



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS JOSE ASSEF YARA

CIEGO DE AVILA

2015

Título: Intervención educativa sobre riesgo del embarazo en la adolescencia en la comunidad de Pablo y Mexicano.

Autora: Dra. Alina de la Caridad Núñez Scantlebury.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado en Medicina General Integral.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS JOSE ASSEF YARA
CIEGO DE AVILA
2015

Título: Intervención educativa sobre riesgo del embarazo en la adolescencia en la comunidad de Pablo y Mexicano.

Autora: Dra. Alina De la Caridad Núñez Scantlebury

Aspirante a Médico Especialista de Primer en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Noemi Vergel López.

Especialista de primer grado en Ginecobstetricia. Máster en atención integral a la mujer. Profesor asistente.

Tesis para optar por el título de especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados sobre riesgo del embarazo en la adolescencia en el consultorio 22, comunidad Pablo y Mexicano, Primero de Enero, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre julio 2014 a marzo 2015. La muestra de estudio estuvo constituida por un total de 30 adolescentes, con edades comprendidas entre 10 y 18 años. Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las edades dentro de la adolescencia temprana. Al menos la mitad de los adolescentes presentaban conocimientos adecuados en la encuesta inicial en lo referente al proceso de la menstruación, anticoncepción de emergencia y percepción sobre la sexualidad, mientras que en aspectos como consecuencias del embarazo en la adolescencia y de las interrupciones de embarazos, así como en el nivel general de conocimientos, los porcentajes de conocimiento inicial adecuados, eran inferiores. En todos los aspectos evaluados se logró una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos inicial.

Palabras claves: Embarazo en la adolescencia; anticoncepción; adolescente; conocimiento; educación en salud pública profesional, estudios de intervención.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	6
▪ Método.....	21
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	26
▪ Conclusiones.....	37
▪ Recomendaciones.....	38
▪ Referencias bibliográficas.....	39
▪ Anexos.....	45

INTRODUCCIÓN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero más aún 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 (1).

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y el inicio de la edad adulta. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual...) así como la de autonomía individual (2).

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20 años (3).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud —entre los 10 y los 24 años—. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años (4).

La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad (5). 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 (6).

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 menarquia ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprana y la edad a la primera unión es más tardía (7,8).

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 (9).

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados (10).

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen (11).

En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social (12-14).

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes (15).

Es reseñable que entre los países desarrollados de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos (17,18). La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años (19-21).

En Cuba ha existido un cambio importante en la fecundidad. Entre 1972 y el 2013, la fecundidad en Cuba descendió de una Tasa General de Fecundidad de 3,77 a 1,58 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 (22). 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 (23).

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 (24).

Según datos estadísticos, durante el año 2013 en el municipio de Primero de Enero, de 183 partos que se realizaron, 47 fueron adolescentes, representando el 36,6% del total. Además se realizaron 191 regulaciones menstruales, de éstas, 33 fueron adolescentes, representando el 20.4 % del total (25,26). Se constató que en la comunidad de Pablo y Mexicano estuvo marcada durante el año 2014 por un incremento en el número de hijos de madres adolescentes, representando el 75% del total, alcanzándose así, el porcentaje más alto en los últimos años (27,28).

Problema: ¿Cómo modificar el nivel de conocimiento acerca del riesgo del embarazo en adolescentes del consultorio 22, Primero de Enero, Ciego de Ávila?

Objetivo general:

Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados sobre riesgo del embarazo en la adolescencia en el consultorio 22, en la comunidad de Pablo y Mexicano, Primero de Enero, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar el universo según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre riesgo del embarazo en la adolescencia.
3. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

Hipótesis de investigación: Si se diseña y aplica de una propuesta de intervención educativa sobre riesgo del embarazo en la adolescencia, pudiera modificar el nivel de conocimientos de los adolescentes en el consultorio 22, en la comunidad de Pablo y Mexicano, Primero de Enero, Ciego de Ávila.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptos generales sobre adolescencia

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio ? económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años (29).

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial (29).

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y en el 2000 llegaron a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (30).

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas (31):

1.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, durante la pubertad, existen grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

1.2 Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático (31,32).

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (32).

1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (33).

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (33).

2. Embarazo en la adolescencia

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (34).

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años (34).

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender (34).

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda (34).

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos (35).

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996 (36).

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo Español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto (37).

En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo (37).

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado (38).

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento (38).

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares (39).

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real (39).

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción) (39).

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos (36).

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones

sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes (39).

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad-paternidad (39).

3. Epidemiología

3.1. Factores predisponentes

1. Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres - hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor (40).

4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola

5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo (41).

6. Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores (41).

7. Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. Falta o Distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. (41).

10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas (41).

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

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

3.2. Factores determinantes.

a) Relaciones sin anticoncepción.

b) Abuso sexual.

c) Violación.

3.3. Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado (42).

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares (42).

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija - madre",

cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron (42).

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador, ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico (42).

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan (42).

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico (42).

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias (43).

3.4. Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente (44).

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre (44).

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas

veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (44).

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto, pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo (45).

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven (45).

La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (45).

4. Consecuencias de la maternidad - paternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad - paternidad en la segunda década de la vida (46).

4.1. Consecuencias para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales (46).

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación (46).

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres, tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza (46).

4.2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita" (47).

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional (47).

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos (47).

4.3. Consecuencias para el padre adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz (48).

5. Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada

La primera pregunta a responder es, si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas (48).

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable (48).

5.1. Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

Antecedentes de patología médica obstétrica general importante (49).

Antecedente de abuso sexual.

Enflaquecimiento (desnutrición).

Estatura de 1,50 m o menor.

Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.

Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

5.2. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

Menarca a los 11 años o menos.

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo (49).

Ser la mayor de los hermanos.

5.3 Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención (50).

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable (50).

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

5.4. Primer trimestre

5.4.1. Trastornos digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas (50).

5.4.2. Metrorragias

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

5.4.3. Abortos espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes (51).

5.4.4. Embarazos extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes adolescentes y en el 1,5% de las adultas (52).

5.5. Segundo y tercer trimestre

5.5.1 Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,9% de anemias en las adolescentes

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

5.5.2. Infecciones urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1% (53).

5.5.3. Amenaza de parto pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación (53).

5.5.4. Hipertensión Arterial gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años (54).

5.5.5. Mortalidad fetal

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

5.5.6. Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas,

sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9% (54).

5.5.7. Crecimiento intrauterino retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño (54).

5.5.8. Presentaciones fetales distócicas

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

5.5.9. Desproporciones cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez (55).

5.5.10. Tipo de parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Arg., la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor (56).

5.5.11 Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente (57).

5.5.12 Otras complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

6. Recién nacido de madre adolescente

A. Peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de recién nacidos (RN) con menos de 2500 g (57).

B. Internación en neonatología

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

C. Malformaciones

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida (58).

D. Mortalidad Perinatal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años) (58).

7. Pronóstico

7.1. Materno

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. Del 50 al 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios (58).

7.2. Fetal

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

8. Atención integral de la adolescente

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño (58).

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

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

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian (58).

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario (58).

MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para modificar conocimientos relacionados sobre riesgo del embarazo en la adolescencia en el consultorio 22 comunidad Pablo y Mexicano, Primero de Enero, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre julio 2014 a marzo 2015.

Universo y muestra

El Universo estuvo constituido por un total de 97 adolescentes, la muestra de estudio fue de 30, con edades comprendidas entre 10 y 18 años, en el periodo antes referido. Se trabajó con una muestra del universo que cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Todas los adolescentes que estuviesen de acuerdo de participar en el estudio y firmaron el acta de consentimiento informado (ver anexo I)

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adolescentes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el riesgo del embarazo en la adolescencia en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una

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

La intervención se realizó en tres etapas:

Etapa diagnóstica: Se les explicó a las mujeres las características del estudio, con el objetivo de motivarlas con el tema, se aplicó una encuesta con un total de seis preguntas, todas hechas de manera comprensible, evaluándose en las mismas criterios sobre los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia (ver anexo II).

Etapa de intervención: La segunda etapa correspondió a la elaboración de un Programa educativo sobre el conocimiento de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia (ver anexo III).

Se aplicó luego el programa educativo propuesto en cinco sesiones, con una hora de duración y una frecuencia de 7 días entre las mismas.

Etapa evaluativa: Se aplicó nuevamente el cuestionario inicial, para evaluar la efectividad de la intervención, al final del quinto encuentro como se refiere en el anexo III

Se utilizó una complementación de la metodología cualitativa y cuantitativa a la luz del materialismo dialéctico.

Métodos del nivel teórico:

- Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio, y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con el riesgo del embarazo en la adolescencia y su prevención en edades precoces. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia y la escuela, dirigida por el equipo básico de salud para prevenir el embarazo en la adolescencia en consultorio 22 comunidad Pablo y Mexicano, Primero de Enero, Ciego de Ávila

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en la incidencia de las ITS en la comunidad estudiada.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Por tanto, la encuesta es un procedimiento utilizado en la investigación de mercados para obtener información mediante preguntas dirigidas a una muestra de individuos representativa de la población o universo de forma que las conclusiones que se obtengan puedan generalizarse al conjunto de la población siguiendo los principios básicos de la inferencia estadística, ya que la encuesta se basa en el método inductivo, es decir, a partir de un número suficiente de datos podemos obtener conclusiones a nivel general.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 10 a 18 años.	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Nivel de conocimientos (*)	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

(*) Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar: a, d, e (adecuado)

Incorrectas: Contestar: b, c (inadecuado)

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso: a, d, e (adecuado)

Incorrectas: Contestar inciso: b, c (inadecuado)

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos: a, c, e, g (adecuado)

Incorrectas: Contestar incisos: b, d, f (inadecuado)

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos: a, b, c, d, f (adecuado)

Incorrectas: Contestar incisos: e (inadecuado)

Pregunta 5:

Correctas: Contestar incisos: c, e, f (adecuado)

Incorrectas: Contestar incisos: a, b, d (inadecuado)

Calificación Final:

Correctas: Contestar 5 preguntas (adecuado).

Incorrectas: Contestar 2 preguntas (inadecuado).

Plan de análisis de los resultados

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y será resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el riesgo del embarazo en la adolescencia, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

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

Se pidió a todos los encuestados seleccionados, su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, para posteriormente firmar el acta de consentimiento informado.

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

Todo lo anterior expuesto se realizó atendiendo a los requisitos exigidos por el departamento de Medicina General Integral de la Universidad Médica de Ciego de Ávila.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra según grupo de edad. Primero de enero. Ciego de Ávila 2015.

Grupos de edades	No.	%
De 10 a 14 años	18	60,0
De 15 a 18 años	12	40,0
Total	30	100,0

Fuente primaria: Cuestionario

La tabla 1 muestra la distribución de adolescentes según grupo de edad por frecuencias absolutas y relativas.

En un estudio similar realizado en Maracaibo, Venezuela por Sonia Moreno (59), esta indica que gran parte de los adolescentes de su estudio tenían poca experiencia sexual. El 50% nunca ha tenido relaciones sexuales, sólo el 11,2% admitió haber llegado al coito durante esta etapa de la adolescencia, el 24,8% ha tenido intimidades sexuales pero sin llegar al coito y el restante 14% ha besado en los labios y abrazado a una chica(o) con caricias con las manos o por encima de la ropa. Este resultado es esperable, dado que se trata de una muestra de adolescentes escolarizados (de entre nueve y 16 años de escolaridad).

Tabla 2. Distribución del universo según nivel de conocimientos sobre el ciclo de la menstruación, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	19	63,3	27	90,0
Inadecuado	11	36,7	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,021$

La tabla 2 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos que poseían sobre el proceso de la menstruación evaluado antes y después de la intervención capacitante.

Se pudo observar que en la etapa diagnóstica, 19 de los adolescentes, para un 63,3%, poseían un nivel de conocimientos adecuados, mientras que 11 (36,7%), no lograban responder correctamente los ítems consignados en la encuesta.

Al terminar el programa de intervención y aplicar la encuesta nuevamente, se logró elevar el nivel de conocimiento con 27 de los participantes respondiendo adecuadamente para un 90,0% del total, y representando un cambio significativo según el resultado de la prueba de McNemar.

Sonia Moreno (59), encontró que en relación al conocimiento del ciclo menstrual, los resultados sugieren gran desconocimiento del período donde es mayor el riesgo de un embarazo, si no se usa un método anticonceptivo. El 69,6% y el 56% desconocen que una semana o dos semanas antes de la menstruación es más probable que una mujer quede embarazada porque está en un período de posible ovulación. Igualmente, erróneamente creen que es más probable que una mujer quede embarazada si tiene relaciones con coito dos semanas después (72%) y una semana después de que comience la menstruación. Estos resultados sugieren que aquellos adolescentes que decidiesen tener relaciones sexuales protegiéndose con el método del ritmo,

necesitarían previamente una gran orientación al respecto, aunado al hecho de las exigencias en cuanto a la regularidad del ciclo menstrual necesaria para que este método sea realmente efectivo.

Tabla 3. Distribución según nivel de conocimientos sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	43,3	27	90,0
Inadecuado	17	56,7	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

La tabla 3 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia antes y después del programa de intervención.

Se observó que solo 13 de los participantes (43,3%), presentaban un adecuado nivel de conocimientos inicial sobre las consecuencias de este fenómeno, que puede poner en riesgo la vida de la madre y del feto, mientras que 17 (56,7%), desconocían elementos importantes del aspecto tratado.

Al finalizar la capacitación, las respuestas correctas se observaron en 27 de los adolescentes para un 90,0% del total con una modificación significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada, y de carácter positivo al análisis porcentual.

Sonia Moreno (59), refiere que generalmente los estudiantes están conscientes de los riesgos del embarazo en la adolescencia. El 69,2% de los adolescentes reportaron que es verdadero que el bebé de una madre adolescente corre el riesgo de nacer con bajo peso. En tanto, sólo el 48% considera que puede nacer con enfermedades físicas como malformaciones y el 66,4% reportó que pueda morir al nacer. Igualmente, el 76% sugirió que es verdadero que la madre puede morir durante el parto, el 82,4% piensa que puede ocurrir depresión después del parto, otro 85,6% respondió que se le

dificultaría terminar sus estudios y el 86% señala que una madre adolescente tiene más riesgo de ser abandonada por el padre de su hijo. En efecto, estos y otros aspectos constituyen factores de riesgo que debe asumir una madre adolescente, más aun cuando no está preparada física y emocionalmente para afrontar el reto de criar y educar a un niño; apenas está en una etapa de crecimiento y formación personal y quedar embarazada conlleva a trazarse nuevos planes para su vida futura, en particular si no cuenta con el apoyo de su familia y el padre del niño.

Tabla 4. Distribución según nivel de conocimientos sobre consecuencias de las interrupciones de embarazos, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	46,7	25	83,3
Inadecuado	16	53,3	5	16,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,027$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre consecuencias de las interrupciones de embarazos, evaluado antes y después de la capacitación realizada.

Se pudo observar que en la encuesta realizada al comienzo de la investigación, 14 adolescentes, para un 46,5%, presentaban conocimientos aceptables sobre un tema sumamente importante para su salud reproductiva y su vida, mientras 16 de los mismos (53,3%), no presentaban respuestas adecuadas en dicha encuesta inicial.

Al final de la intervención y después de un tiempo prudencial, se repite la encuesta con resultados positivos logrando una modificación del nivel de conocimientos con 25 (83,3%) adolescentes, respondiendo acertadamente y correspondiéndose con un cambio significativo estadísticamente hablando.

Sonia Moreno (59), señala que con respecto a antecedentes de embarazo en el grupo estudiado, el 21,4% admitió que ha quedado embarazada o ha dejado embarazada a una chica, de los cuales el 14,3% llegó a tener el bebé y el 7,1% interrumpió el embarazo. Por otro lado a pesar de no tener conocimiento del tema se analizan factores que atentan en la salud de los adolescentes y su gestación en relación con que el primer parto pudiera ocurrir antes de los 18 años sin que esto trajese dificultades. Después de la intervención se observó que un 100% fueron capaces de determinar los riesgos a los que se expone la adolescente con un embarazo a estas edades.

Tabla 5. Distribución según nivel de conocimientos sobre anticonceptivos, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	15	50,0	26	86,7
Inadecuado	15	50,0	4	13,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,007$

La tabla 5 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, evaluado antes y después de la intervención comunitaria.

Se pudo observar en el diagnóstico inicial realizado que este tema era una de las necesidades sentidas con solo 15 de los participantes respondiendo adecuadamente los ítems consignados en la encuesta en relación a este acápite, para un 50,0% del total mientras la otra mitad, presentaba un inadecuado nivel de conocimientos.

Al terminar las sesiones de capacitación y reaplicar la encuesta, el número de adolescentes con un adecuado nivel de conocimientos se elevó a 26 para un 86,7%, con una modificación significativa según la prueba utilizada en la presente investigación.

Sonia Moreno (59), refiere en su estudio que, los adolescentes que mantienen o han mantenido relaciones sexuales con penetración que de ellos, sólo el 75% siempre utilizan algún método anticonceptivo, mientras que el 25% restante señala utilizarlo algunas veces; en particular, el 100% de los adolescentes señala usar el preservativo, aunque un 21,4% refiere también usar el coito interrumpido. La mayoría de los estudiantes tienen el conocimiento básico correcto relacionado con cómo se debe tomar la píldora anticonceptiva. En ese sentido señalan que si una chica tiene relaciones sexuales con coito de vez en cuando, deberá tomar una píldora al día durante veintiún días (82%), no obstante sólo el 5.2% respondió acertadamente que es necesario tomarla todos

los días a la misma hora, en tanto el 54% no sabe y el 40,8% dijo que es falso. En relación a esto último, la píldora se puede tomar a cualquier hora, pero es una buena idea asociar la toma a un hecho habitual (como por ejemplo, después de cenar), para evitar olvidos.

Tabla 6. Distribución según nivel de conocimientos en la percepción sobre la sexualidad, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	15	50,0	26	86,7
Inadecuado	15	50,0	4	13,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,003$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos en la percepción sobre la sexualidad, evaluado antes y después de la intervención comunitaria.

Se pudo observar en la aplicación inicial de la encuesta que solo 15 de los participantes para un 50,0%, presentaban un adecuado nivel de conocimientos, mientras el otro 50,0% de ellos no reflejaban una adecuada percepción de la sexualidad.

Pasado un tiempo prudencial y aplicado el cuestionario nuevamente, el número de adolescentes con nivel adecuado de conocimientos se elevó hasta 26 para un 86,7% logrando así una modificación positiva en este aspecto. El análisis de la prueba estadística demostró que dicho cambio resultó significativo para el análisis antes y después.

Finalmente Sonia Moreno (59), refiere que el 89,2% de los adolescentes del estudio necesitan aumentar sus conocimientos respecto a los riesgos de las relaciones sexuales y a los beneficios de la planificación familiar, en tanto, el 64,4% les gustaría participar en un programa de educación sexual. En tal sentido, se puede decir que los adolescentes escolarizados sienten interés en adquirir nuevos conocimientos y reforzar los ya adquiridos, lo cual va a contribuir de manera significativa en obtener una salud sexual plena, segura y tranquila, donde pueda ejercer la función sexual sin falsas creencias o tabúes, siempre y cuando se les enseñe sobre el uso de métodos anticonceptivos, de

allí que están de acuerdo en participar en jornadas donde se de información clara, precisa y concisa acerca de temas relacionados a la sexualidad, fertilidad, anticoncepción, entre otros.

Tabla 7. Distribución según nivel de conocimientos generales sobre riesgo de embarazo en la adolescencia, evaluado antes y después de la intervención.

Nivel de Conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	9	30,0	27	90,0
Inadecuado	21	70,0	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 7 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos generales sobre riesgo del embarazo en la adolescencia y los diferentes aspectos evaluados en la investigación antes y después del programa de intervención aplicado.

Se observó que de forme general, solo 9 de los adolescentes para un 30,0%, presentaban un adecuado nivel de conocimientos general sobre los diferentes aspectos de interés en la investigación en la encuesta diagnóstico aplicada al inicio de la misma. Encontrándose 21 de ellos (70,0%) con conceptos herrados y lagunas del conocimiento referente al tema abordado.

AL finalizar las sesiones de capacitación, y pasar el tiempo prudencial se aplicó nuevamente la encuesta en cada uno de sus acápite, elevando el nivel de conocimiento general de los participantes con 27 de ellos (90,0%), considerados con conocimiento global adecuado y logrando así un cambio significativo en las evaluaciones antes y después del mencionado programa.

Los adolescentes esperan que en un programa de educación sexual donde ellos participen, se aborden aspectos de crecimiento personal. En nuestro estudio los adolescentes señalaron que les gustaría participar en un programa que les enseñe habilidades para aumentar su autoestima y otros que les gustaría aprender a decirle a su pareja lo que quieren de la relación. En efecto, los resultados presentados demuestran la inquietud que tienen los adolescentes escolarizados en mejorar el proceso comunicacional y modificar

los roles tradicionales, de allí el deseo que tienen la totalidad de los adolescentes en participar en programas educativos donde puedan adquirir habilidades para autovalorarse, autoconocerse y generar una comunicación eficaz con su pareja para discutir temas relacionados con la sexualidad.

Tales afirmaciones conllevan a señalar que los adolescentes del estudio están de acuerdo con que los programas educativos sexuales deben servir de orientación en todos los aspectos de la vida sexual. Es decir, deben abarcar no sólo lo relacionado a la salud reproductiva, sino también en cómo afrontar la experiencia de la sexualidad con la pareja, a fin de lograr un mayor sentido de bienestar, asumir la relación con responsabilidad, de manera asertiva y evitar maltratos físicos, emocionales y psicológicos que podrían traer consigo decepciones y angustias posteriores. De allí que todos los adolescentes consultados respondieron estar de acuerdo en que los programas de educación sexual los deben orientar sobre cómo hacer el amor y además en recibir entrenamiento en habilidades y destrezas sociales para manejar mejor su relación de pareja.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades dentro de la adolescencia temprana. Al menos la mitad de los adolescentes presentaban conocimientos adecuados en la encuesta inicial en lo referente al proceso de la menstruación, anticoncepción de emergencia y percepción sobre la sexualidad, mientras que en aspectos como consecuencias del embarazo en la adolescencia y de las interrupciones de embarazos, así como en el nivel general de conocimientos, los porcentajes de conocimiento inicial adecuados, eran inferiores. En todos los aspectos evaluados se logró una modificación positiva del nivel de conocimientos inicial.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los equipos básicos de trabajo (EBT), a trabajar más profundo con el riesgo preconcepcional y brindar una serie de acciones preventivas dentro de la promoción de salud a los adolescentes. Brindar asistencia integral y elevar el nivel educativo a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas para evitar serias complicaciones que conllevan a un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, además por ser factor que provoca el cambio inestable de pareja y la deserción escolar, enfatizando además sobre una sexualidad sana y responsable en la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrison-Beedy D, Nelson L E. HIV prevention interventions in adolescent girls: what is the state of the science. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2004; 1(3):165-175.
2. Pedlow C T, Carey M P. HIV sexual risk-reduction interventions for youth: a review and methodological critique of randomized controlled trials. *Behavior Modification*, 2003; 27(2):135-190.
3. Magnussen L, Ehiri J E, Ejere H O, Jolly P E. Interventions to prevent HIV/AIDS among adolescents in less developed countries: are they effective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2004;16(4): 303-323.
4. Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cormillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Dundas, ON, Canada: Ontario Ministry of Health, Region of Hamilton-Wentworth, Social and Public Health Services Division, 1999;73.
5. Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Effectiveness of the 40 adolescent aids-risk reduction interventions: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health*, 1997; 20(3):204-215.
6. Hennessy S, Berlin J A, Kinman J L, Margolis D J, Marcus S M, Strom B L. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health*, 2003;33 (5):324-348.
7. Bennett S E, Assefi N P. School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health*, 2005; 36(1):72-81.
8. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 2002; 324(7351):1426-1430.
9. Calderón Morales IC, López Sánchez F, Artles de León I, Pérez González E. Propuesta de acciones para la prevención del abuso sexual en la niñez y la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN 2007 [consulta: fecha de

acceso]; 11(3). Disponible en:
http://bvvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san04307.htm

10. Orozco EN, Vaillan O, Cumba TO. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia (artículo en línea). MEDISAN 2005; 9 (2).
11. González HA, Gutiérrez RA, Campos GAP. Estudio de las gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido. Rev Cubana Pediat 2000; 72 (1): 549-53.
12. Mustelier RR, Valdespino BF, Hernández PR. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana. Centro Nacional de Educación para la Salud. 2003: 7-56.
13. Laffita BA, Arizona JM, Cutié JM, Cutié SLR. Adolescencia e interrupción de embarazo. Rev Cubana de Obst Ginecol 2004; 3 (1): 25-32.
14. García LL, Pérez RE, Avellaneda GA. Algunos factores asociados a la interrupción del embarazo en la adolescencia. Programa Resúmenes 2001: 269.
15. Álvarez AL. Conversando con la adolescente. 2 Ed, La Habana: Editorial Científico-técnico; 2004.p.15-9.
16. Organización Panamericana de la Salud OMS. Jóvenes: opciones y cambios. Una guía para promover modos de vida saludables en adolescentes y jóvenes. 2006.
17. Soto MO, Franco A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19 (6): 34-6.
18. Valdés DS, Essien J, Bardales MJ. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgo y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28 (2).
19. Cruz HJ, LLanes QM, Valdés IA, Hernández GP, Velasco BA. Anticoncepción en la adolescente. Rev Cubana Endocrinol. 2007; 18(1).
20. Israel LJ, Lugones BM, Valdespino PL, Ambrosio SS. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4).
21. Canaval GE, Cerquera GI, Hurtado N, Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Inves Educ Enferm. 2006; 24(1):26-35.

22. Núñez RM, Hernández B, García C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública Méx.* 2003; 45(1):92-102.
23. Martínez J, Serrano I, Doval JL. Anticoncepción hormonal oral en jóvenes: introducción, perfil socio-sanitario. En: Álvarez D, Álvarez de Sotomayor M, Balasch B, Barranco E, Bernabeu S. *Manual de anticoncepción hormonal.* Madrid: Editorial SEC; 2005:249-62.
24. Lugones B M, Prado G J, Córdova A M, Calzada O M. La consulta de ginecología infanto juvenil en la atención primaria y la salud reproductiva de las adolescentes. *Rev Cubana Salud Pú.* 2001; 27(2):103-15.
25. Calero LJ, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Rev Cubana Sal Pub.* 2001; 27(1).
26. Peláez M J. Adolescente embarazada: características y riesgos. En: *Obstetricia y ginecología infanto-juvenil: su importancia.* La Habana: SOCUDEP 1996; 61-3.
27. Méndez JM. Anticoncepción en la adolescencia: reflexiones sobre el tema y situación Argentina. *Rev SOGIA.* 2002; 9(3):27-30.
28. Hernández CJ, Alonso HD, Rodríguez PM, Homma CLJ, Díaz OI, Suarez OR. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales ginecobstétricos. *Rev Cubana Obstet Gynecol.* 2003; 29(3).
29. Rodríguez RI. Educar la sexualidad en la familia. ¿Una responsabilidad de mujeres? En: *Género: Salud y cotidianidad.* La Habana: Editorial Científico Técnica 2000:144. [Links]
30. Organización Panamericana de la Salud. La investigación psicológica para la salud reproductiva. Informe de la Organización Panamericana de la Salud: OPS 2002: 18-31.
31. Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en adolescentes. Diagnóstico, 2001. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 2002.
32. Kleinman RL. Manual de planificación familiar para médicos. 6ta ed. La Habana: MINSAP; 1989.
33. Peláez J. Salud sexual y reproductiva. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud adolescente. La Habana: MINSAP; 1999.

34. Mulet Robillo C, Valdespino Brito F, Fernández Pacheco R. La salud reproductiva en el adolescente. Centro nacional de educación para la salud. La Habana: MINSAP; 1998.
35. Colectivo de autores. Situación de la niñez y la adolescencia, la mujer y la familia en Cuba. La Habana: Centro de estudio de la mujer, UNICEF; 2000.
36. Peláez Mendoza J. Sexualidad, imaginación y realidad. Ciudad de la Habana: Editorial Científico técnica; 1996.
37. Cumba Tamayo O, Rodríguez Oliva D, Navarro Suárez F, Nápoles Tejeda O. Escuela de adolescentes para formación de promotores de salud en riesgo preconcepcional [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
38. Peláez Mendoza J. Interrupción del embarazo en la adolescencia. Problemática actual, riesgos, comportamiento en Cuba. En: Peláez Mendoza J. Adolescencia y sexualidad: controversia sobre una vida que comienza. La Habana: Editorial científico técnica; 1996.p.107 - 115.
39. Ortiz C, Moya B, Pérez J, González M. Sexualidad y adolescencia. Primeras relaciones. La Habana: VI Congreso latinoamericano de obstetricia y ginecología de la infancia y la adolescencia; 1999.
40. Gutiérrez Castañeda D, Poveda Morejón M, Prats Álvarez O, Sánchez Triana R. Aborto y Anticoncepción en la adolescencia [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
41. Rodríguez Vázquez E. Anticoncepción en la adolescencia. Un problema real. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
42. Fiffe Núñez A, Anzardo Garbey Z. Aplicación del programa de intervención para desarrollar la educación sexual de las adolescentes. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
43. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Silva Valido J. Algunos factores de riesgos del embarazo en la adolescencia. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
44. Quintana Polanco I. Influencia del medio familiar en el inicio sexual del adolescente. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
45. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. La Habana: Ginecología infanto-juvenil; 1996.

46. Cuesta Navarro AL, Alvear Coquet, C, Álvaro Alfaro, C. Intervención educativa para modificar el nivel cognoscitivo sobre sexualidad en padres de adolescentes del Policlínico Docente Municipal. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005
47. Cedeño Donet M, Domínguez León JL, Peraza Morelles D, Rodríguez Betancourt M. Algunos factores de riesgo relacionados con la morbilidad materna perinatal de la gestante adolescente. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005.
48. Fernández Parra RM, Guerra Macías E. El embarazo precoz desde la visión de la propia adolescente. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005.
49. Peláez Mendoza J. Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.
50. Carvajal Rivero M, Cedeño Donet M, Fuentes Guerra S. Embarazo. Adolescencia: un reto. [CD-ROOM] Santiago de Cuba: Memorias UNFPA; 2005.
51. Lugones M, Pedroso P, Pereira O, Acosta M. La consulta de ginecología Infanto juvenil en función de la Educación sexual. Rev cubana Med gen integr 2002; 15(2): 184-90.
52. Organización panamericana de la salud fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opiniones. Washington; 1998 p.1-15 (cuaderno técnico: nr12).
53. León JC, Hernández LA, Hernández C. influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república mexicana 2002; 70:320-7.
54. Silbert t. y colaboradores .manual de medicinas de la adolescencia. Organización panamericana de la salud. Washington D.C 2002.
55. Lugones M, Quintana T. Algunas afecciones problemas de interés de la Ginecología infanto juvenil en la atención primaria. Rev cubana med gen integr 2003; 14(1): 106-10.
56. Lugones M. riesgo preconcepcional: Análisis de programa. Rev cubana Med Gen integr 2002; 13 (6):9-14.

57. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Children risk beyond Age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstetric and Gynecology* 2004; 93(1):9-14.
58. Porra, A. Educación Estratégica en el área de Educación Sexual. Con: Congreso Cubano de educación y orientación y terapia sexual. Ciudad Habana. Editorial Científico técnica.2004:7882.
59. Sonia Moreno. et.at. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio Abierto* v.15 n.4 Maracaibo dic. 2006.

ANEXOS

Anexo I

Acta Consentimiento Informado

Yo: _____ estoy de acuerdo a participar en el proyecto: Sistema de Acciones para modificar conocimientos relacionados sobre riesgo del embarazo en la adolescencia en el consultorio 22, comunidades de Pablo y Mexicano, Primero de Enero, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre julio 2014 a marzo 2015.

Se me ha explicado que:

1. Mi participación en el estudio es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del mismo cuando yo lo considere no afectará mis relaciones con el médico y la institución que me seguirán atendiendo según las normas del estado cubano.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado, junto con el médico que me brindó las explicaciones, a los ____ días del mes de _____ de _____

Firma del paciente.

Firma del medico

CUESTIONARIO

Riesgo del embarazo en la adolescencia.

1. Conocimiento sobre el ciclo menstrual.

- a) ____ El periodo de menstruación dura de 4 a 5 días.
- b) ____ El ciclo menstrual aparece cada 15 días.
- c) ____ Aparece la menstruación cuando se tienen relaciones sexuales precoces.
- d) ____ El ciclo menstrual aparece de 28-30 días.
- e) ____ Desaparece la menstruación con el avance de la edad.

2. Consecuencias del embarazo en la adolescencia

- a) ____ Puede traer afecciones médicas y psicológicas para la madre y el bebé.
- b) ____ Puede hacer la vida más agradable.
- c) ____ Los niños nacidos de embarazadas adolescentes siempre tienen un peso normal y no tienen riesgos para la vida.
- d) ____ Las adolescentes embarazadas tienen alto riesgo de presentar anemias, niños con bajo peso y parto antes de tiempo.
- e) ____ El embarazo en la adolescencia es una de las causas de abandono escolar y dificulta la realización de las aspiraciones futuras.

3. Consecuencias de las interrupciones de embarazos

- a) ____ Infertilidad.
- b) ____ Cáncer de mama.
- c) ____ Infecciones .
- d) ____ Fibroma uterino.
- e) ____ Perforaciones del útero.
- f) ____ Enfermedades de Transmisión sexual.
- g) ____ Sangramientos.

4. Conocimiento sobre anticonceptivos.

- a) ___ Condón.
- b) ___ Anticonceptivos inyectables.
- c) ___ Anticonceptivos orales.
- d) ___ Dispositivos Intrauterinos.
- e) ___ Tomar agua antes del acto sexual.
- f) ___ Otros (coito interrumpido, método del calendario, etc.)

5. Conocimiento sobre la sexualidad en los adolescentes

- a) ___ La adolescencia es la edad ideal para tener hijos.
- b) ___ El aparato reproductor femenino en la adolescencia está preparado para el embarazo.
- c) ___ La maternidad o paternidad es una situación que requiere responsabilidades económicas y afectivas.
- d) ___ Puede ser algo maravilloso si se realiza sin medios de protección.
- e) ___ Censura de los adultos.
- f) ___ Enfermedades de Transmisión Sexual.

(*) Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Correctas: Contestar: a, d, e (adecuado)

Incorrectas: Contestar: b, c (inadecuado)

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso: a, d, e (adecuado)

Incorrectas: Contestar inciso: b, c (inadecuado)

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos: a, c, e, g (adecuado)

Incorrectas: Contestar incisos: b, d, f (inadecuado)

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos: a, b, c, d, f (adecuado)

Incorrectas: Contestar incisos: e (inadecuado)

Pregunta 5:

Correctas: Contestar incisos: c, e, f (adecuado)

Incorrectas: Contestar incisos: a, b, d (inadecuado)

Calificación Final:

Correctas: Contestar 5 preguntas (adecuado).

Incorrectas: Contestar 2 preguntas (inadecuado).

Anexo III

Programa de Intervención educativa.

Objetivo General:

Ampliar el nivel de conocimiento de los grupos seleccionados, sobre algunas características del embarazo en la adolescencia, brindando conocimientos en cuanto a definición de adolescencia, factores de riesgo, complicaciones, manifestaciones clínicas, prevención, conducta a seguir ante las mismas y complicaciones.

Objetivos Específicos:

1. Describir la situación actual del embarazo en la adolescencia.
2. Explicar las diferentes consecuencias y causas del embarazo en la adolescencia.
3. Describir los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.
4. Explicar las manifestaciones clínicas y complicaciones.
5. Orientar las principales medidas para la prevención del embarazo en la adolescencia y sobre el uso de medios de protección anticonceptivos.
6. Proporcionar una conducta a seguir adecuada ante el embarazo en la adolescencia, brindando información útil sobre una sexualidad responsable en la adolescencia.

Estructuración del Programa de intervención educativa.

Primer encuentro:

Temática: Adolescencia. Concepto. Factores de riesgo.

Desarrollo: Para dar comienzo a esta actividad se utilizó la técnica "El Paseo", que consistió en que cada miembro del grupo se fuera presentando y diciendo su nombre y el de los demás participantes que se han presentado, luego, en un segundo momento, cada participante presenta al compañero que está a la derecha. Seguidamente se pide al grupo que todos se pongan de pie, formando un círculo y que den un paseo dentro del local. Posteriormente se impartió una

conferencia por la autora, sobre la incidencia del embarazo en la adolescencia e importancia de la educación social, complementándose la misma con un debate del tema.

Tiempo: 1 hora.

Segundo encuentro:

Temática: La epidemiología. Factores de riesgo.

Desarrollo: Se hizo un breve resumen del tema anterior y se recordaron los objetivos de este tema. Para dar inicio a esta sesión se usó “la técnica del torbellino de ideas”, donde se seleccionó un tema (factores de riesgo del embarazo en la adolescencia), del cual se pidieron criterios, los cuales se fueron registrando en la pizarra y sobre ellos se abrió un turno debate. Posteriormente, estos fueron definidos por la autora de la investigación, enfatizándose en el inicio precoz de las relaciones sexuales. Familia, planificación familiar, ocupación, edad de las primeras relaciones sexuales.

Tiempo: 1 hora.

Tercer encuentro:

Temática: Causa – efecto del embarazo en la adolescencia. Deserción escolar. Promoción de salud.

Desarrollo; Se realizó un breve recordatorio del tema anterior y se realizaron algunas preguntas de control, seguidamente, a través de la técnica de participación “estudio de caso”, se les dio a los miembros del grupo un problema, inspirado en circunstancias de la vida real, sobre una paciente con antecedentes de haber tenido un embarazo a los 13 años y ahora, es ama de casa y madre soltera.

Se realizó alrededor de este caso un amplio debate que propició conocer las causas y efecto del embarazo en edades tempranas.

Tiempo: 1 hora.

Cuarto encuentro:

Temática: Planificación Familiar. Métodos anticonceptivos (Prevención). Educación Familiar y escolar.

Desarrollo: Para dar inicio a esta actividad se utilizó la técnica “Ponte en mi lugar”, mediante la que se dispuso el grupo en círculo y se pidió que escenificaran a un personaje al que se le hizo el diagnóstico del SIDA y recibió una prueba de embarazo positiva. Una vez realizada la escenificación, se les pidió al resto de las participantes que fueran dando una serie de consejos para evitar la situación, utilizando en este caso la técnica 2, “correo del corazón”. Posterior al debate, se puntualizó por la autora la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia por ser factor que provoca el cambio de pareja y la deserción escolar, enfatizando además sobre una sexualidad sana y responsable en la adolescencia.

Tiempo: 1 hora.

Quinto encuentro:

Temática: Recapitulación de los temas impartidos.

Desarrollo: Fue realizada mediante la autora un debate colectivo, con exploraciones de conocimientos individuales y aclaraciones de dudas. Luego se procedió a la aplicación de la encuesta inicial para así determinar la efectividad del programa de intervención en el área de salud en cuestión, a través de una evaluación antes y después.

Tiempo: 1 hora.