

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**DR. JOSÉ ASSEF YARA.**  
**POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ**  
**BOLIVIA.**

En Opción al título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en la Comunidad “La 30” Bolivia.

Autor: Yunierkys Portela Amargo

Residente de Medicina General Integral.

**BOLIVIA**

**2016**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA**  
**DR. JOSÉ ASSEF YARA.**  
**POLICLÍNICO DOCENTE RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ**  
**BOLIVIA.**

En Opción al título de Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Título: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en la Comunidad “La 30” Bolivia.

Autor: Yunierkys Portela Amargo

Residente de Medicina General Integral.

Tutor: Dra: Narelys Abreu González

Especialista en Medicina General Integral.

**CONSULTANTE:** Dr. Augusto González Hidalgo.

Especialista de primer grado en Ginecología y Obstetricia.  
Prof. Auxiliar

**BOLIVIA**

**2016**

## **Dedicatoria**

A mi madre querida.

## **Agradecimientos**

A todas las personas que de una forma u otra han contribuido a mi formación.

## **RESUMEN.**

El embarazo en la adolescencia ha constituido una preocupación médica. La educación sexual en los adolescentes debe ir encaminada a disminuir dicho problema mediante conductas sexuales responsables que impliquen la utilización de los métodos de planificación familiar. La Comunidad "La 30", Bolivia; se ha caracterizado en los últimos años por un elevado número de embarazos en la adolescencia con aumento importante de las interrupciones voluntarias de embarazo y de partos antes de los 20 años de edad. Por lo que, se realizó un estudio pre- experimental para conocer la situación existente. Conocido los resultados se aplicó la intervención educativa, lográndose como resultado un incremento del nivel de conocimiento en las temáticas relacionadas con el embarazo en la adolescencia: ciclo menstrual, ovulación, métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, complicaciones de las interrupciones voluntarias de embarazo y del embarazo en la adolescencia.

**Palabras clave:** Estudios de intervención, embarazo en adolescencia.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	28
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

## **INTRODUCCIÓN.**

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero mucho 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. Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período. El embarazo en la adolescencia, está considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. (1)

La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad. (2) Estos cambios se acompañan de profundos ajustes de los y las adolescentes a un ambiente social, cultural y político cambiante, que en ocasiones puede serles hostil. Esto explica, que un gran número de adolescentes encuentren diversos grados de dificultad para adaptarse a esa etapa de su desarrollo, particularmente en lo relativo a su sexualidad. (3) En las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en el inicio de la pubertad y de la vida sexual de la población adolescente. Un número importante de estudios clínicos y epidemiológicos, así como encuestas de comportamiento, revelan que en los últimos años, la edad a la que se presenta la menarquía ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprana y la edad a la primera unión es más tardía. (4,5) Estas circunstancias de la vida contemporánea, condicionan la necesidad de que la población de adolescentes y jóvenes tenga acceso a información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca de la sexualidad y

desarrollo saludable, reproducción humana y salud sexual y reproductiva, que les permita prevenir embarazos no planeados y no deseados. (6)

En Cuba ha existido un cambio importante en la fecundidad. Entre 1972 y el 2014, la fecundidad en Cuba descendió de una TGF de 3,77 a 1,6 hijos por mujer, una reducción de un 58 %, sin dudas la que puede calificarse de muy intensa, si se tienen en cuenta los niveles de los cuales se parte.

Si bien las tasas de fecundidad en la adolescencia y la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes han disminuido sensiblemente, en este último caso en el marco del envejecimiento de la población en edad reproductiva, los niveles registrados deberían ser menores acorde a la fase de la transición de la fecundidad por la que transcurre el país. (7)

La Tasa Específica de Fecundidad, en las adolescentes de 15-19 años, en Ciego de Ávila de un 140.6 en 1975, se redujo a un 52.5 en 2004; existiendo así un 53 % de cambio. (8)

Sin embargo el porcentaje continúa elevado. Aunque se ha constatado una disminución significativa en comparación con la estadística de 1975, aún permanece por encima del 50%. La disminución pudiera estar dada por el nivel educacional alcanzado por la población femenina. Pero basta recorrer la mirada por los Hogares Maternos y las Salas donde se encuentran ingresadas las gestantes y nos percataremos que aún son muchas las gestantes adolescentes.

Según datos estadísticos, durante el año 2015 en el municipio de Bolivia, de 203 partos que se realizaron, 71 fueron adolescentes, representando el 34,9% del total. Además se realizaron 214 regulaciones menstruales y abortos, de éstas, 52 fueron adolescentes, representando el 25,1 % del total. Comparándola con 2013 ha existido un aumento de un 5%.

Durante la revisión de las Historias de Salud Familiar del Consultorio Médico de Familia # 18 (La 30) se constató que de los partos de adolescente ocurridos en el

municipio el 36% pertenecen a esta comunidad al igual que las regulaciones menstruales y abortos con el 18,2%.

En el bienio 2013 -2014 en el municipio hubo un incremento en la tasa de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) en adolescentes (92.7 y 74.0 respectivamente)

El año 2014 se caracterizó por un aumento significativo de la Tasa de IVE en adolescentes, comparado sobre todo con los años precedentes y posteriores respectivamente. Hubo además una disminución de los nacidos vivos, con la consecuente disminución de la Tasa de Fecundidad general.

En el quinquenio analizado las interrupciones voluntarias de embarazo representan el 50% o más del total de embarazos en la adolescencia.

Se constató, además, que la mayoría de las adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales alrededor de los 14 y 15 años, representando un 41.3 y 17.4 % del total, respectivamente.

Todo lo anterior motivó a realizar la investigación con el objetivo de realizar un estudio de intervención que permita modificar en las adolescentes, el conocimiento sobre algunos aspectos relacionados con el embarazo, los métodos anticonceptivos y el aborto. Lo anteriormente expuesto llevó a plantear el siguiente problema científico: ¿Cómo disminuir el número de embarazo en la adolescencia en la Comunidad “La 30”?

Esta investigación tiene como justificación el hecho de que el embarazo en la adolescencia se presenta con frecuencia en los servicios de salud, teniendo como consecuencia el aumento de las probabilidades de las complicaciones que pueden deteriorar la salud de la paciente y del niño.

La novedad de la investigación la constituye que el Grupo municipal de Educación para la salud en la Comisión de Sexualidad se analizó la alta incidencia de

embarazos, abortos y regulaciones en la Comunidad de “La 30” solicitando una investigación a la Sede municipal de salud.

Siendo las adolescentes del área de salud “La 30” del municipio Bolivia nuestro objeto de estudio y nuestro campo a investigar es el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia.

Dicho estudio será utilizado para comprobar nuestra hipótesis:

Si se realiza una intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en las féminas menores de 20 años del área de salud “La 30”, aumentarán su conocimiento sobre: el embarazo en esta etapa de la vida así como en el uso de los métodos anticonceptivos para evitarlo.

## **OBJETIVOS.**

**General:** Potenciar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, que tienen las féminas menores de 20 años de la comunidad “La 30”.

### **Objetivos específicos.**

- Distribuir a las adolescentes del estudio por grupos de edades.
- Comparar el conocimiento adquiridos con los conocimientos previos a la intervención educativa en lo referente a:
  - Ciclo menstrual.
  - Ovulación.
  - Métodos anticonceptivos en la adolescencia.
  - Anticoncepción de emergencia.
  - Complicaciones del embarazo en la adolescencia.
  - Complicaciones de la interrupción del embarazo.

## **MARCO TEÓRICO.**

### **Antecedentes históricos, teóricos y contextuales**

Es en el período de la adolescencia donde se establece un debilitamiento en la comunicación con la familia, con tendencias a centrarse en la toma de decisiones propias en esferas tan importantes como es la sexual y reproductivas, incluyendo el manejo de sus consecuencias, unos de los problemas actuales en la relación familia-adolescente es la comunicación fluida en torno a la sexualidad, incluso en ocasiones se manejan los temas con tabúes y mitos por partes de los adultos con nula aceptabilidad por los jóvenes y adolescentes, incluso en la mayoría de los casos las familias se encuentra desorientada acerca de cómo enfrentar la sexualidad de los adolescentes no entendiendo la situación real actual de los adolescentes en estas esferas de la vida. (10)

Según un estudio realizado por la UNICEF en el que se comparan las tasas de nacimientos en adolescentes (la tasa de nacimientos por mil mujeres de 15-19 años)

de 27 países desarrollados, Estados Unidos presenta las tasas más altas (52,1 por mil) seguido por el Reino Unido (30,8 por mil). España ocupa una posición media en la lista, siendo la tasa del grupo de 18-19 años 3 veces superior a la del grupo de 15 a 17. (11)

En México, uno de cada seis nacimientos en el país, ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. (13; 14)

En Chile, los adolescentes entre 13 y 15 años que han iniciado actividad sexual, solo un 9% utilizó condón en su primera relación sexual (Encuesta Mundial Escolar, 2004). (15;16) En cuanto a la tasa de fecundidad adolescente esta corresponde a un 14,9%, observándose un aumento desde 1990 (17)

El Programa Maternoperinatal del Ministerio de Salud de Perú informó que, en 1999, del total de gestantes, 23% corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años. En tanto, ENDES 2000 encontró que 13% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya es madre (11 %) o está gestando por primera vez (2 %) (18)

En Brasil, se estima que un 61% de los hombres adolescentes sexualmente activos tienen un promedio de 2.6 parejas sexuales en un año (Alan Guttmacher Institute, 1998). Un estudio sobre sexualidad en adolescentes escolarizados en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, reveló interesantes hallazgos: un 55% de los adolescentes declaran haber mantenido juegos sexuales sin penetración alguna vez y casi más de una cuarta parte lo practica con frecuencia. El porcentaje de adolescentes que tenían actividad sexual era del 39% del total de los entrevistados, correspondiendo un 55% a los varones y un 25% a mujeres. Se ha observado que a medida que la edad aumenta, el porcentaje de actividad sexual asciende considerablemente. La edad promedio de inicio de actividad sexual en este estudio fue de 15.2 años; en los varones de 14.9 años y en las mujeres 15.7 años. (19)

En Cuba la fecundidad es baja, un estudio realizado en Santiago de Cuba se constató que el promedio de embarazos en la adolescencia ha ido elevándose en cada año, independientemente de las orientaciones al respecto en el área de salud, la educación sexual en las escuelas y la promoción sanitaria a través de los medios masivos de comunicación, lo cual significa que es preciso intensificar la labor educativa sobre los factores de riesgo en este sentido, tanto en el nivel primario de atención como en el seno del hogar. (20)

En el año 2013 las provincias de Ciego de Ávila, La Tunas, Holguín y Guantánamo contaron con las Tasas de Fecundidad más altas del país, todas por encima de 50 por 1000 mujeres en el rango de edad entre los 15-19 años. (21)

En el mundo más de 15000 000 de los adolescentes entre los 15 y los 19 años practican el aborto. En Cuba 1 de cada 4 abortos tienen lugar en mujeres menores de 20 años, proporción similar a la de todos los nacimientos que ocurren entre las adolescentes. (22)

El aborto tiene un impacto demográfico, si se tiene en cuenta que Cuba es el país latinoamericano con la tasa de natalidad más baja 11,3% (año 2006), y la tasa más baja de fecundidad de Latinoamérica 1,5%.( año 2006). En Cuba se estima que el 75% de los embarazos durante la adolescencia terminan en un aborto. (23)

### **Edad de inicio de relaciones coitales**

En la actualidad, los adolescentes inician relaciones coitales a una temprana edad. El porcentaje de jóvenes activos sexualmente aumenta gradualmente durante los años de la adolescencia. La prevalencia varía considerablemente de una población a otra. Algunos estudios informan que entre 20 y 75% de los adolescentes alrededor de los 15 años de edad tienen relaciones coitales, un número importante de ellos desde el mismo inicio de la pubertad, de los 10-12 años de edad. (24)

Investigaciones han demostrado que una variable a tener en cuenta en el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes es la escolaridad. Las adolescentes que no

están matriculadas en la escuela, así como las que no tienen motivación para asistir a la escuela o proseguir con ella, tienen mayores probabilidades de iniciar las relaciones sexuales en forma temprana. En América Latina y el Caribe la gran mayoría de las madres adolescentes son pobres, de escasa educación y con altas posibilidades de constituir hogares uniparentales sin redes de protección social. El embarazo precoz tiende a llevarlas a abandonar sus estudios, dificultando su inserción laboral, exacerbando las desigualdades de género y potenciando el círculo vicioso de la pobreza. (25)

El porcentaje de fecundidad en las mujeres de entre 15 y 19 años de los países de América Latina y África meridional aumentó de menos del 10% a entre el 12% y el 15% del porcentaje correspondiente a todas las mujeres en edad fecunda; todo indica que esta tendencia se mantendrá. (26)

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. (27)

### **¿Por qué existe tendencia al aumento del embarazo en la adolescencia?**

En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas. (28)

El embarazo precoz debe ser analizado con un enfoque integral. Lo primero a considerar es el proceso de maduración sexual con todos los cambios que involucra la etapa puberal, tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial, y que determinan factores de riesgo en todos los aspectos que implican la salud reproductiva. Estos factores los mismos que se mencionan en el inicio de la actividad sexual temprana, los cuales se han dividido en personales, familiares y sociales. (29)

Entre los personales tenemos:

- Edad de la menarquía: puede aparecer entre los 9 años y 2 meses; a los 15 años y 5 meses, experimentando trastornos que pueden durar las primeras 24 reglas; estos ciclos pueden ocurrir sin o con ovulación (en este caso de iniciarse la actividad sexual habría embarazo).
- Deseo de independencia; los adolescentes desean demostrar que pueden tomar decisiones y una de ellas es iniciar la actividad sexual.
- Ignorancia de su anatomía y fisiología: desconocen la información básica en cuanto al funcionamiento de su cuerpo y la sexualidad, pues la educación que reciben no es la más apropiada.
- Desconocimiento de métodos preventivos del embarazo por falta de información adecuada en salud reproductiva.
- Soledad y baja autoestima, pudiendo utilizar la relación sexual como una forma equivocada de reforzamiento personal.
- Embarazo anterior; la adolescente que ha concebido su primer hijo y no recibe un apoyo adecuado (personal, familiar y social) tiene gran posibilidad de salir embarazada de nuevo a corto plazo.
- Uso y abuso de drogas, lo cual favorece un estado de ánimo que facilita la relación sexual no responsable.

- Curiosidad, deseo de saber qué se siente.
- Por accidente, sin planearlo el juego sexual puede concluir en una relación completa.
- Carencia económica severa, puede inducir a la prostitución.

En cuanto a los factores familiares se encuentran los siguientes:

- Inestabilidad familiar, carencia de una guía moral de valores que lleva a tomar decisiones equivocadas. (30)
- Ejemplo familiar de embarazo precoz, madre o hermana con historia de embarazo en la adolescencia, puede ser modelo a seguir.
- Falta de comunicación, hablar de sexualidad es un tema prohibido en la mayoría de las familias, con la consecuencia de que no reciban la orientación adecuada.
- Maltrato físico.
- Familiares muy estrictos o muy permisivos.
- Falta de afecto en el hogar.

Por último los factores sociales:

- Liberación de costumbres, el sexo fuera del hogar es un tema de libre comentario y ejercicio.
- Estrato social, aunque abarca todos los niveles sociales, es más frecuente en los estratos sociales de menos recursos; [las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. (31) ]
- Presión grupal y de pareja. Con el objetivo de ser aceptados por su grupo pueden iniciar la actividad sexual porque lo hacen todas sus amigas y en la mayoría de

los casos no están preparadas física, ni psicológicamente para una relación satisfactoria.

- Carencia de oportunidades reales de realización personal; el sexo es usado como compensación.
- Influencia de los medios de comunicación social que utilizan el sexo permanentemente en publicidad, cine, prensa, televisión; constituyendo un bombardeo erótico, al cual se encuentran sometidos los niños y adolescentes.
- Prostitución y pornografía en adolescentes.

### **Breve recuento fisiológico del aparato reproductor femenino.**

La fisiología de la maduración sexual se comporta como un proceso gradual, dependiente de la maduración progresiva del sistema nervioso central en el tránsito de la niñez a la adultez de la mujer.

La corteza cerebral, el hipotálamo y la adenohipófisis intervienen en la regulación neuroendocrina del ciclo sexual en la mujer. Cuando la acumulación de estas sustancias alcanzan un determinado límite, variable de una mujer a otra, se produce la estimulación sobre la hipófisis, la cual actuará sobre el ovario a través de las gonadotropinas, para estimular la producción de las hormonas ováricas, las que a su vez actuarán sobre los distintos efectores que forman parte del aparato reproductor, todo lo cual dará lugar a los cambios puberales y a la menarquía.

### **Ciclo menstrual.**

Está constituido por varios subciclos: Ciclos hipotálamo-hipófisis, ovárico, endometrial, cervical y vaginal.

El objetivo del ciclo menstrual es preparar a la mujer para la concepción. En el hipotálamo existen proteínas receptoras de estrógeno, éstas reciben la información de la tasa de estrógeno en sangre. El primer día de la menstruación el hipotálamo recibe la señal de que existe poco estrógeno en sangre, estimula a la hipófisis, la cual libera la Hormona Folículo Estimulante (FSH) que va hasta el ovario, el cual comienza a desarrollar un folículo. El folículo produce estrógeno el cual actúa en el miometrio convirtiéndolo en proliferativo. En el cuello produce un moco filante, limpio, cristalizable, cargado de glucógeno. En la vagina produce un extendido superficial: células pequeñas, cariopignóticas, núcleo pegado al citoplasma, reacción basófila. (Todo esto se realiza para conservar al espermatozoide). Por los niveles elevados de estrógeno, aproximadamente a los 13-14 días se rompe el folículo y se libera el óvulo. El hipotálamo actúa sobre la hipófisis liberando, este último la Hormona Luteinizante (LH). El folículo es transformado en cuerpo lúteo el cual a su vez produce progesterona. El endometrio se convierte en secretor (para la nidación): edematoso, abundante glucógeno y minerales. En el cuello cervical el moco se vuelve hostil, viscoso, para que ningún espermatozoide penetre. La vagina se convierte en medio hostil, las células de la capa profunda, se hacen grandes, abarquilladas, extendido sucio, con abundantes leucocitos.

### **Consecuencias del embarazo en la adolescencia. Riesgos.**

El embarazo en la adolescencia trae consecuencias temibles tanto para la gestante como para el bebé. Si bien es cierto que tanto la adolescente como la mujer mayor de 20 años y menor de 35, se enfrentan a los mismos riesgos, podemos decir que la adolescente, por la edad y por la poca preparación fisiológica que su organismo presenta para la concepción, tiene más probabilidades de padecer los riesgos de su embarazo.

Es un hecho ampliamente reconocido en el campo de la salud, que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y su hijo, cuando el embarazo se

concibe antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, pues el individuo nace y se desarrolla en sociedad.

### **Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia.**

El mayor riesgo observado en el embarazo en la adolescencia depende más de las variables socioculturales que de las fisiológicas, si bien se condicionan entre sí. Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento. Este embarazo se produce cuando la maduración biosocial, física y psicológica no se ha logrado aún, de manera que en muchos casos por incomprensiones, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo, termina en parto distócico. La futura madre adolescente se enfrenta a las inquietudes propias de la gravidez; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre, en muchos casos también adolescente. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos; dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que llora, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad.

Se ha comprobado que un buen tratamiento y la debida comunicación social disminuyen las consecuencias biológicas adversas para la gestación, pues la magnitud del dilema puede resultar tan insoportable para la muchacha, que a veces conduce al intento de suicidio o, en el peor de los casos, a su consumación, particularmente cuando existe una reacción familiar de indiferencia, que impide analizar abiertamente el problema y genera conflictos e inseguridades en la grávida.

Esta despreocupación por parte de la familia no solo afecta a los futuros padres en la esfera emocional, sino también en el contexto económico, pues el nuevo estado de la adolescente demanda una alimentación adecuada y la satisfacción de otras necesidades no gratuitas, que deben ser resueltas por los suyos, toda vez que no está vinculada laboralmente.

### **Consecuencias biológicas.**

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. Los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de forma casi general, la mayoría de las muchachas son primigestas, lo cual constituye un riesgo por sí solo. (32) Wallemburg (33) describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino (CIUR)
- Desprendimiento prematuro de la placenta.

**En la primera mitad del embarazo** son comunes la anemia, las infecciones urinarias, la bacteriuria asintomática y los abortos espontáneos. (33)

**En la segunda mitad del embarazo:** cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas a anomalías placentarias, la insuficiente ganancia de peso, asociada a una

deficiente nutrición; síntomas de parto anticipado (contractilidad anormal), rotura prematura de membranas y otros.

**Durante el período del parto y puerperio:** predominan las malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y de la pelvis. (34) En un estudio realizado en La Habana se detectaron como resultados más relevantes además de los anteriormente citados, los desgarros cervicales y hemorragia puerperal entre las adolescentes. (35)

**Recién nacido:** prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años. (36) En Cuba, Matamala (37) en 2005, señaló que la morbilidad alcanzada por las gestantes adolescentes fue del 29 %, pues los recién nacidos presentaron afecciones tales como trastornos metabólicos, seguido de ictericia, enfermedades respiratorias, sepsis y enfermedades hematológicas, entre otras.

**Lactante:** El riesgo de muerte del bebe durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea. (36) Y además se puede observar el abandono temprano de la lactancia materna, lo que puede ocasionar en el lactante: infecciones gastrointestinales, desnutrición entre otras. (35)

### **Otras complicaciones.**

Las adolescentes también pueden padecer de lesión intraepitelial cervical, también conocida como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) pues el embarazo y parto precoz se encuentran dentro de los factores predisponentes. (38)

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidades de tener más hijos totales. Y estos hijos también tienen menos probabilidades de recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo en algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismas. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios (80%) que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos. El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos la madre y el bebé. (36)

### **Métodos anticonceptivos.**

Para evitar o planificar el embarazo, existen varias opciones anticonceptivas, a continuación se exponen los métodos anticonceptivos más utilizados.

### **Clasificación de los métodos anticonceptivos: (39, 40, 41, 42)**

#### 1- Métodos de barrera:

- Espermicidas: cremas, jaleas, aerosoles de espumas, supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.
- Mecánicos sin medicar: preservativo, diafragma, capuchón, escudo vaginal o condón femenino.
- Mecánicos medicados: esponjas vaginales.

#### 2- DIU:

- Inertes.
- Bioactivos o medicamentosos.
  - Medicados con cobre:(TCu 380 A, TCu 200 B, Nova T)
  - Medicados con hormonas: (Mirena.)

### 3- Hormonales:

- Locales: anillo vaginal.
- Orales:
  - Solo de Progestágenos.
  - Anticonceptivos orales combinados
- Sistémicos:
  - Inyectables: mensuales (Mesigyna: estrógenos y progesterona combinados), bimensuales y trimestrales (Progestágenos solo).
  - Parches transdérmicos.
  - Implantes:
    - Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para ver si dura 4 años)
    - Norplant: 6 cápsulas, la etiqueta indica 5 años de uso. (Hay estudios de gran tamaño que han encontrado que su eficacia dura 7 años).
    - Sinoplant: 2 cilindros, eficaz durante 5 años.

### 4- Biológicos:

- Método del calendario (Ogino-Naus)
- Coito interrumpido.
- Lactancia Materna exclusiva (MELA)
- Método de Billings
- Sintotérmico.

### 5- Quirúrgicos:

- Femeninos.
- Masculinos.

### 6- Anticoncepción hormonal de emergencia.

Este último método es escasamente conocido por la población femenina, y en especial las adolescentes. Por su efectividad se detalla el mecanismo de acción y su utilización en las féminas adolescentes.

**Anticoncepción de emergencia:** es un método para prevenir el embarazo que puede usarse después de haber tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva o del fallo de otro método anticonceptivo. La forma más común de este método es que la mujer tome una dosis especial de píldoras anticonceptivas, denominadas píldoras anticonceptivas de emergencia (PAEs), las cuales deben tomarse antes de las 72 horas después del coito sin protección. Las PAEs no se consideran una forma de aborto. La anticoncepción de emergencia ofrece muchas posibilidades de evitar los embarazos no deseados, sin embargo aún no está ampliamente disponible en muchos países. También se puede utilizar como anticoncepción de emergencia la colocación de un DIU antes del quinto día después de un coito sin protección.

**Consideraciones sobre los restantes métodos anticonceptivos y su uso por los adolescentes.** (39, 40, 41, 42)

**Métodos de Barrera:**

Son los ideales para los adolescentes, son accesibles, baratos y fáciles de obtener, son eficaces inmediatamente y controlados por el usuario, su uso se inicia y descontinúa fácilmente, lo cual se adapta a las características de los jóvenes.

Su eficacia depende del uso correcto, por lo que se hace necesario asesorar a los adolescentes en estos aspectos. Como elemento desfavorable y específicamente para el condón masculino, se plantea la necesidad de la participación del compañero sexual, lo que puede resultar complejo en los jóvenes, esto puede lograrse también con un adecuado asesoramiento.

Se consideran como métodos seguros, con escasos o nulos efectos sistémicos y son relativamente eficaces para prevenir los embarazos cuando se utilizan

adecuadamente. Algunos ofrecen diversos grados de protección contra las I.T.S., siendo los condones de látex los que reportan la mejor protección contra las I.T.S. incluido el SIDA.

### **Anticonceptivos Orales:**

Ocupan la segunda posición entre los métodos ideales para utilizar por los adolescentes. Presentan innumerables ventajas dentro de las que se destacan la no interferencia con el acto sexual, así como la no participación de la pareja en la toma del anticonceptivo, son muy eficaces para prevenir el embarazo cuando se toman adecuadamente, presentan escasos efectos secundarios y ofrecen beneficios no relacionados con la anticoncepción como son la regulación de los ciclos menstruales, alivio de la dismenorrea, protección contra el embarazo ectópico, el cáncer de ovario, cáncer de endometrio y la enfermedad inflamatoria pélvica.

Como elementos adversos en la adolescencia tenemos principalmente la irregularidad en la toma de la tableta lo que puede afectar el efecto anticonceptivo de la píldora, es importante que el médico recomiende a las adolescentes tomarse las píldoras cuando realicen alguna actividad diaria rutinaria para evitar el olvido de la ingestión de estas. Debe tenerse en cuenta que los anticonceptivos orales no ofrecen protección contra las I.T.S., por lo que debemos de recomendarles que utilicen el condón además de las píldoras.

### **Dispositivos Intrauterinos:**

Cuando se realiza una adecuada selección las adolescentes pueden utilizar los DIU sin peligro, este es un método adecuado para las adolescentes con antecedentes de parto o aborto. Debe de tenerse un correcto diagnóstico de pareja, pues no son recomendados en casos de parejas inestables, promiscuidad o poligamia. En la adolescencia precoz así como en aquellas que nunca se han embarazado las tasas de intolerancia al DIU y expulsión son elevadas por lo que no recomendamos su uso.

**Abstinencia:**

Es el método más seguro para prevenir el embarazo y las I.T.S. en la adolescencia, por lo que debe de ser ofertado como una opción, la abstinencia requiere compromiso, mucha motivación y control de sí mismo, lo cual es muy difícil de encontrar entre los adolescentes, constituyendo la principal dificultad para su aceptación por los jóvenes. El asesoramiento debe centrarse en desarrollar aptitudes para hacer frente a las presiones de amigos y de la pareja, así como explicarles que las relaciones sexuales no son la única vía para expresar amor y afecto. No obstante a esto, el compromiso del adolescente con frecuencia es violado, por lo que debemos siempre de educarlos en el conocimiento de otras opciones anticonceptivas.

**Métodos Fisiológicos:**

En algunas parejas de adolescentes pueden ser la única opción disponible, las parejas deben estar muy motivadas y poderse controlar muy bien, algo difícil de encontrar en los jóvenes. En el caso de la abstinencia periódica se requiere además un adecuado conocimiento del ciclo menstrual, algo poco común en las adolescentes, a las cuales se les suman los trastornos del ciclo menstrual tan frecuentes durante esta etapa de la vida. Tanto el método del coito interrumpido como la abstinencia periódica tienen tasas elevadas de embarazo y no protegen contra las I.T.S. por lo que no son recomendables en la adolescencia salvo en casos excepcionales.

**Esterilización:**

Este es un método no recomendado para las adolescentes, puesto que están comenzando su vida reproductiva y ser este un método permanente que se considera irreversible. Sólo se indicará en casos excepcionales ante afecciones médicas graves, retraso mental severo y otras similares.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo en las adolescentes están dadas principalmente por la edad, la historia obstétrica y enfermedad preexistente.

La educación y el asesoramiento apropiados, tanto antes como en el momento de selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias.

### **Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en la adolescencia.**

Dentro de las IVEs se incluyen todas las formas de aborto inducido.

El aborto quirúrgico hasta los 63 días mediante aspiración por vacío o dilatación y legrado ha sido el método preferido desde los años sesenta. El aborto médico se convirtió en un método alternativo de terminación del embarazo en el primer trimestre, a partir de la disponibilidad de las prostaglandinas a comienzos de los años setenta y los antiprogestágenos en los años ochenta. Los fármacos investigados con más profundidad son las prostaglandinas solas, la mifepristona sola, el metotrexato solo, la mifepristona con prostaglandinas y el metotrexato con prostaglandinas. (44)

Las complicaciones de las IVEs se incrementan en la adolescencia. Las complicaciones más importantes y frecuentes de la evacuación quirúrgica son: perforación uterina, legrado incompleto, sangrado, desgarro del cuello e infección. La perforación uterina es una complicación relativamente frecuente y se debe muchas veces a dificultades anatómicas o al empleo de instrumental inapropiado. La evacuación incompleta de la cavidad uterina ocurre generalmente por defectos de técnicas y también, por irregularidades o miomas que alteran la anatomía normal. El sangrado puede ocurrir por restos ovulares, por atonía e hipotonía del músculo uterino o por laceraciones de la pared uterina del cuerpo o cuello; en casos de canal estenótico se produce colección de sangre en el útero. La infección es una complicación grave, en ocasiones puede ocurrir a partir de gérmenes de la propia paciente o porque los adquiere en el acto operatorio. (45)

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes–después) de tipo de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de las adolescentes de “La 30” Manga Larga sobre el embarazo en esta etapa de la vida, en el período septiembre 2014 - febrero/ 2016.

**En la primera etapa** Previo consentimiento informado del adolescente y su tutor (Anexo # 1) se les explicó a las adolescentes las características del estudio con el objetivo de motivarlas con el tema y se aplicó una encuesta con un total de siete preguntas, todas hechas de manera cerrada, comprensible y se evaluó el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el embarazo en la adolescencia.

**En la segunda etapa** se desarrollaron encuentros interactivos y charlas educativas con el grupo de estudio y se analizó nuevamente mediante encuesta el de conocimiento de la población y se comprobó un aumento en el nivel de conocimiento en la población sobre el tema.

**Etapa de intervención:** después de aplicada la encuesta inicial se realizó la misma con ocho encuentros de una hora, con una frecuencia quincenal para incluir a las estudiantes becas, siempre en el horario más conveniente para las adolescentes, en ellos se abordaron temas diferentes mediante técnicas participativas. (Anexo # 2).

**Etapa evaluativa:** 15 días después del último encuentro se aplicó nuevamente la encuesta inicial, para evaluar la efectividad de la intervención.

### **Universo de estudio.**

La población de la investigación estuvo constituida por todas las adolescentes de la Comunidad “La 30” comprendidos entre los 12 y 19 años de edad. Se estudiaron todas aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de las cuales se tomó la muestra de nuestro estudio. La muestra seleccionada es no probabilística y estuvo constituida por 46 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adolescentes femeninas entre 12 y 19 años, pertenecientes al área rural “La 30”. No bastó la aceptación de las adolescentes, pues por ser menores de edad ante la ley, nos apoyamos en la aceptación de uno de sus padres/tutor mediante el consentimiento informado. (Anexo 1)

Criterios de exclusión:

- No se incluyeron en el estudio a las adolescentes que no tuvieron el consentimiento de los padres.
- Adolescentes que se encontraban registrados en la Ficha de Salud Familiar pero que por cuestiones educacionales o de otra índole, no residían en el Área.

Criterios de salida:

- Adolescentes que abandonaron el Área de Salud.
- Adolescentes que decidieron por iniciativa propia o por la de sus padres, ausentarse.
- Adolescentes que se ausentaron a más de cuatro encuentros.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	12-14 años 15-17 años 18-19 años	Edad en años según Carné de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad
Conocimiento sobre ciclo menstrual	Cualitativa nominal	Adecuado: si contesta correctamente 4 o más preguntas No adecuado : si contesta correctamente menos 3 preguntas	Periodo cíclico con una duración de 21 hasta 36 días	Número y porcentaje según grupo

Conocimiento sobre ovulación	Cualitativa nominal	Adecuado: si contesta correctamente 4 o más preguntas No adecuado : si contesta correctamente menos 3 preguntas	Es la liberación del ovulo fértil que ocurre alrededor del día 14 del periodo	Número y porcentaje según grupo
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Adecuado: si contesta correctamente 4 o más preguntas No adecuado : si contesta correctamente menos 3 preguntas	Métodos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Métodos de barrera:</li> <li>• DIU:</li> <li>• Hormonales:</li> <li>• Biológicos:</li> <li>• Quirúrgicos:</li> <li>• Anticoncepción hormonal de emergencia.</li> </ul>	Número y porcentaje según grupo
Conocimiento sobre anticoncepción de emergencia.	Cualitativa nominal	Adecuado: si contesta correctamente 4 o más preguntas No adecuado : si contesta correctamente menos 3 preguntas	Píldoras anticonceptivas de emergencia.	Número y porcentaje según grupo
Conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia	Cualitativa nominal	Adecuado: si contesta correctamente 4 o más preguntas No adecuado : si contesta correctamente menos 3 preguntas	Hipertensión arterial materna Prematuridad Retardo del crecimiento intrauterino (CIUR) Desprendimiento prematuro de la placenta	Número y porcentaje según grupo
Conocimiento sobre las complicaciones de las interrupciones del embarazo	Cualitativa Nominal	Adecuado: si contesta correctamente 4 o más preguntas No adecuado : si contesta correctamente	Perforación uterina, legrado incompleto, sangrado, desgarro del cuello e infecciones.	Número y porcentaje según grupo

		menos 3 preguntas		
--	--	-------------------	--	--

### **Métodos de procesamiento de la información.**

La observación de los datos recogidos por la Historia de Salud Familiar del Consultorio Médico de Familia # 18.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas de las Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, Revista Cubana de Medicina General Integral, bases de datos especializadas en medicina como: CUMED, LILACS, MEDLINE, Cochrane, HINARI, EBSCO y otras páginas médicas. Además, se hicieron búsquedas en las listas de referencias de todos los artículos potencialmente relevantes y capítulos de libros disponibles. Se consultó bibliografía de la Organización Mundial de la Salud con el debido permiso otorgado. (Anexo 4)

Se redactó un informe final de acuerdo a los requisitos establecidos por el departamento Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, utilizándose para ello el Sistema de Microsoft Windows XP.

### **ÉTICA**

Se le informó a cada adolescente, y a los padres (por ser menores de edad) de forma verbal y por escrito los objetivos del estudio, sus beneficios potenciales y los posibles riesgos a que se expondrían, además de los derechos que tendrían y de la voluntariedad de participar en el estudio o de abandonar éste cuando así lo entendieran. Estando de acuerdo firmaron el documento de consentimiento informado (anexo N° 1) el padre del adolescente y el médico que brindó la información

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.****Tabla 1. Distribución de la muestra por grupos de edades.**

<b>Grupos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
(12-14años)	7	15.2
(15-17 años)	11	23.9

(18-19 años)	28	60.9
TOTAL	46	100%

Fuente: Encuesta

Al distribuir las adolescentes participantes en el estudio el 60.9% del total tenía entre 18 y 19 años, el resto se distribuyó entre los 12-14 y los 15-17 años respectivamente.

**Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre ciclo menstrual, antes y después de intervención educativa en la comunidad de “La 30”, municipio Bolivia, Ciego de Ávila.** n=46

Nivel de conocimiento Grupos	Antes				Después			
	Adecuado		No adecuado		Adecuado		No adecuado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(12-14 años)	1	2,17	6	13,04	7	15,22	0	0,00
(15-17 años)	2	4,35	9	19,57	11	23,91	0	0,00
(18-19 años)	7	15,22	21	45,65	28	60,87	0	0,00
TOTAL	10	21,74	36	78,26	46	100,00	0	0,00

El nivel de conocimiento de las adolescentes sobre ciclo menstrual antes de la intervención educativa, podemos apreciar que de un total de 46 adolescentes, 78.26% obtuvieron una categoría no adecuada. Solamente 10 adolescentes (21.7%) seleccionaron una de las respuestas verdaderas. Llama la atención que ninguna adolescente conocía sobre el ciclo menstrual, pues no seleccionaron los dos ítems que marcaban la realidad del enunciado. Después de la intervención el 100% logró demostrar un adecuado nivel de conocimiento adecuados sobre el ciclo menstrual.

**Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre ovulación.**

	Antes	Después
--	-------	---------

Nivel de conocimiento	Adecuado		No adecuado		Adecuado		No adecuado	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupos								
(12-14 años)	0	0,00	7	15,22	7	15,22	0	0,00
(15-17 años)	0	0,00	11	23,91	11	23,91	0	0,00
(18-19 años)	3	6,52	25	54,35	28	54,35	0	0,00
TOTAL	3	6,52	43	93,48	46	100,00	0	0,00

Antes de la intervención el 93.48% de las adolescentes no tenían un adecuado conocimiento sobre la ovulación, una vez establecida la estrategia de intervención todas las adolescentes tienen un dominio adecuado del ciclo de ovulación.

Según Pérez y Cermeño (29) las adolescentes ignoran su anatomía y fisiología: desconocen la información básica en cuanto al funcionamiento de su cuerpo y la sexualidad. Esto quedó ampliamente demostrado en los conocimientos previos a la intervención educativa en cuanto a ciclo menstrual y ovulación.

Similares resultados obtuvieron Oscar Soto y otros investigadores, (46) en el que las adolescentes no conocían dicho período.

**Tabla 4. Nivel conocimiento sobre métodos anticonceptivos antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes				Después			
	Adecuado		No adecuado		Adecuado		No adecuado	
Grupos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(12-14 años)	3	6,52	4	8,70	7	15,22	0	0,00
(15-17 años)	6	13,04	5	10,87	11	23,91	0	0,00
(18-19 años)	17	36,96	11	23,91	28	60,87	0	0,00
TOTAL	26	56,52	20	43,48	46	100,00	0	0,00

Antes de la intervención el 43.48% de las adolescentes no tenían un adecuado nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Después de la intervención 46 adolescentes seleccionaron más de 15 métodos como conocidos por ellas, lográndose un incremento adecuado del conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

El desconocimiento de métodos preventivos del embarazo por falta de información adecuada en salud reproductiva, como señalaron Pérez y Cermeño (29) afecta a los adolescentes. Las adolescentes al inicio del estudio conocían la tercera parte de los principales métodos anticonceptivos, condición que revirtió favorablemente al terminar la intervención.

La experiencia ha mostrado que las adolescentes tienen cierta resistencia a consultar por anticoncepción en servicios para adultos, o servicios de planificación familiar, porque sienten que no están orientados a la solución de sus problemas. (1)

**Tabla No 5.** Nivel conocimiento sobre anticoncepción de emergencia.

Nivel de conocimiento	Antes				Después			
	Adecuado		No adecuado		Adecuado		No adecuado	
Grupos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(12-14 años)		0,00	7	15,22	7	15,22	0	0,00
(15-17 años)		0,00	11	23,91	11	23,91	0	0,00
(18-19 años)	2	4,35	26	56,52	28	60,87	0	0,00
TOTAL	2	4,35	44	95,65	46	100,00	0	0,00

Antes de la intervención el 95.65% de las adolescentes no conocían sobre la anticoncepción de emergencia, solo el 4.35% conocían del tema. Casi la totalidad de las adolescentes identificaban los ítems errados sobre anticoncepción de emergencia. Esto pudiera estar condicionado por el mal manejo de conceptos que existe en el lenguaje popular. Sin embargo después de la intervención, las adolescentes identificaron los dos ítems correctos que marcan el correcto empleo de la anticoncepción de emergencia, es decir, que se trata del uso de las píldoras de emergencia hasta 72 horas después de un coito sin protección y la colocación de un DIU hasta cinco días después de un coito sin protección.

**Tabla 6. Nivel conocimiento sobre las consecuencias de las interrupciones de embarazos en la adolescencia.**

Nivel de conocimiento	Antes				Después			
	Adecuado		No adecuado		Adecuado		No adecuado	
Grupos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(12-14 años)	3	6,52	4	8,70	7	15,22	0	0,00
(15-17 años)	4	8,70	7	15,22	11	23,91	0	0,00
(18-19 años)	14	30,43	14	30,43	28	60,87	0	0,00
TOTAL	21	45,65	25	54,35	46	100,00	0	0,00

Al explorar el nivel de conocimientos sobre las consecuencias de las interrupciones de embarazo en la adolescencia, percibimos que el 45.65% de adolescentes identificaron los seis ítems como complicaciones de las interrupciones del embarazo en esta etapa de la vida. Sin embargo esto solamente representó un ínfimo por ciento comparado con los 54.35% que señalaron menos de tres complicaciones. En este grupo se vio que los ítems que alcanzaron mayor puntaje fueron la hemorragia, la infección y la perforación. Ninguna de las participantes del estudio seleccionó la muerte, la infertilidad, o el shock, como posibles complicaciones; esto nos pudiera orientar en que las adolescentes no conocen el riesgo al que se expondrían si se realizaran una interrupción de embarazo. Después de realizada la intervención 100% de las.

Este estudio se corresponde con otros investigadores como Vizuite, (47), pues en reiteradas ocasiones las adolescentes no conocen sobre la magnitud del riesgo al que se expondrían si se realizaran una interrupción de embarazo.

**Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia.**

Nivel de conocimiento	Antes				Después			
	Adecuado		No adecuado		Adecuado		No adecuado	
Grupos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
(12-14 años)	1	2,17	6	13,04	7	15,22	0	0,00
(15-17 años)	3	6,52	8	17,39	11	23,91	0	0,00
(18-19 años)	9	19,57	19	41,30	28	60,87	0	0,00
TOTAL	13	28,26	33	71,74	46	100,00	0	0,00

Antes de la intervención, se percibió que el 28.26% de las adolescentes, identificaron las nueve complicaciones del embarazo en la adolescencia. Las complicaciones más conocidas por los adolescentes resultaron ser: los daños psicológicos, económicos y biológicos así como la deserción escolar. Sin embargo después de realizada la intervención el 100% del total seleccionaron las nueve complicaciones lográndose de esta forma un incremento excelente del nivel de conocimiento. Similares resultados se obtuvieron en un estudio de intervención realizado en Nuevitas, Camagüey; (48) se obtuvo similares resultados a los aquí expuestos, ya que las adolescentes que participaron en dicho estudio aumentaron su nivel de conocimientos después de la intervención en temas relacionados a las complicaciones del embarazo en la adolescencia.

**CONCLUSIONES.**

Después de la intervención educativa el 100% de las adolescentes adquirieron un adecuado nivel de conocimiento en las temáticas relacionadas con el embarazo en la adolescencia: ciclo menstrual, ovulación, métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, y de las complicaciones, tanto de las interrupciones voluntarias de embarazo como del embarazo en la adolescencia; demostrándose de esta forma la efectividad de la intervención educativa.



## **RECOMENDACIONES**

Aplicar la intervención Educativa en las demás comunidades del municipio para reducir el alto índice de embarazo en la adolescencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud; IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D.C. OPS; 2014.
2. Santrock JW. Adolescence. 7 th ed. New York: McGraw- Hill; 1998.
3. Monroy A. La sexualidad en la adolescencia. En: M. Urbina Fuentes, Editor. Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II, México, D.F.: Grupo Editorial Porrúa; 2014. p. 693-730.
4. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. Salud Pública Mex. 2010;39 :137-143.
5. Zúñiga E, Delgado D, Zubieta B. En: Antología del Foro Embarazo en Adolescentes: Avances y Retos (G. Gómez Maganda, Compiladora), Comisión Nacional de la Mujer, México, D.F., 2010, p. 18-27.
6. Macdonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Apoyo domiciliario para madres en posición social desfavorable (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2009. Oxford, Update Software Ltd. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en: <http://www.update-software.com>
7. Alfonso J.C. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la Primera a la segunda transición demográfica: Rev Cubana Salud Pública 2006;32(1): 11-16
8. López L, Gran Miriam, Felipe A. Evolución de la fecundidad en Cuba en las últimas cinco décadas: Rev. Temas Estadísticos de Salud 2015; 1(2)
9. Mederos F, Pérez M. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en la Comunidad La 30 Manga Larga durante los años 2004-2008, 2008, p. 11-18.

10. Safora, O.: "Papel de la familia en la salud integral de adolescentes y jóvenes", en J. Peláez Mendoza, Adolescencia y juventud .Desafíos actuales, cap XII, Ed Científico-Técnica, La Habana, 2013.
11. Consejería de Sanidad. Comunicación. [base de datos en Internet] España: Programas de Atención a la Mujer (I) [citado 22 abr 2006] Disponible en: [www.gobiernodecanarias.org/sanidad](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad)
12. Colomer Revuelta, J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre 2014. [consultado 9 dic 2008]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/endits.htm>
13. Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México .Gac Med Mex 2003; 139 (Supl 1): 23-28
14. Centeno H, Cáceres R. La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años El Salvador, un reto para las políticas de salud. Revista Población y Salud en Mesoamérica.Vol 2, núm 2, art 1, ene-jun, 2005.Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/revista/creditos.htm>
15. Cuarta encuesta nacional juventud, INJUV,2003, Disponible en: [www.midepian.cl/final/bajar.php?path=../admin/docdescargas/centrodoc&id=centrodoc\\_93.pdf](http://www.midepian.cl/final/bajar.php?path=../admin/docdescargas/centrodoc&id=centrodoc_93.pdf)
16. Ministerio de salud. Encuesta mundial de salud escolar, 2014, (en línea) Disponible en, <http://epi.minsai.cl/epi/html/invest/EMSE/EMSE.htm>
17. Instituto Nacional de Estadística, Fecundidad en Chile, situación reciente; 2006, (en línea). Disponible en: [http://www.inecl/canales/chiie\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf](http://www.inecl/canales/chiie_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf)

18. Távara-Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol. obstet. 2004; 50 (2): 111 – 122. Disponible en: <http://www.sisbib.unmsm.edu.pe>
19. Camacho H. A. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998: Organización Panamericana de la Salud. 2010
20. Orozco Hechavarría N, Vaillant Orozco S, Cumbá Tamayo O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN 2005 [consulta: 5 feb 2009]. ;9 (2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san09205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.htm)
21. Anuario demográfico Tasa de fecundidad según edad de la madre y provincias. Datos demográficos. 2014.
22. Fondo de Publicación de las Naciones Unidas. "La salud reproductiva en las vidas de los adolescentes y juventud", La travesía sin mapa. Adolescentes, pobreza y género, UNFPA, Estado de la población mundial 2005.
23. Naciones Unidas [homepage en internet] Washington: Centro de Información [actualizado 31 May 2006; citado 12 Agt 2006]. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2009. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2006/SIDA/index.htm>
24. [Olivo C, Campo A](#). Factores de riesgo para ETS-VIH y educación sexual en adolescentes. Colombia, 2007. [citado 22 abr 2007] [consulta: 5 feb 2009]. [Aprox. 2p] Disponible en: <http://www.encolombia.com>
25. Radio Habana Cuba [base de datos en Internet] Un cuarto de las adolescentes de la región son madres antes de los 20 años [consulta: 5 mar 2009] [citado 23 feb 2009] Disponible en: <http://www.radiohc.cu/espanol/elementosfijos/rhcestilo.css>

26. Informe de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Medidas encaminadas a la cobertura universal de las intervenciones sobre salud de la madre, del recién nacido y del niño: informe bienal. Punto 12.10 del orden del día 19 de abril de 2007. [Consultado 5 mar 2009] Disponible en: [http:// www.ippf.org](http://www.ippf.org)
27. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. Méd. Chile. ene. 2013. v.132 n.1 : 65-70 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004000100010&script=sci_arttext)
28. MedlinePlus Enciclopedia Médica [Base de datos en Internet]. Estados Unidos: Embarazo en la adolescencia. [Actualizado 4 jun2008][ aprox. 2p]Disponible en: [http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/images/mplus\\_sp\\_survey.js](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/images/mplus_sp_survey.js)
29. Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. Incidencia de Embarazo Precoz según las Etapas de la Adolescencia. Venezuela; 2010. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf>
30. Ministerio de Salud Dirección Primer Nivel de Atención; Estrategias y lineamientos básicos para la Prevención del embarazo en la adolescencia. República de Nicaragua; Abr, 2010.
31. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud No. 20. Washington D.C. 1992.
32. Salazar Cutido B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar LC, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(3) [consulta: 5 feb2009]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_3\\_06/san07306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm)

33. Wallemburg HC. Prevention of hypertensive disease of pregnancy. *Hypert Preg* (Santiago de Chile) 1995; 87:121-37.
34. Fernández L, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol Ciudad de la Habana* May-ago. 2004; v.30 n.2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es&nrm=iso)
35. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol Ciudad de la Habana* Mayo-ago. 2005; v.31 n.2. Disponible en: <http://hinarigw.who.int/whalecomscielo.sld.cu/whalecom0/article.js>
36. Manrique R, Rivero A, Ortuño M, Rivas M, Cardoso R, Guevara H, et al. Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*, Caracas sep.2006: v.68 n.3. Disponible en: <http://hinarigw.who.int/whalecomscielo.sld.cu/whalecom0/article.js>
37. Matamala P. Parto prematuro. [Monografía de Internet]. Departamento de Obstetricia y Ginecología: Hospital Materno infantil de Cuba; 2005 [acceso 6 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.redclinica.cl/mater/obstetricia2005.pdf>
38. Cubahora.cu [página en Internet]. Cuba: Sexo precoz, riesgo veloz. [Actualizado: 24 mar 2009] Disponible en: [http://www.cubahora.cu/\\_styles/style\\_cubahora2.css](http://www.cubahora.cu/_styles/style_cubahora2.css)
39. Organización Mundial de la Salud: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación familiar. Un manual para proveedores; 2007 Disponible en línea en: [www.fphandbook.org](http://www.fphandbook.org)
40. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. 2009

41. Álvarez S. R, Temas de Medicina General Integral. Vol. I 2da ed.: Ciencias Médicas. Habana; 2008. p. 525-44.
42. Rigol R O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed: Editorial Ciencias Médicas. Habana; 2006.
43. Lugones M, Ramírez M. Anticoncepción de emergencia en la adolescencia Rev Cubana Pediatría (serie en Internet), 2010 (citado 16 junio 2010); : Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
44. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
45. García L, Avellaneda A, Herrera N, Mella A. Complicaciones de la interrupción del embarazo en el primer trimestre. Rev Cubana Obstet Ginecol Ciudad de la Habana sep.-dic. 2001. v.27 n.3
46. Soto MO, Franco A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr 2013; 19 (6): 34-6.
47. Vizquete E. ¿Es posible reducir la IVEs en adolescentes? Sevilla. España. 2006
48. Viñas L, I; Chávez M, Virrella M, II; Santana C, Escalona K. Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. Rev Archivo Médico de Camagüey, 2008. (citado 4 de mayo 2010); : Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

## **ANEXOS**

### **Anexo #1. Consentimiento informado.**

Después de haber sido informado sobre los objetivos del estudio “Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia en la Comunidad La 30”, así como sus ventajas y desventajas, y conociendo de la voluntariedad de participar o abandonarlo en el momento que desee, doy mi autorización a que mi hija: \_\_\_\_\_participe en el estudio.

Firma de la adolescente: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Dr.

**Anexo #2. Encuesta**

Edad: \_\_\_\_\_

1. Sabes qué es el ciclo menstrual:

- a. No sé lo que es: \_\_\_\_\_
- b. Es el tiempo que la mujer se pasa con la menstruación: \_\_\_\_\_
- c. Es el tiempo que transcurre entre una menstruación a otra \_\_\_\_\_
- d. Es la descamación periódica y cíclica del endometrio \_\_\_\_\_

2. El día de la ovulación es

- a. El día que comienzo con el sangrado menstrual: \_\_\_\_\_
- b. El día 14 de todos los meses: \_\_\_\_\_
- c. El día que la mujer puede quedar embarazada: \_\_\_\_\_
- d. El día 13<sup>ro</sup> -14<sup>to</sup> después de la menstruación: \_\_\_\_\_

3. Señale con una (X) los métodos anticonceptivos que usted conoce:

Tabletas		DIU Hormonales		
Preservativo masculino		Diafragma		
Preservativo femenino		Esponjas vaginales		
Inyectables		Capuchón cervical		
Implantes		Espermicidas		
DIU		Coito Interrupto		
Parche Transdérmico		Anillo vaginal		

4. Marca las respuestas que consideres correctas con relación a la anticoncepción de emergencia:

- a. Es un método anticonceptivo que se usa durante todo el mes\_\_\_\_\_
- b. Es el uso del preservativo durante las relaciones sexuales \_\_\_\_\_
- c. Es el coito interrumpido\_\_\_\_\_
- d. Es el uso de las píldoras de emergencia hasta 72 horas después de un coito sin protección\_\_\_\_\_
- e. Es la colocación de un DIU hasta 5 días después de un coito sin protección\_\_\_\_\_
- f. No sé qué es\_\_\_\_\_

5. De las siguientes complicaciones de las interrupciones del embarazo, marque las que consideres correctas.

Hemorragia		Shock	
Infección		Infertilidad	
Perforación		Muerte	
Esquizofrenia			

6. De las complicaciones del embarazo en la adolescencia marque las que usted considere correctas:

Daño psicológico		Hipertensión arterial		Infecciones	
Daños económicos		Prematuridad		Abortos espontáneos	

Daños biológicos		CIUR		Bajo peso al nacer	
Deserción escolar		Anemia		Parto pretérmino	
Embarazo gemelar		Malformaciones congénitas			

**ANEXO # 3. Técnicas educativas.**

<b>ENCUENTROS</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TAREAS</b>
<b>1)</b> Introducción. Anatomofisiología de los órganos sexuales. Función y actividad sexual. Identidad sexual.	Charla educativa	Mostrar a las adolescentes la anatomofisiología de los órganos sexuales. Describir la función y actividad sexual.	Preparar un sociodrama en el que se ponga de manifiesto la identidad sexual.
<b>2)</b> Higiene sexual. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Charla educativa	Describir las principales ITS; así como la importancia de la higiene sexual	Averigüe si se puede planificar los embarazos.
<b>3)</b> Ciclo menstrual. Ovulación. Métodos Naturales de Planificación familiar.	Charla educativa	Describir el ciclo menstrual con los días fértiles. Analizar detalladamente los métodos naturales de planificación familiar.	Dibujar esquema del ciclo menstrual señalando los días fértiles.
<b>4)</b> Aborto. Causas y consecuencias.	Video Debate	Describir las consecuencias del aborto provocado; así como las causas que pueden llevar a realizarlo.	Averiguar con sus padres o abuelos la edad que tenían en el primer embarazo.

ENCUENTROS	TÉCNICAS	OBJETIVOS	TAREAS
<p><b>5)</b> Embarazo en la adolescencia. Complicaciones maternas y fetales.</p>	<p>Video-Debate.</p>	<p>Caracterizar el embarazo en la adolescencia y los cambios fisiológicos, psicológicos que ocurren durante el mismo. Enfatizar en las complicaciones materno-fetales que puede provocar.</p>	<p>Averiguar sobre los métodos anticonceptivos comúnmente usados.</p>
<p><b>6)</b> Métodos de planificación familiar. (I)</p>	<p>Charla educativa</p>	<p>Identificar los diferentes medios anticonceptivos así como la acción que ellos realizan.</p>	<p>Dibujar los métodos anticonceptivos</p>
<p><b>7)</b> Métodos de planificación familiar. (II)</p>	<p>Clase-Taller</p>	<p>Analizar los métodos más convenientes en la adolescencia. Ventajas y desventajas.</p>	<p>-----</p>
<p><b>8)</b> Amor. Relaciones de pareja. Noviazgo. Matrimonio.</p>	<p>Conferencia-Debate.</p>	<p>Caracterizar las relaciones de pareja. Importancia de la estabilidad.</p>	<p>-----</p>

