fetal. La mayoría de las adolescentes no planean su embarazo y éste las toma de sorpresa y por ende al menos en los primeros meses no van a tener los cuidados que amerita un embarazo; incluso es frecuente encontrarse con estas pacientes que dicen desconocer estar embarazadas o que por temor a la reacción de sus familiares y la sociedad prefieren ocultar el embarazo hasta etapas donde las manifestaciones clínicas son evidentes (21).

Entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes cursan con trastornos hipertensivos (50% pre eclampsia – eclampsia) y se invoca una falla en el mecanismo inmunológico adaptativo entre el organismo materno y su huésped, que puede estar relacionada con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar

asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes (22).

Las gestantes adolescentes constituyen grupos de riesgo y elevan los índices de morbilidad y mortalidad materna, pero fundamentalmente infantil, al experimentar partos prematuros y tener hijos con bajo peso al nacer, sobre todo cuando la madre es muy joven. Son muy claros los peligros que entraña una maternidad prematura, pues las gestantes se exponen a la muerte por una complicación durante el embarazo, parto e incluso puerperio (23).

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino (CIUR), y el desprendimiento prematuro de la placenta. Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal.

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.

Objetivos de la intervención

La intervención psico educativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas (24-25).

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.

El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.

El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma.

El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera (26).

Funciones de la intervención

Se pueden contemplar cuatro funciones:

Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.

Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.

Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social (27;28).

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo,

actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social (28).

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

Entre profesionales.

Para profesional (colaboradores del profesional), como la investigación realizada , en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre la Dra Ochandategui Camejo expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%.(29)

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que

diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera) (30).
- Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %.(43). Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.
- Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario (31).
- Carácter científico de la intervención
- La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se

sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios (32).

OBJETIVOS

General

Evaluar un programa de intervención educativa sobre el conocimiento y la percepción del riesgo del embarazo en la adolescencia.

Específicos.

1. Caracterizar las adolescentes participantes según edad de inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y antecedentes de aborto.
2. Determinar el conocimiento de las adolescentes antes de la intervención en: edad adecuada para la reproducción, uso de los anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, aborto y complicaciones maternas y neonatales.
3. Aplicar una intervención educativa sobre temas relacionados con el embarazo en la adolescencia.
4. Evaluar el conocimiento adquirido después de aplicada la intervención educativa.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuasi experimental (intervención educativa) en adolescentes del CMF número 3, perteneciente al Policlínico Docente Norte de Ciego de Ávila, en el período comprendido entre junio de 2016 y enero de 2017.

Universo y muestra

El universo de estudio lo conformaron 153 adolescentes femeninas que comprendió el 100% de las adolescentes pertenecientes al CMF número tres , de la comunidad 9 de abril del área de salud norte .

La muestra se formó con 87 adolescentes seleccionadas mediante muestreo intencional no probabilístico sometidas a criterios de inclusión establecidos.

Criterios de inclusión.

1. Adolescentes que aceptaron participar en el estudio y fueron previamente autorizadas por sus padres o tutores (anexo1).
2. Adolescentes que se encontraban dispensarizada en el CMF número tres.
3. Adolescentes se comprometieron a asistir de forma regular a las actividades planificadas.

Criterios de exclusión.

1. Las adolescentes que no asistieron de forma regular a las sesiones (menos de tres ausencias).
2. Adolescentes con trastornos físicos o mentales que imposibilitaran la recolección de la información.

Etapas

Para la ejecución de la intervención se cumplieron tres etapas de trabajo:

Etapa 1. Diagnóstica. Una vez selecciona la muestra, consistió en la aplicación del cuestionario (anexo 2) para evaluar el conocimiento de las adolescentes antes de efectuar la intervención, se aplicó de forma simultánea a las 87 participantes, sobre la edad adecuada para la reproducción, uso de los anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia, aborto y complicaciones maternas y del producto. Antes de que las participantes comenzaran a contestar el cuestionario, se explicaron las instrucciones para responder cada pregunta, se aclaró los términos dudosos o desconocidos y se les recordó que sus respuestas son totalmente confidenciales. La aplicación duró aproximadamente 40 minutos.

Etapa 2. Intervención educativa. En esta etapa se desarrolló un programa educativo (anexo 3) que incluyó temas relacionados con el embarazo en la adolescencia. El programa tuvo una duración de cinco semanas, con un encuentro semanal de una hora cada frecuencia. Para desarrollar el programa educativo el grupo fue dividido en cuatro subgrupos, tres de 22 y uno de 21, se impartió lunes, martes, miércoles y jueves, un día para cada grupo por cinco semanas. Se utilizó un aula de la escuela primaria de la comunidad.

Etapa 3. Evaluación. Al término de la intervención (semana 5) se realizó una evaluación, de forma simultánea a las 87 participantes, para evaluar el nivel de conocimientos alcanzado por las participantes, mediante las respuestas a las preguntas cuestionario inicial (anexo 2).

Métodos

- Teóricos

Histórico-lógico: permitió analizar la evolución histórica del embarazo en la adolescencia, antecedentes, comportamiento y tendencias actuales, lo cual permitió establecer las bases teóricas que sustentan y reflejan de forma lógica la esencia, necesidad y regularidad del conocimiento.

Analítico-sintético: permitió el análisis del embarazo en la adolescencia o de publicaciones, o referentes teóricos o investigaciones anteriores o la fundamentación teórica de la investigación.

Inducción-deducción: permitió la valoración de los resultados de los diversos instrumentos utilizados en la investigación, así como las vías lógicas seguida para la solución del problema científico.

- Empíricos

La información se obtuvo mediante la técnica de la encuesta, en su modalidad cuestionario (anexo 2). Este instrumento fue elaborado para dar respuesta a los objetivos de la investigación y una vez completado constituyó el registro primario de la investigación. La primera parte del instrumento recoge la información sobre edad de inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y antecedentes de aborto. La segunda parte incluye preguntas cerradas con el objetivo de evaluar el conocimiento de las adolescentes acerca de: edad adecuada para la reproducción, uso de los anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia, consecuencias del aborto y complicaciones maternas y del producto. Según la respuesta a cada pregunta se evaluó el si conocen o no conocen sobre cada aspecto del embarazo en la adolescencia.

Para la validez del cuestionario se sometió a la consideración de expertos con más de 10 años de experiencia en la actividad: Especialistas de Primer y Segundo Grado de Medicina General Integral del Policlínico Universitario Docente Área Norte de Ciego de Ávila.

Las variables a tener en cuenta fueron:

1. Edad de inicio de relaciones sexuales
2. Uso de anticonceptivo
3. Antecedente de aborto
4. Conocimiento sobre:
 - edad adecuada para la reproducción
 - el uso de los anticonceptivos
 - la anticoncepción de emergencia
 - consecuencias del aborto
 - las complicaciones maternas
 - las complicaciones del producto

Operacionalización de las variables de estudio

Operacionalización				
Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad de inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa nominal dicotómica	Antes de 16 a 16 años o más	Se señaló la edad en que inició las relaciones sexuales	Frecuencia y por ciento
Uso de anticonceptivo	Cualitativa nominal dicotómica	Si (DIU, tabletas, condón, otros) No	Se indagó si usaba anticonceptivos de forma sistemática y se precisó cual usaba.	Frecuencia y por ciento
Antecedente de aborto	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se precisó si había interrumpido algún embarazo anterior mediante regulación o aborto inducido.	Frecuencia y por ciento

Conocimiento sobre edad adecuada para la reproducción	Cualitativa nominal dicotómica	Si conoce No conoce	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 4	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre el uso de los anticonceptivos	Cualitativa nominal dicotómica	Si conoce No conoce	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 5	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia	Cualitativa nominal Dicotómica	Si conoce No conoce	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 6.	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre consecuencias del aborto	Cualitativa nominal Dicotómica	No Si	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 7	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre las complicaciones maternas	Cualitativa nominal Dicotómica	Si conoce No conoce	Se evaluó según la respuestas a la preguntas 8	Frecuencia y por ciento
Conocimiento sobre las complicaciones del producto	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si conoce No conoce	Se evaluó según la respuesta a la pregunta 9	Frecuencia y por ciento

Los datos se procesaron con estadística descriptiva y los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias, y se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

Aspectos éticos: Luego de informarles a las adolescentes, madres, padres y/o tutores, el motivo del estudio, la confidencialidad de toda la información recogida, de sus deberes y derechos para el estudio, se les solicitó su aprobación por escrito mediante la firma del acta de consentimiento informado, instando a que sus respuestas sean lo más veraces posible y la asistencia a las actividades educativas (anexo 1).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la edad de comienzo de las relaciones sexuales.

Edad de comienzo	No.	%
Antes de los 16 años	54	62.1
16 años o después	33	37.9
Total	87	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 1, se muestra la edad de inicio de las relaciones sexuales de las 87 adolescentes incluidas en el estudio, 54(62.1%) de las adolescentes comenzaron las relaciones sexuales antes de los 16 años y 33 (37.9%) a los 16 años o más.

Este resultado coincide con el estudio realizado por Quintero Rondón, al detectar que la mayoría de las participantes en el estudio tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años (33). Sin embargo Parra-Villarreal J, muestra un resultado diferente al señalar que la edad de la primera relación sexual en la mayor parte de las adolescentes fue a los 16 años o después (34).

Respecto a la edad del primer contacto sexual González Mora MC, detectó que habían tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad (35). De igual manera un estudio realizado en venezolanas adolescentes determinó que el primer contacto sexual fue entre los 14 y 15 años (36).

Urgellés Carrera SA, encontraron que la edad media de inicio de las relaciones sexuales fue 15,9 años (37). Varios autores coinciden en su estudio que la edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15 años aun cuando estos estudios se han realizado en países diferentes, donde las condiciones socioeconómicas y culturales son diferentes (37).

Asimismo, la literatura sobre el tema en Latino América refiere que la edad de la primera relación sexual se encuentra entre los 15.5 y 18.4 años (38).

A juicio del autor, el comportamiento encontrado es el reflejo de la tendencia existente a un inicio cada vez más temprano de la edad de comienzo de las relaciones sexuales, dado por la escasa educación sexual que caracteriza a los adolescentes y a la baja percepción del riesgo sobre el embarazo antes de los 20 años. Las relaciones sexuales en edades precoces significa que se tendrán mayor número de parejas y riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y una mayor probabilidad de embarazos, que las adolescentes que retrasan el inicio de la actividad sexual hasta la adolescencia tardía o adultez joven.

Tabla 2. Distribución según uso de métodos anticonceptivos

Uso de anticonceptivos	No.	%
Si		
DIU	24	27.6
Tabletas	16	19.4
Otros	8	9.2
No	39	44.8
Total	87	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 2 se aprecia que 48(55.2%) adolescentes usaban anticonceptivos, los DIU es el más utilizado con 24(27.6%) las tabletas anticonceptivas por 16 (19.4%). Los otros utilizados en menor proporción fueron el condón masculino en 4(4.6%), el método del ritmo en 3(3.4%) y el coito interrumpido en 1(1.1%) y no utilizaban ningún método para evitar el embarazo 39(44.8%).

Resultado que difiere en cuanto a proporción de uso de anticonceptivos, debido a que Grimón Pérez R informan que solo una cuarta parte utilizó algún método anticonceptivo de forma sistemática, en este trabajo más de la mitad eran usuarias de algún método de planificación familiar (38). Sin embargo, las tabletas fueron las más empleadas de forma sistemática y en la presente investigación fueron los DIU los más utilizados. Esto se debe en primer lugar a que consideran más seguro este método y en segundo lugar al temor por las reacciones adversas atribuidas a las píldoras.

También hay diferencias, respecto al uso de algún método anticonceptivo por los adolescentes con informe de Favier Torres MA, al informar que los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes encuestadas fueron: el condón, el método del ritmo y los DIU (39).

A propósito del uso de anticonceptivos Quintero Rondón señala que la mayoría no lo usaba, y los principales anticonceptivos que usaron fueron hormonal (inyección) seguido del preservativo (condón). De igual manera en lo que tiene que ver con el

empleo de métodos de planificación familiar, González Sáez Y, en un estudio en 62 adolescentes detectó que poco menos de la mitad no los empleaba y los usados fueron preservativos y los métodos hormonales (40).

Según reporta el estudio realizado en 120 adolescentes por Sánchez Meneses³⁰ la mitad de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo, siendo más utilizado el condón masculino, seguido de los hormonales orales. A diferencia de lo hallado en la presente investigación donde predominó el uso de los dispositivos intrauterinos, al que erróneamente consideran más seguro, pues el condón masculino a pesar de ser un método de barrera que no solo evita el embarazo, sino también las infecciones de transmisión sexual, no es muy aceptado por los adolescentes en nuestro medio, corroborando una vez el desconocimiento sobre el uso y beneficios de los diferentes métodos.,

El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes encontrado en nuestro estudio fue de 56.2%, menor a lo reportado en Chile por Fonseca Lobaina M, al señalar que la mayoría de las mujeres adolescentes usaban métodos anticonceptivos (41).

Giacomin-Carmioli y Leal-Mateos al revisar 360 historias clínicas de pacientes embarazadas menores de 18 años encontraron que menos de una tercera parte de las adolescentes manifestaron haber utilizado en algún momento un método anticonceptivo posterior al inicio de relaciones sexuales, siendo los anticonceptivos orales fueron los más utilizados.

En opinión del autor, la gran proporción de adolescentes no usaron métodos anticonceptivos muestra que hay desconocimiento sobre estos y los riesgos de un embarazo en la adolescencia.

Tabla 3. Distribución según antecedentes de aborto.

Antecedentes de aborto	No.	%
Si	28	32.2
No	59	67.8
Total	87	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 3 se puede observar que 28 (32.2%) de las adolescentes refirieron el antecedente de interrupción del embarazo mediante el aborto provocado.

El resultado encontrado tiene similitud con el reporte de González Mora MC, al detectar que una tercera parte tenía historia de interrupción de embarazo. También coincide con el informe de un estudio realizado por Gil Vildozola al encontrar que una proporción similar de adolescentes recurrió al aborto como un método riesgoso para interrumpir el embarazo. Otro trabajo nacional que recoge el antecedente de aborto, fue efectuado por Enríquez Domínguez señala que más de la mitad tenía el antecedente de haberse realizado una interrupción (35 36).

En cuanto a los antecedentes de abortos, el reporte de Urgellés más de la mitad tenían antecedentes de abortos provocados y una tercera parte refirieron antecedentes de dos y alrededor de una quinta parte tenían historia de tres abortos. Sin embargo Gómez Suárez RT, al caracterizar a 62 adolescentes gestantes encontraron que la mayoría de las adolescentes no tenía historia de aborto, debido a que conocen sobre los beneficios y uso de los métodos anticonceptivos, a diferencia de la población de adolescentes estudiadas.

Los índices de aborto inducido en Cuba anualmente se mantienen entre los más elevados a nivel mundial jugando un papel prominente en la regulación de la fertilidad siendo el grupo de las adolescentes el que más acude a Centros Hospitalarios a recibir este tipo de atenciones y servicios (42).

Este hallazgo se debe a que una gran proporción de adolescentes no usan métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales y al embarazarse deciden en

conjunto con sus padres terminar la gestación recurriendo al aborto, en cualquiera de sus modalidades, lo que muestra que desconocen las complicaciones de este riesgoso proceder.

Tabla 4. Conocimiento sobre la edad óptima para el embarazo.

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	23	26.4	87	100
No	64	73.6	-	-
Total	87	100	87	100

Fuente: Cuestionario

En la tabla 4 se puede apreciar que antes de la intervención 23 (26.4%) adolescentes conocían sobre la edad óptima para el embarazo y después de la intervención educativa se elevó a las 87 (100%).

Este resultado se corresponde con el informe de una intervención educativa llevada a cabo por Fernández GB, al detectar que antes de la intervención educativa predominaron las que tenían desconocimiento acerca de la edad óptima para concebir el embarazo, después de la intervención educativa el total de adolescentes adquirieron un adecuado conocimiento acerca de la edad óptima para la mujer planificar el embarazo (43).

El estudio realizado por Calderón Morales I, señala que antes de la intervención solo una cuarta parte de las participantes tenía conocimiento adecuado sobre la edad óptima para el embarazo, similar al reporte de Vital Riquenes¹⁹ al detectar que previo a la intervención predominaron las adolescentes con deficiencias en el conocimiento sobre la edad adecuada para la concepción del embarazo, pero después de efectuada la mayoría lo modificó favorablemente (44).

Posada B, Mora B, que en su estudio como edad óptima para la mujer salir embarazada las comprendidas de 20 -30 años, en estas edades ya se ha adquirido la madurez biológica, psicosocial y se ha completado el proyecto de su vida sus aspiraciones intelectuales, políticas y artísticas (45).

Sobre la edad adecuada para concebir un embarazo el autor coincide con Calle Chuquiaguanga UD plantea que desde el punto de vista biológico la edad ideal para la mujer estar embarazada está entre 20 y 35 años ya que su cuerpo está totalmente desarrollado y el riesgo de complicación es mínimo y se ha alcanzado un mayor nivel de madurez emocional y social para criar a sus hijos de la forma más correcta. El desconocimiento de la edad óptima de una mujer quedar embarazada ocasiona que no se tengan en cuenta desventajas y complicaciones que acarreen este acto en la adolescencia. El desconocimiento acerca de la edad óptima para el embarazo entre las adolescentes, resultando siete veces más probable un embarazo en una adolescente con desconocimiento de esta edad óptima, que aquellas que tenían algún conocimiento (46).

El no conocimiento sobre la edad óptima del embarazo encontrado en la mayoría de las adolescentes se debe a la escasa orientación preconcepcional que se ofrece sobre la edad adecuada para procrear.

Tabla 5. Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	32	36.8	85	97.7
No	55	63.2	2	2.3
Total	87	100	87	100

Fuente: Cuestionario

El conocimiento de los métodos anticonceptivos por las adolescentes se puede observar en la tabla 5. Antes de la intervención 32 (36.8%) participantes conocían sobre tan importante tema y luego de impartida la intervención esta cifra se elevó a 87 (97.7%) adolescentes.

Acerca del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes que contribuyan a evitar un embarazo el resultado de esta investigación coincide con el informe de un estudio realizado por González Sáez al encontrar que antes de la intervención predominó el desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar. Similar hallazgo reporta otro trabajo de igual diseño realizado por Gil Hernández que al evaluar el conocimiento de adolescentes en relación con el conocimiento que los métodos anticonceptivos encontró que antes de la intervención solo una quinta parte de las participantes un conocimiento adecuado (40).

Otro estudio que demuestra las deficiencias en el conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos fue realizada por Fonseca Lobaina y cols que los participantes solo conocían el condón y las tabletas anticonceptivas, desconociendo los restantes métodos (41).

Gómez Suárez encontró que antes de la intervención predominaron los adolescentes con conocimiento regular y malo acerca del uso de los anticonceptivos y después de las acciones educativas un alto porcentaje de participantes obtuvo un nivel de

conocimiento bueno en el tema. Estos resultados coinciden con lo reportado por Fernández y cols, siendo el condón masculino el método más conocido (42).

Investigaciones realizadas en el ámbito internacional comunican el conocimiento de los adolescentes sobre el uso de anticonceptivos, así el estudio llevado a cabo por Favier Torres³⁹ señala que antes de la intervención solo una quinta parte conocía sobre los métodos de planificación familiar (39). En tanto que Ariza y cols²⁸ informa que la evaluación sobre el conocimiento de los diferentes métodos de planificación familiar resultó ser bastante modesta, pues las adolescentes manifiestan tener poco conocimiento los métodos de planificación familiar (28).

Acerca de los métodos anticonceptivos, los resultados obtenidos en el trabajo realizado por Sánchez Meneses evidencian desconocimiento de métodos anticonceptivos, el condón masculino fue el más conocido, seguido por los hormonales orales por los adolescentes.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos ha sido estudiado por otros autores coincidiendo en que existen conocimientos; pero inadecuados y con un alto nivel de fallas y de no uso (44 46).

Díaz Delgado E opinan que es de gran importancia que los y las adolescentes tengan conocimiento e información sobre el uso de métodos anticonceptivos, permitiéndoles tomar decisiones más responsables sobre sus relaciones sexuales, contribuyendo al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (48).

Un aspecto significativo en el análisis de los resultados de la presente investigación se refiere al muy bajo nivel de conocimiento en lo relacionado con los diferentes métodos de planificación familiar, lo que caracteriza a este como el más significativo factor de riesgo relacionado con la probabilidad de ocurrencia de una gestación no deseada. Esto se debe a que solo se hace énfasis en el condón, por su importancia como método de barrera, ofreciendo poca orientación sobre los demás métodos.

Tabla 6. Conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia.

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	13	14.9	83	95.4
No	74	85.1	4	4.6
Total	87	100	87	100

Fuente: cuestionario

El conocimiento de las adolescentes acerca de anticoncepción de emergencia se presenta en la tabla 6, como se observa antes de la intervención 13 (14.9%) participantes conocían este método y después las acciones educativas 83 (95.4%).

Peláez, plantea que a pesar de que en muchos adolescentes las relaciones sexuales ocurren de forma imprevista y son esporádicas, pocos tienen conocimiento sobre la opción de la anticoncepción de emergencia, y tienen que recurrir al aborto.

El hallazgo de esta investigación pone de manifiesto el desconocimiento de las adolescentes sobre anticoncepción de emergencia y se corresponde el resultado de un estudio realizado por López-Amorós y cols al señalar que menos de una tercera parte de las adolescentes encuestados utilizaban la anticoncepción de emergencia lo que demuestra que existe poco conocimiento sobre este método de utilidad para la prevención del embarazo en adolescentes que puede usarse después de haber tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, muy útil en las adolescentes, que evita la práctica del aborto (17). Similar a lo reportado por González y Quintana al señalar que ninguna adolescente solicitó el método de emergencia después de la primera relación sexual, lo que desconocimiento sobre este método.

Díaz Delgado al evaluar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes encontró que casi la mitad de las adolescentes conocen que la píldora del día siguiente se toma en caso de una relación sexual sin

protección, una proporción superior a la encontrada en este estudio (48). De forma similar Cárdenas García y cols en su estudio señala que la mayoría conocía la anticoncepción de emergencia (49). Sin embargo Morán Faúndes informa que la tasa de utilización de la anticoncepción de emergencia en Chile es de 4,27 en mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que denota poco conocimiento de este método (50).

La utilización de métodos de protección por las adolescentes es baja, dado el hecho de que las muchachas no prevén ni planifican las relaciones sexuales. La tendencia a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas, es una de las características principales de las conductas sexuales de estas edades causas por la que la anticoncepción de emergencia es un método que deben conocer (16).

El desconocimiento sobre la anticoncepción de emergencia entre las adolescentes se debe a la poca información que se ofrece sobre este importante método, de utilidad cuando se practican relaciones sexuales sin protección para evitar el embarazo no deseado.

Tabla 7. Conocimiento sobre las consecuencias del aborto.

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	19	21.8	82	94.3
No	68	78.2	5	5.7
Total	87	100	87	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 7 se presenta el conocimiento sobre las consecuencias del aborto por los adolescentes incluidos en el estudio, como se observa antes de la intervención solo 19 (21.8%) conocían las consecuencias del aborto 82 (94.3%) después de desarrolladas las acciones educativas.

Este resultado coincide con el informe de un estudio efectuado González Mora³⁵ al detectar el conocimiento errado que tienen los adolescentes sobre el aborto inducido que es un método anticonceptivo.

Quintero Paredes y cols en su estudio señala que las reflexiones proporcionadas por los adolescentes ante el aborto y sus riesgos son insatisfactorias (13).

Otro trabajo que pone de relieve las dificultades en el conocimiento de los adolescentes sobre este tema, lo realizó Hernández Peña y cols al concluir que la mayoría no sabía que era el aborto, ni sus complicaciones hasta después de la intervención cuando las participantes entendieron que el aborto es la interrupción del embarazo ante de las veinte semanas y que presenta muchas complicaciones (25). Un hallazgo diferente lo reporta Gil Vildozola y cols al explorar que más de la mitad conocía las consecuencias del aborto (24).

En el ámbito internacional Fleites Santana halló que muy pocos adolescentes tenían conocimientos adecuados sobre las complicaciones del aborto (8).

Flores Coca señala que el aborto no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad(51). La práctica de la regulación menstrual, un método abortivo menos agresivo, y se ha visto que en las provincias donde la tasa de abortos es menor, la tasa de regulaciones menstruales es más elevada, lo que expresa su uso como método alternativo (más inocuo) para interrumpir el embarazo no planificado, no aceptado(52).

El predominio del desconocimiento sobre las consecuencias del aborto se debe a que los adolescentes sexualmente activos no reciben la suficiente información sobre las complicaciones de este método utilizado para terminar un embarazo no deseado, considerándolo como seguro.

Tabla 8. Conocimiento sobre las complicaciones maternas.

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No	%
Si	25	28.7	81	93.1
No	62	71.3	6	6.9
Total	87	100	87	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 8 se puede apreciar que antes de la intervención solo 25 (28.7%) de los adolescentes conocen sobre las complicaciones maternas conocimiento que se elevó a 81(93.1%) después de las acciones educativas.

Este resultado es similar al encontrado en un estudio realizado por Menéndez y cols al evaluar el conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia, señala que inicialmente una tercera parte de las participantes hizo referencia a la cesárea y desgarro del tracto vaginal y solo una minoría de las participantes señalaron la rotura prematura de membranas y el parto pretérmino como complicaciones (23).

Otros trabajos realizados en la provincia de Camagüey que confirman el pobre conocimiento de las adolescentes sobre las complicaciones del embarazo en las menores de 20 años, fueron efectuados por González Sáez y por Fonseca Lobaina y cols (40 41).

Grimón Pérez reporta el pobre conocimiento en las menores de 20 años de los riesgos y complicaciones del embarazo al detectar que antes de la intervención educativa solo identificaron la amenaza de aborto y la infección vaginal, después de realizada la intervención educativa se observó un aumento significativo en el conocimiento de las participantes (38). En concordancia con este trabajo anterior se encuentra una investigación realizada por Levya y cols informa que antes de la

intervención educativa el mayor número de adolescentes no tenían conocimientos sobre los graves riesgos del embarazo precoz (5).

En Lima el estudio de Ildelfonso Soto en adolescentes observa que antes de la intervención el conocimiento de los efectos del embarazo adolescente fue evaluado de medio a bajo y en el post test osciló de medio a alto, lo que indica que antes existían insuficiencias en el conocimiento, como aconteció en la presente investigación (53). Similar resultado reporta un estudio realizado por Favier Torres al encontrar que menos de una quinta parte de los participantes sabía sobre las consecuencias de la gestación en esta etapa de la vida (39).

De igual forma, Masabanda demostró que existe desconocimiento de los riesgos en el embarazo adolescente (54).

En relación con las complicaciones durante el embarazo y parto, el informe de Domínguez-Anaya muestra que las adolescentes tienen mayor riesgo de parto por vía cesárea, con lo cual está de acuerdo el autor de esta investigación por considerar que la inmadurez o incompleto desarrollo del canal del parto lo cual lleva aparejada la decisión de una cesárea debido a la alta frecuencia de desproporción céfalo-pélvico, la presentación pelviana, la hipertensión inducida por el embarazo y la baja talla materna (12).

Según la revisión efectuada por Baena-Rivero señala que la mayor parte de los artículos consideraron como complicaciones clínicas más comunes: anemia, parto pretérmino, parto instrumental y desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo, así como muerte materna.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, Bildircin y cols señalan que las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia, las anemias, además se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra (55). El estudio de Tapia Martínez y cols ilustra el riesgo de la mayoría de las adolescentes en las diferentes etapas del estudio, es decir, al comienzo del parto, durante el parto, en el posparto (56).

El bajo nivel de conocimiento sobre las complicaciones maternas del embarazo en la adolescencia detectado en la presente investigación lo relacionamos con la escasa

información que se ofrece sobre el tema en los centros educativos y por los medios de difusión masiva.

Tabla 9. Conocimiento sobre las complicaciones del producto de la concepción.

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	11	12.6	79	90.8
No	76	87.4	8	9.2
Total	87	100	87	100

Fuente: cuestionario

En la tabla 9 se puede observar que antes de efectuar la intervención educativa solo 11(12.6) % de las adolescentes participantes mostraron conocimientos sobre las complicaciones del producto de la concepción y posterior al programa educativo 79 (90.8%).

El resultado de esta investigación difiere del reporte de una intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia realizada por Fonseca Lobaina y cols al encontrar que la mayoría de los participantes consideró la muerte del feto, el riesgo de parto antes de tiempo y el nacimiento de un niño bajo peso entre las consecuencias del embarazo en la adolescencia para el producto. Aunque después de realizada la estrategia de intervención educativa la totalidad de los participantes consideraron el nacimiento de un niño bajo peso.

El reporte de un estudio efectuado por Navaza Bruzón al referir que los hijos madres adolescentes fueron preterminos y una cuarta parte bajo peso, además presentaron dificultad respiratoria, infecciones e hipoglicemia (58).

Acevedo Matos informa que las complicaciones en los recién nacidos de madres menores de 20 años fueron la dificultad respiratoria y la depresión al nacer (21).

Respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo Bildircin y cols señalan que las adolescentes son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad,

traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año (55).

En opinión del autor el pobre conocimiento sobre las complicaciones del producto de la concepción cuando el embarazo ocurre en la adolescencia se debe a la escasa información que se brinda sobre estas complicaciones, por lo general se hace referencia en las complicaciones maternas.

CONCLUSIONES

Se concluyó que:

Prevalecieron las adolescentes que comenzaron las relaciones sexuales antes de los 16 años, las que usaron anticonceptivos y las que no tuvieron antecedentes de aborto. Antes de la intervención la mayoría de las adolescentes no conocían sobre edad adecuada para la reproducción, el uso de los anticonceptivos, la anticoncepción de emergencia, el aborto, las complicaciones maternas y neonatales. Posterior a esta aumentó el nivel de conocimiento en la mayoría de las adolescentes sobre. La intervención educativa logro que la mayoría de las adolescentes conocieran sobre el embarazo en la adolescencia.

RECOMENDACIONES

Incrementar la divulgación de los riesgos que entraña el embarazo en edades tempranas.

Se debe intensificar este trabajo de prevención y promoción para la sexualidad en las áreas rurales.

Aumentar la divulgación a través de los medios de difusión masiva en una población tan vulnerable como es el adolescente sobre el riesgo de embarazo en esta edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peláez Mendoza J. Embarazo en la adolescente, una asignatura pendiente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 ene-marz[citado: 2 Ene 2017]; 38(4): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_4_12/gin01412.htm
2. Cannoni G, Gonzales M, Conejero C, Merino P, Schulín C. Sexualidad en la adolescente: Consejería. Rev. Med. Clin. Condes – 2015 nov; 26(1): 81-87.
3. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Teen pregnancy and educational gaps: Analysis of a national survey in Mexico. Salud Publica Mex. 2015 marzo-abril;57(2):135-143.
4. Zaganelli FL, Ferreira FA, Lamounier JA, Colosimo EA, Santos ASM. Gravidez da adolescente em hospital universitário no Espírito Santo, Brasil: aspectos da gestação, parto e repercussões sobre o recém-nascido. Adolesc Saude. 2013;10(1):7-16.
5. Leyva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional MEDISAN. 2011 mar; 15(3):323-329.
6. Baena-Rivero A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Aten Fam. 2012;19(4):82-85.
7. Rangel D, González E, Barrera M, Pereda H. Embarazo en la adolescencia. Su comportamiento en San Luis. Rev. Ciencias Médicas. 2012 octubre-diciembre; 16(4):74-83.
8. Fleites Santana N, Álvarez González Y, González Duque I, Díaz Díaz J. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular San Francisco. Venezuela. Medisur [Internet]. 2015 Abr [citado: 2 Ene 2017]; 13(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000200006&lng=es..
9. Corona Lisboa JL. Embarazo a edad temprana y educación sexual en el contexto socioeducativo venezolano. EDUCERE - Investigación arbitrada [Internet]. 2015

- ene-may[citado: 2 Ene 2017]; 19(62): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/40748/3/art14.pdf>
10. Odeyemi K, Onajole A, Ogunowo B, Olufunlayo T, Segun B. The effect of a sexuality education programme among out- of- school adolescents in Lagos, Nigeria. Niger Postgrad Med J. 2014 Jun;21(2):122-7.
 11. Rodríguez Hernández D, Morgado YL, Pérez Jiménez EL, Martín Pérez M, Rodríguez González A, Rey Veitía C. Programa educativo para la prevención del embarazo en la adolescencia. Barrio La Victoria, Venezuela. 2008-2009. Gac Méd Esp [Internet]. 2011 ener-marz[citado: 2 Ene 2017]; 13(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%283%29_07/p7.html
 12. Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Rev Colombiana de Obst Ginecol [Internet]. 2011abr-jun[citado: 2 Ene 2017]; 62(2): [aprox. 6. p.]. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No2_Abril_Junio_2011/v62n2a04.htm
 13. Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo B del C, Padrón González O, Hernández Hierrezuelo ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Feb [citado: 2 Ene 2017]; 16(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es.
 14. Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. AMC [Internet]. 2012 ene.-feb. [citado: 2 Ene 2017]; 16(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100006&lng=es
 15. Schiappacasse V, Bascuñan T, Frez K, Cortés I. Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. Rev. Chil. Obstet. Ginecol [Internet]. 2014 Oct [citado: 2 Ene 2017] ; 79(5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500004>

16. Sandoval J. Anticoncepción de emergencia. Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Inf. Adol [Internet]. 2014[citado: 2 Ene 2017]; XXI(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2014/SOGIA_1_2014_1.pdf.
17. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. Gac Sanit [Internet]. 2010 Sep [citado: 2 Ene 2017]; 24(5):[aprox 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000500008&lng=en.
18. García Baños LG, López Baños L, Alonso Sicilia M. La bioética y el derecho de las adolescentes en el aborto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado: 2 Ene 2017];39(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin10413.htm.
19. Vital Riquenes E, Sarmiento Ducónger R, Almeida Álvarez Y, Benítez Riquenes DG. Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2011 Mayo [citado: 2 Ene 2017] ; 15(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500005&lng=es.
20. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. Prenatal Care for Adolescents and attributes of Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014 sept;22(1):108-14.
21. Acevedo Matos MM, Gómez Almira D, Arbelo López D, Rodríguez Torres I. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke". MEDISAN [Internet]. 2010 Oct [citado: 2 Ene 2017] ; 14(7): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700012&lng=es.
22. Guimarães AM, Bettiol H, Souza L, Gurgel RQ, Almeida ML, Ribeiro ER, et al. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? Rev Saúde Pública. 2013 may;47(1):11-19.
23. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012; [citado: 2 Ene 2017]. 38(3): [aprox. 9 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Gil Vildozola T, Alonso Pardo S, Morgado Gutiérrez CF, Vázquez Borges B, Pentón Morales MM. Factores que inciden en el embarazo en la adolescencia, Instituto Politécnico Lázaro Peña, Guanabacoa 2007. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual [Internet]. 2012; [citado: 2 Ene 2017] [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewPaper/657>
25. Hernández Peña AM, Donat Fransua M, Casero Arpajón A, Cabo de Villa Córdoba R, Rodríguez Rodríguez N. Intervención educativa en adolescentes del Policlínico Universitario “Asdrúbal López Vázquez” sobre conocimiento de aborto. Rev Inform Cient [Internet]. 2014[citado: 4 Feb 2017]; 84(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_84_No.2/intervencion_educativa_en_adolescentes_sobre_conocimiento_de_aborto_tc.pdf
26. Segura Zuloaga SE, Matzumura Kasano JP, Gutiérrez Crespo H. Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes del tercer año de secundaria del Colegio “Los Jazmines de Naranja” de Lima, 2014. Horiz Méd [Internet]. 2015 octubre-diciembre [citado: 4 Feb 2017];15(4): [aprox 9 p.] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000400003&lng=es&nrm=iso>.
27. Corona-Lisboa J, Ortega-Alcalá J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. MEDISAN. 2013 sept;17(13):78-85.
28. Ariza Riaño NE, Valderrama Sanabria, ML, Ospina Díaz JM. Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. [Internet] 2014 May [citado: 4 Feb 2017]; 42:[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/501/1037>
29. Giacomini-Carmiol L, Leal-Mateos M. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”, 2010. Acta Méd. Costarric [Internet]. 2012 Jun [citado:

- 4 Feb 2017]; 54(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000200005&lng=es.
30. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam*. 2015; 22(2):35—38.
31. González Aguiar AG, Quintana Llanio L. La anticoncepción en adolescentes de Plaza de la Revolución: 1996-2011. *RNPS* [Internet]. 2015 julio-diciembre [citado: 4 Feb 2017]; 11(22): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/rnp10215.pdf>
32. Sandoval Vásquez A, Rojas Fernández JC, Rojas Puig A, Puig Vázquez L. Factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el municipio San Antonio del Sur. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual. [Internet]. 2012 [citado: 4 Feb 2017]. [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewPaper/199>
33. Quintero Rondón AP, Rojas Betancur HM. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* [Internet]. 2015 feb – may [citado: 4 Feb 2017]; 44: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
34. Parra-Villarroel J, Domínguez-Plascencia J, Maturana-Rosales J, Pérez-Villegas R, Carrasco-Portiño M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. *Sal Col, Buenos Aires*. 2013 feb;9(3):391-400
35. González Mora MC, Hernández Gálvez L, Maldonado Álvarez C. Caracterización de algunas variables en las adolescentes atendidas en la consulta de Planificación Familiar del Policlínico “Belkis Sotomayor Álvarez”. *MEDICIEGO* [Internet]. 2011 Mar [citado: 4 Feb 2017]; 17(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T18.pdf
36. Enríquez Domínguez B, Puentes Rizo E, Bustamante DR. Comportamiento de la regulación menstrual en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2012 Dic [citado: 4 Feb 2017]; 28(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400013&lng=es.

37. Urgellés Carrera SA, Reyes Guerrero E, Figueroa Mendoza M, Batán Bermúdez Y. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 Dic [citado: 4 Feb 2017] ; 38(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400012&lng=es
38. Grimón Pérez R, Pardo Pardo I, Velázquez Crespo E, Sueiro Baglans D, Simonó Charadán AM. Intervención educativa sobre riesgos y complicaciones del embarazo en adolescentes. Rev Inform Cient [Internet]. 2012 [citado: 12 Feb 2017];74(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/191/181>
39. Favier Torres MA, Dorsant Rodríguez LC, Maynard Bermúdez RE, Dehesa González LM, Torres Ramos IM. Intervención educativa sobre embarazo en adolescencia. Comunidad Curazao. Venezuela. Marzo-agosto 2010. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual [Internet]. 2012 [citado: 12 Feb 2017]. [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/view/29>
40. González Sáez Y, Hernández Sáez I, Conde Martín M, Hernández Riera R, Brizuela Pérez SM. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. AMC [Internet]. 2010 Feb [citado: 12 Feb 2017]; 14(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013&lng=es
41. Fonseca Lobaina M, Delis Nápoles N, Yero Padrón M. Estrategia de intervención educativa sobre embarazo dirigida a estudiantes de nivel medio. Tecnosalud [Internet]. 2016; [citado: 4 Feb 2017]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.tecnosalud2016.sld.cu/index.php/tecnosalud/2016/paper/viewFile/199/61>
42. Gómez Suárez RT, Díaz Álvarez M, Sainz Rivero ER, Gómez Ibarra K, Machado Rodríguez R. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. Rev Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1): 57-66.

43. Fernández GB, Mariño ME, Ávalos GM, Baró JVG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del Municipio “La Lisa”. Rev Cubana Med Gen Integral. 2013 sept;29(1):3-7.
44. Calderón Morales I, del Río Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Guisandes Zayas AA. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. MEDISAN [Internet]. 2014 Nov [citado: 11 Feb 2017]; 18(11): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100009&lng=es.
45. Posada M, Mora B. Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. Rev. Enfer Actual Costa Rica [Internet]. 2015[citado 15 Jul 2016]; 28: [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i28.17203>.
46. Calle Chuquihuanga UD. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del tercero y cuarto año de secundaria de la institución educativa militar Pedro Ruiz Gallo del distrito de Castilla –Piura, Abril –Julio 2014. [tesis]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en: <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2015/08/02/16619/20150707052726.pdf>
47. Peláez Mendoza JO. Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado: 4 Feb 2017]; 37(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es.
48. Díaz Delgado E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del colegio nacional Nicolás la Torre, 2014. [tesis]. Lima – Perú; 2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf
49. Cárdenas-García LJ, Sánchez-Zamora ME, Ramírez-de la Roche OF, Robledo-Domínguez A. Uso de la anticoncepción de emergencia en un grupo de estudiantes universitarias. Aten Fam [Internet]. 2014[citado: 4 Feb 2017];21(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300256>

50. Morán Faúndes JM. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. R. Bras. Est. Pop., Rio de Janeiro [Internet]. 2013[citado: 21 Feb 2017]; 30 (1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n1/v30n1a07.pdf>
51. Flores-Coca J. Aborto en la adolescencia. Impacto ético y social. Medisur [Internet]. 2015 dic [citado: 16 Feb 2017]; 13(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2982>
52. Fernández Borbón H, Gerez Mena S, Ramírez Pérez N, Pineda Bouzón A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 jun [citado 20 Feb 2017]; 40 (2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin07214.htm.
53. Ildfonso Soto ML. Intervención educativa sobre salud sexual y reproductiva y su efecto en el conocimiento de los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Privada “Trilce”, noviembre - diciembre 2015 [tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú; 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4739/1/Ildfonso_sm.pdf
54. Masabanda Pilataxi PA. Nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculadas en las instituciones educativas fiscales para el curso académico 2014-2015 en el distrito 17d07 de Quito- parroquia urbana Chillogallo [tesis]. Universidad Central del Ecuador: Quito; 2015 Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4717/1/T-UCE-0006-99.pdf>.
55. Bildircin FD, Kurtoglu E, Kokcu A, Isik Y, Ozkarci M, Kuruoglu S. Comparison of perinatal outcome between adolescent and adult pregnancies. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013 Oct;27(8):829-32.
56. Tapia Martínez H, Iossi Silva MA, Pérez Cabrera I, Jiménez Mendoz A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 sept-oct[citado: 17 Feb 2017] ;23(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

57. Navaza Buzón D, Alarcón González R, Ocaña Candelario M, Caballero Castellanos H, Pupo Pupo ME. Caracterización del embarazo en la adolescencia. Policlínico “Julio Grave de Peralta”. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual [Internet]. 2012 [citado: 4 Feb 2017]. [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/545/358>
58. Departamento de estadística provincial.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado.

He decidido que mi hija participe voluntariamente en la investigación “Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia”, después de haber recibido una descripción detallada del estudio y sus objetivos, y entendido la información ofrecida. Se me ha informado que toda la información tendrá carácter anónimo y que solo se utilizará con fines investigativo. El autor me explicó que mi hija tiene la posibilidad de retirarse de la misma sin que se convierta esto en medida represiva para su persona, y para que así conste, firmo el día ____ del mes de _____ del año _____.

Firma de la madre, padre y/o tutor

Firma del participante

Firma del investigador.

Anexo 2: Cuestionario

1. Cuando inició las relaciones sexuales

- a) Antes de 16 años ____
- b) 16 años o después ____

2. Usa anticonceptivos de forma sistemática

- a) Si ____ . Cual _____
- b) No ____

3. Usted ha interrumpido algún embarazo mediante aborto o regulación menstrual

- a) Si ____.
- b) No ____

4. Marque la edad que considere es la adecuada para la reproducción.

- a) Antes de 20 años ____
- b) 20-30 años ____
- c) Más de 30 años ____
- d) No se ____

4.1) Si conoce. Si marca la opción b.

4.2) No conoce. Si marca otras opciones

5. Marque los que considere son métodos anticonceptivos:

- a) Medusa ____
- b) T de Cobre ____
- c) Preservativos (condón) ____
- d) Tabletas anticonceptivas ____
- e) Diafragma ____
- f) Coito interrumpido ____
- g) Inyecciones o vacunas anticonceptivas ____
- h) Ritmo ____
- i) Aborto ____
- j) Regulación menstrual ____
- k) No sabe ____

5.1) Si conoce. Si marca más de 4 de las opciones a - h.

5.2) No conoce. Si marca otras opciones

6. Sobre la anticoncepción de emergencia marque la afirmación correcta.

a) Es la utilización de ciertos métodos después de un acto sexual sin protección_

b) Es un método para evitar las ITS _____

c) No se _____

6.1) Si conoce. Si marca la opciones a.

6.2) No conoce. Si eligió otras opciones

7. Sobre el aborto marque la afirmación correcta.

a) Es un método muy riesgoso _____

b) No es un método anticonceptivo _____

c) Durante su realización pueden ocurrir múltiples complicaciones _____

d) Las complicaciones de un aborto son:

perforación uterina_____ infección del endometrio_____

e) No se _____

7.1) Si conoce. Si marca las opciones a,b,c,d.

7.2) No conoce. Si no cumplió lo anterior

8. De las siguientes complicaciones maternas, marque las que considere puede presentar una adolescente:

a) Anemia _____

b) Desgarros _____

c) Inflamación en las mamas _____

d) Infección herida _____

e) Infección en el Endometrio _____

f) Sangramiento_____

g) Hipertension en el embarazo_____

h) Parto distócico_____

i) Trabajo en el parto prolongado _____

8.1) Si conoce. Si marca 5 o más opciones.

8.2) No conoce. Cuando no se cumplió lo anterior.

9. De las siguiente complicaciones del producto de la concepción, marque las que considere puede presentar el hijo de una madre adolescente:

- a) Bajo peso ____
- b) Crecimiento escaso en el peso del bebe ____
- c) Malformación _____
- d) Parto antes de tiempo_____
- e) Trauma ____
- f) Depresión respiratoria____

9.1) Si conoce. Si respondió 3 o más opciones.

9.2) No conoce. Cuando no se cumplió lo anterior.

Anexo 3. Programa educativo.

Actividad 1

Tema: Introducción al Programa Educativo.

Contenido:

- Indicaciones sobre el desarrollo de las clases.
- Aplicación del cuestionario inicial.

Objetivos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia previo a la intervención

Técnicas utilizadas: La cadena de los nombres, hilos de colores y entrevista colectiva.

Actividad 2

Tema: Embarazo en la adolescencia. Definición. Factores de riesgo.

Contenido:

- Concepto de embarazo en la adolescencia
- Situación epidemiológica actual en Cuba y el mundo.
- Factores de riesgo para la aparición del embarazo en las adolescentes.
- Edad óptima para el embarazo.

Objetivo:

- Enseñar las definiciones de embarazo en la adolescencia.
- Explicar a situación epidemiológica y los factores de riesgo para la aparición del embarazo en las menores de 20 años.
- Enseñar la edad adecuada para el embarazo.

Técnicas utilizadas: Técnica del riesgo, Lluvia de ideas.

Actividad 3.

Tema: Riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia.

Contenido:

- Complicaciones del embarazo en la adolescencia para la madre y el niño.

Objetivo:

- Enseñar las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y el parto de una adolescente.

Técnicas utilizadas: Conferencia.

Actividad 4

Tema: Métodos anticonceptivos.

Contenido:

- Métodos anticonceptivos en la adolescencia. Ventajas y desventajas.
- Anticoncepción emergencia. Su importancia en la adolescencia.

Objetivos:

- Explicar los diferentes métodos anticonceptivos que pueden ser usados en la adolescencia.
- Enseñar las formas de usar los diferentes métodos.
- Explicar la importancia de la anticoncepción de emergencia en la adolescencia.

Técnicas utilizadas: Lluvia de ideas y conferencia.

Actividad 5.

Tema: Resumen de los impartidos.

Técnicas utilizadas: Grupitos, ¿Qué sabemos?

Objetivos: Identificar el conocimiento adquirido por las adolescentes participantes.