

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE AVILA  
POLICLINICA UNIVERSITARIA RAÚL ORTÍZ  
CIRO REDONDO**

**Título:** Intervención Educativa sobre el Embarazo en la Adolescencia 2015-2016.

**Autora:** Dra. Iramy G. Quintero García.  
Residente 2do año Medicina General Integral.

**Tutora:** MSc. Dra. Iliana Pérez Chong.  
Especialista 1er grado en Medicina General Integral.  
Especialista en Farmacología.  
Profesora Asistente.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA**

**Título:** Embarazo en la adolescencia. Intervención Educativa en adolescentes 2015-2016.

**Autora:** Dra. Iraimy G. Quintero García.

Aspirante a Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dra. Iliana Pérez Chong.

Especialista 1er grado en Medicina General

Integral. Especialista en Farmacología. Profesora Asistente.

**Asesores:**

Dra. Yudith Torrecilla Rodríguez.

Especialista 1er grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente.

2016

Aspirante al título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

## **Agradecimientos:**

A todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron a la culminación de un gran sueño profesional, en especial:

A mi tutora Iliana por el trabajo en conjunto y las largas horas dedicadas a la realización de esta tesis.

A mi asesora por la ayuda incondicional y su trabajo esmerado.

A mi hija, mi mamá, mi hermana, mi esposo por estar ahí para mí siempre que las necesito.

La mejor forma de agradecer a todos y cada uno de los que con su ejemplo y dedicación han contribuido a la culminación exitosa del presente trabajo, es el comprometimiento moral de asumir con todo el amor y la dedicación del mundo mi labor, poniendo todas mis fuerzas y mi intelecto en función de mejorar la calidad de vida de mis semejantes donde quiera que me encuentre.

Interminable sería la lista, por ello entre tantos reciban:

Gracias,

Iraimy.

**Dedicatoria:**

A mi hija Shamina por hacer que todo tenga sentido y ser mi fuerza para seguir adelante.

A mi madre y hermana por su apoyo incondicional en mi trayectoria para hacerme médico.

A mi esposo por ser paciente y esperar las largas horas de trabajo a mi lado.

A la más audaz y grandiosa obra humana de todos los tiempos “La Revolución Cubana”

## **PENSAMIENTO**

“La juventud es la edad del crecimiento y del desarrollo, de la actividad y de la vida, de la imaginación y del ímpetu.

Cuando no se ha cuidado el corazón y la mente en los años jóvenes, bien se puede temer que la ancianidad sea desolada y triste”

José Martí.

## **Resumen**

Se realizó un estudio pre-experimental con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia y su prevención a jóvenes adolescentes en edades comprendidas entre 13 y 15 años, pertenecientes a la ESBU Felipe Poey Aloy del consejo popular este del municipio Ciro Redondo. Se realizó una intervención educativa donde se aplicó una encuesta inicial en el período comprendido de septiembre del 2015 a septiembre de 2016, se aplicó una segunda encuesta al culminar. El universo de estudio lo constituyeron los adolescentes de 8vo grado, 120 estudiantes para una muestra de 64 alumnos, respetando los criterios de inclusión y exclusión los cuales dieron su consentimiento informado, se efectuó una revisión bibliográfica sobre el tema en sitios autorizados de Internet y bibliografía autorizada. Se recogieron los datos y se tabularon manualmente, expresándose los mismos en números y porcentajes. Las principales necesidades de aprendizaje fueron acerca de los riesgos y complicaciones de un embarazo en la adolescencia. El programa educativo permitió emitir opiniones favorables y se elevó satisfactoriamente el nivel de conocimientos acerca del tema de embarazo en la adolescencia.

**Palabras Clave: adolescencia / EMBARAZO**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

OBJETIVOS 7

MARCO TEÓRICO 8

MATERIAL Y MÉTODO 19

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN 23

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

## **I- INTRODUCCIÓN:**

La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención (1).

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan ciertos desconciertos en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Consideramos a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años (2).

Aunque tradicionalmente la adolescencia se ha considerado como un grupo poblacional exento de problemas de salud, en este aspecto han ocurrido incidencias que constituyen alertas no solo para el personal de la salud, sino también para padres y maestros, quienes pueden encontrarse en situaciones difíciles para prevenir tales incidencias (3,4).

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto para países desarrollados como subdesarrollados. En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración, de cambios endocrinos y morfológicos como son, la aparición de caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de menarquia en la niña y la eyaculación en el varón, además surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida (5). De los países europeos, en estudios realizados, Inglaterra tiene la más alta incidencia de embarazo en la adolescencia, más de 9000 se embarazaron, de las cuales 8000 eran menores de 16 años y 2200 menores de 14(2). Ni siquiera Europa está exenta de este problema donde las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña.

*Kegelers* realizó una encuesta en la Universidad de Berlín y encontró resultados análogos a los nuestros en cuanto a esta variable ya que el 33% de los casos estudiados por él presentaron conductas inadecuadas las que tenían el antecedente de la no convivencia con sus padres. *Grassel* en encuestas realizadas a estudiantes de la Universidad de Berlín encontró que el 78,8% de los educandos habían recibido conocimientos sobre sexualidad a través de sus compañeros, revistas y otros medios, solamente el 31,2% a través de sus padres. Un trabajo publicado en Londres por *Grassel* y *Barkes* en 1990, recoge que 6 de cada 10 adolescentes que eran madres antes de los 20 años enfrentan la maternidad sin el apoyo y comprensión de su cónyuge(6).

Al abordar esta situación sobre la utilización del anticonceptivo y el embarazo precoz se puede apreciar que el 68,0% de la población estudiada no usaba ningún método anticonceptivo siendo más evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron, mientras que en los controles esto se comportó en un 44,0%. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 (6,7).

Las Organización Mundial de la Salud y la Organización de Naciones Unidas (ONU) informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70% de las adolescentes que tiene un hijo afirman no haberlo deseado (3,5).

Las adolescentes, son las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de siete años de educación escolar (6).

En los Estados Unidos las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales en el 56% de esta población, mientras que los varones la cifra corresponde a un 73% ocupando el primer lugar en embarazos en la adolescencia, dentro de los países desarrollados, a pesar de que en los países europeos la actividad sexual comienza en edades más tempranas (7).

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres, lo que equivale a 22.5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los tres millones aproximadamente de nacimientos de madres adolescentes (6-8).

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa.

Con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales (8).

Debemos añadir que alrededor del 25% de las madres solteras son adolescentes, si añadimos que entre el 60 y el 70% de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno (9).

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el

transcurso del primer año de vida. Además en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento y las del feto que engendra (5).

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 o 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptadas (5).

Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad, por lo tanto, la educación sexual que recibe viene a través de personas muchas veces desinformadas (8,9).

En Cuba el 8% de la población es menor de 20 años y el riesgo de tener hijos con peso al nacer inferior a los 2500g es casi 2 veces superior para estas madres en comparación con las de más edad (10).

En Cuba los demógrafos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad, y señalan que las mujeres están pariendo en edades cada vez más tempranas (15). Según datos registrados en el Anuario Estadístico de Salud de 2014, la tasa de fecundidad en menores de 20 años era entonces de 51,6 por cada mil mujeres de ese grupo de edad, más del 15 por ciento de la fecundidad total del país. En relación con el tema, otros resultados significativos los aportó el viernes último Daylín Cecilia Rodríguez Janiqué, joven investigadora del Centro de Estudios Demográficos (Cedem) de la Universidad de La Habana, en el XIII Taller de resultados Diálogos sobre juventud, organizado por el Centro de Estudios sobre la Juventud (CESJ) (12).

Reveló que en las provincias orientales, y en particular, en Granma, Las Tunas y Holguín se registran la mayoría de los casos de adolescentes grávidas. Puntualizó además que, a nivel nacional, se evidencia un ligero incremento de la fecundidad adolescente en el grupo etéreo comprendido entre diez y 14 años, mientras que se aprecia una leve disminución del fenómeno entre las edades de 15 a 19 años (13).

El municipio Ciro Redondo no queda exento de esta realidad mostrando cifras alarmantes de embarazo en la adolescencia, las cuales se corresponden con el 30% del total de embarazos (15). Durante el período de Septiembre de 2014 a Septiembre de 2015 se reportaron un total de 86 captaciones de embarazos en adolescentes entre los 12 y 19 años en el municipio, además hubo una estadística de 72 regulaciones menstruales reportadas para un total de 158 embarazos en adolescentes, de estos 94 correspondieron al Consejo popular Este del municipio Ciro Redondo. El aborto en la adolescencia constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad, y no está exento de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias, enfermedad inflamatoria pélvica e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. Se considera que un millón de jóvenes entre 15 y 19 años se embarazan cada año y de ellas el 40 % terminan la gestación mediante el aborto. Datos oficiales del Ministerio de Salud (MINSAP) revelan que en el año 2012 se realizaron en el país 22 424 abortos inducidos solo en adolescentes entre las edades entre 15 y 19 años (15).

Debido a estas cifras alarmante fue que se decidió encaminar la intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en esta zona, sobre todo en la ESBU Felipe Poey Aloy.

**Problema científico:** ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia en el consejo popular este del municipio Ciro Redondo?

**Objeto de Estudio:** Nivel de conocimientos acerca del embarazo en la adolescencia.

**Hipótesis:**

Si desarrollamos una intervención educativa se incrementará el nivel de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en la población estudiada, disminuyendo su elevada incidencia.

**Novedad científica:**

La novedad está dada a partir de que el resultado de esta investigación, permitirá implementar un programa educativo acerca de embarazo en la adolescencia, contribuyendo a incrementar el nivel de conocimientos de la población adolescente. Permittiéndonos de ese modo disminuir las complicaciones del mismo en esta etapa de la vida y evitar los trastornos para la salud del futuro bebé. Mejorando de esta forma la calidad de vida de los púberes.

## **OBJETIVOS:**

**General:** Elevar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia y su prevención en los adolescentes de la ESBU Felipe Poey Aloy perteneciente al consejo popular este del municipio Ciro Redondo.

### **Específicos:**

- Caracterizar a los adolescentes según las siguientes variables: edad, sexo, edad de inicio de las relaciones sexuales, antecedentes de embarazos, fuentes de obtención de la información.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia
- Implementar un programa educativo de capacitación con vistas a incrementar los conocimientos en los adolescentes sobre embarazo en esta etapa de la vida.
- Evaluar la efectividad de la intervención educativa en la modificación del nivel de conocimientos sobre embarazo en la adolescencia.

## **MARCO TEORICO**

Hoy, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años. Aproximadamente un tercio tienen entre 10 y 24 años; de ellos, un 80 % viven en países en desarrollo. Estos valores considerables de la población joven deben continuar incrementándose, entre ellos la caracterizada como población adolescente (10-19 años) estará en el 2020 sobre los 1200 millones de habitantes, alrededor de un 15 % de la población mundial. En este marco en América Latina, la población adolescente después de haberse duplicado entre 1960 y 1980, llegará a ser superior a los 120 millones de habitantes para esta fecha (11-13).

Indiscutiblemente la adolescencia y sus problemas, es un fenómeno asociado al mundo actual, inclusive su conocimiento e importancia demográfica, cultural, psicosocial y económica es algo relativamente reciente (16.-17).

La adolescencia es una faceta más de autodescubrimiento, de clarificación de la identidad y lógicamente, de construcción y maduración. Mientras el adolescente aprende a conducir y manejar sus diferentes posiciones es muy posible que se enfrente a choques, confrontaciones, cambios en el comportamiento, sumado a esto las pocas oportunidades otorgadas; por esta razón pueden ser censurados y sancionados socialmente y calificados de improductivos, dependientes y desadaptados al medio (17, 18).

El grupo etéreo denominado adolescencia transcurre aproximadamente, de manera flexible, según algunos autores entre los 10 y 20 años (12). La primera parte de este período de desarrollo de la personalidad abarca hasta alrededor de los 15 años y recibe el nombre de adolescencia temprana, mientras que la siguiente cuyo límite se enmarca aproximadamente en los 20 años, o en el momento de la inserción en la actividad laboral, según muchos autores se denomina adolescencia tardía o juventud (19).

Según cifras establecidas, aproximadamente el 25 % de la población mundial y el 10 % de la cubana se ubican en las edades enmarcadas en la adolescencia y han adquirido la capacidad reproductiva, capacidad que suele ser mal manejada por

muchos de ellos, en tanto, por lo general, no se les ha preparado para ser capaces de hacer un adecuado ejercicio de sus nuevas potencialidades sexuales, sin correr riesgos innecesarios (20).

La Organización Mundial de la Salud y otros, brindan datos elocuentes sobre el crecimiento de los y las adolescentes en muchos países del mundo, y la presencia de trastornos como: las relaciones sexuales prematuras, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA, la nupcialidad o las uniones consensuales sin la requerida madurez, los embarazos, la maternidad y paternidad temprana y los abortos, sin que podamos olvidar las consecuencias más o menos graves que para ellos y ellas, su familia y su contexto social implican estos fenómenos negativos (21).

Para una adolescente, un embarazo no planificado puede tener consecuencias graves; por ejemplo el compañero la puede abandonar, la pueden expulsar de la escuela, puede perder su trabajo, puede que su familia pierda el honor si no está casada, o puede sufrir enfermedades o morir (21-22).

A pesar de los esfuerzos por prevenir los embarazos en la adolescencia, estos se están incrementando por todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud, indican que anualmente nacen aproximadamente 17 millones de niños, de jóvenes entre 15 y 19 años, estudio de investigación señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo común de la vida de los adolescentes, y que no se puede considerar como una posibilidad remota limitada a un pequeño número de adolescentes inmorales o promiscuos (23-24).

El incremento de embarazos y los partos en edades temprana constituye un problema universal, pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes paren anualmente. En Cuba esta problemática lleva un ritmo creciente, ya que el 23 % de nuestra población se halla incluida en esta importante categoría, pero en ello está influyendo además las modificaciones en el aparato genital, unido a los avances de la época actual y a las magníficas condiciones sociales de libertad e igualdad que rigen en nuestros medios, donde los jóvenes de uno u otros sexos participan en múltiples actividades educativas, políticas, deportivas, recreativa, etc., que facilitan y estrechan las relaciones sociales

entre ellos. Sin embargo, muchas veces estos muchachos ven truncado su porvenir por tener que asumir grandes responsabilidades para los que aún no se encuentran preparados, ni poseen las condiciones materiales ni espirituales para enfrentarlas, entre las cuales figuran la maternidad precoz, por carecer de la preparación biológica, psicológica y social requerida para el ejercicio de estas funciones (24,25).

En la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura y en la adolescencia tardía habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito. A diferencia del adulto, las actividades sexuales del adolescente suelen ser esporádicas, con períodos prolongados durante los cuales el adolescente permanece en abstinencia. Muchos mantienen lo que se denomina una “monogamia seriada”, con enamoramientos intensos y apasionados pero de duración más corta que la del adulto. Son más frecuentes las disfunciones sexuales, que pueden guardar relación con: temor al embarazo, a ser descubiertos, conflictos de conciencia o actuar bajo presión de la pareja. También incluyen las condiciones en que muchos adolescentes mantienen relaciones sexuales de forma incómoda y rápida (en los asientos de un coche, en un rincón oscuro de una discoteca o de la calle, en los cines, etc.) (11,20.21).

Preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en nuestra sociedad puede estar favorecida por el inicio muy precoz de la actividad sexual. Se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar permisivo como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conducen a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. Los hijos de padres moderados en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos son los que inician más tarde las relaciones sexuales. Por otro lado se ha observado una asociación entre inicio precoz de las relaciones sexuales en las adolescentes (15 años o antes) y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta (actitud negativa hacia su propio cuerpo, conducta fuera de normas, fracasos en los estudios, etc) (26,27).

De acuerdo a una investigación recientemente, que abarcó un total de 833 adolescentes, el 90 % había iniciado ya sus relaciones cóitales y de ellos más del 60 % incluso antes de los 17 años (28).

El Instituto de Seguro Social y el Instituto Nacional de Cancerología realizaron en Colombia en el 2003 la Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas para explorar los conocimientos de riesgo para la salud en los adolescentes entre 12 y 17 años encontrando que el 17 % de ellos había tenido coito, siendo mayor en los varones que entre las hembras, la edad promedio para la primera relación sexual fue 13 años en varones y 14 en adolescentes femeninas. Del total de la muestra que había tenido coito, el 52 % había quedado embarazada (29).

Los adolescentes reciben conocimiento de relación sexual por diferentes vías, pero desafortunadamente hasta el momento ninguna ha logrado el ansiado objetivo de que los jóvenes tengan una conducta sexual responsable (30).

Si la anticoncepción en la adolescencia se acompaña de una adecuada educación sexual, los beneficios son mayores que los riesgos; por lo tanto debe considerarse la anticoncepción como un pilar fundamental en la batalla por la reducción de la incidencia del embarazo en las adolescentes y sus negativas consecuencias (31,32).

Es globalmente aceptado que más del 50 % de los embarazos en adolescentes ocurren en los primeros seis meses posteriores a su primera relación sexual, por los que podemos comprender lo importante que es el conocimiento de la anticoncepción en ese grupo poblacional (33).

En estudios revisados, hemos encontrado que sólo el 23 % de las adolescentes embarazadas deseaban la gestación, sólo una de cada cinco que no deseaba el embarazo había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos, y alrededor del 50 % era del criterio de que ellos no tenían la posibilidad real de embarazarse en una relación no protegida (34).

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación, debemos tener en cuenta la existencia de múltiples reportes que plantean que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, se estima un incremento de un 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19.

Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60 % de estas gestaciones ocurren en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales (35).

Por último y no menos importante, debemos resaltar que alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y el 50 % de las madres solteras son adolescentes. Si añadimos a esto que el 60-70 % de esos embarazos no son deseados podemos comprender, perfectamente los efectos psicosociales de ese fenómeno por lo que se ha relacionado con el incremento del suicidio y la drogadicción (36,37).

En condiciones de amplio acceso de métodos anticonceptivos eficientes y de posibilidades de superación profesional para las mujeres jóvenes que condicionan en general que sea poco deseable convertirse en madre soltera en edades tempranas, los niveles de embarazo se mantiene elevados, lo que puede ser consecuencia de deficiencia en el uso efectivo de métodos anticonceptivos (38).

Estudios realizados señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un rasgo común de la vida de los y las adolescentes y que no se puede considerar como una posibilidad limitada a un pequeño número de adolescentes inmorales o promiscuos (39).

Algunos autores plantean que sobre la sexualidad llama la atención que actualmente la mayoría de los adolescentes tienen sus relaciones sexuales muy precozmente, antes de los 15 años (más de 56.6 %), así como que ninguno usa anticonceptivos en su primera relación sexual. Todos estos aspectos los hacen un grupo muy vulnerable en la salud reproductiva (40).

Existen sexólogos que señalan el uso de anticonceptivos como favorecedores del incremento de la promiscuidad sexual, produciéndose un cuestionamiento moral de la difusión del uso de los mismos. Quienes defienden este criterio plantean que la pérdida del temor al embarazo provocada por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y confiables, ha provocado un aumento en el número de adolescentes con relaciones sexuales activas, así como en la promiscuidad de estas relaciones, con el consiguiente incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (40,41).

Otros prueban que antes de la era anticonceptiva existían dos grupos bien definidos,

los adolescentes sexualmente activo y aquellos que no lo eran. Con el advenimiento de los anticonceptivos la conducta del primer grupo no se afecta, salvo por la reducción del número de hijos y en la edad de las madres, pero el segundo grupo sufre modificaciones, pues un grupo de estos adolescentes conscientes de las ventajas de la anticoncepción pueden disfrutar de una actividad sexual variable sin el temor al embarazo lo que sí puede incrementar la promiscuidad con sus riesgos morales y médicos siempre que la anticoncepción no se acompañe de una adecuada y precisa educación sexual (42).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto es que debemos plantearnos que a la hora de la indicación o no de la anticoncepción en la adolescencia debemos tener en cuenta tanto los peligros médicos del embarazo como las ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligro de los métodos anticonceptivos en esta etapa de la vida (43).

Los sentimientos y emociones que acompañan a la pubertad y sexualidad del adolescentes son diversos y marcados por “mitos” o “creencias” que evocan desde su etapa infantil, muchos a veces reforzados por la desinformación que obtienen al intentar conocer detalles que le expliquen su sentir, de allí que muchas de sus interrogantes quedan en el aire, generando angustias, de no ser bien orientados pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana. El inicio de las relaciones sexuales constituye un paso primordial en la vida adolescente. En la mayoría de los casos, estas relaciones se dan desde la espontaneidad, es decir, llegan y acontecen sin planificación. Lo que puede ser visto como una cualidad que enriquece la ternura y el amor, también posee connotaciones de tragedias porque suele ser la causa de embarazos y enfermedades. Pero también puede haber efectos a nivel emocional y psicológico (44).

Las consecuencias emocionales del sexo en la adolescencia dependen mucho de las razones para tenerlo. Es muy diferente tener relaciones sexuales producto de las presiones sociales, grupales o de la pareja, que tenerla con base en una decisión personal en la cual hemos tenido en cuenta los riesgos a los que nos enfrentamos. Valdría la pena entonces preguntarse si a la hora de tener sexo estamos manejando la situación, o la situación nos está manejando a nosotros (45).

Muchos autores plantean que el desagrado es uno de los sentimientos que se manifiesta con mayor frecuencia en las primeras relaciones sexuales de los adolescentes, señalando que su aparición está condicionada a la presencia de una serie de factores tales como: que la muchacha seda contra su voluntad a las presiones ejercidas por el novio, lo que le hace experimentar miedo; la preocupación por condiciones externas inadecuadas, pueden ser sorprendidos, temen a que los padres lo sepan, y esta situación llevará al miedo, rechazo y bloquean los sentimientos reflejos del apareamiento, apareciendo junto con el temor la inseguridad, la culpa y el desagrado. Estos sentimientos negativos experimentados muy profundamente y/o reiteradamente pueden ser causa de disfunciones sexuales posteriores (46).

El desinterés o ignorancia acerca de los métodos de control de natalidad y enfermedades de transmisión sexual, contribuye a la aparición de problemas de orden físico, psicológico y social. Y así, el número de adolescentes embarazadas y la incidencia de las enfermedades venéreas está aumentando (47).

El embarazo en la adolescencia es una de las problemáticas de salud reproductivas más sentidas en la sociedad mundial 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo una quinta parte de todos los nacimientos del mundo. La gran mayoría viven en países en desarrollo en América Latina y el Caribe, a pesar de que el número de nacimientos entre mujeres de todas las edades ha descendido, entre las adolescentes ha aumentado. Las adolescentes del Caribe y América Latina son responsables por un millón y medio de nacimientos cada año. En zonas rurales de los países andinos, casi la mitad de las mujeres tienen un hijo antes de cumplir veinte años de edad. En Latinoamérica las adolescentes menores de 15 años tienen 70000 niños por año. Se considera que los adolescentes no tienen aún una preparación y maduración fisiológica y psicológica para enfrentar una maternidad. Existe una necesidad imperiosa de incorporar a los adolescentes como un grupo especial en las políticas de salud y planificación familiar (43,48).

Los jóvenes no aprenden los mecanismos esenciales que tiene que ver con la reproducción, ni están estructurados para que utilizando su autonomía y toma de

decisiones puedan extrapolar dichos conceptos de la vida cotidiana. Un estudio realizado por María Álvarez en Chile, permite asegurar que las adolescentes saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre pueden procrear y saben mucho menos sobre maternidad y paternidad responsable (35,40).

Con los cambios sociopolíticos, la mayor independencia de los jóvenes nos enfrenta en forma creciente con los problemas de la sexualidad adolescente. Cuando los niños se acercan a la pubertad, sus intereses son complejos, para satisfacer apropiadamente esos requerimientos los padres deben prepararse con esmero, pues la educación de los adolescentes tiene que incluir información sexual amplia (37,39).

Actualmente, si tenemos en cuenta los cambios sustanciales que se dan en los adolescentes desde el punto de vista biopsicosocial que los confunde y tiene implicaciones serias en su manejo educativo; además que el sexo es una motivación fuerte en esta edad; no sería difícil entender que brindándoles apoyo, confianza y seguridad desde edades tempranas a estos individuos los ayudaríamos a enfrentar esa etapa y esas transformaciones sin mayores complicaciones (37,42).

Según estudios realizados los adolescentes carecen de conocimientos bien fundamentados sobre la sexualidad, lo que acarrea diferentes trastornos relacionados con ella en esta etapa de la vida. En cuanto a la planificación familiar se plantea que muchos pueden recitar de memoria los métodos anticonceptivos de planificación familiar, pero carecen de adiestramiento necesario para su correcto uso en caso de tener coito (38).

En los servicios de salud, la educación sanitaria desempeña una importante función en el control de la sexualidad. Sin embargo, en la mayoría de las regiones del mundo, la educación formal sobre cuestiones sexuales no existe, es insuficiente o se imparte en un momento demasiado tardío de la adolescencia.

Hay algunas excepciones notables. Suecia, fue el primer país que estableció la educación sexual oficial y obligatoria en todas las escuelas (32).

En Cuba, la política educacional y de salud incluye programas de educación sexual en todos los niveles de enseñanza. En estos programas se hace énfasis en los riesgos del embarazo en la adolescencia y en el uso de anticonceptivos para evitarlos, así como el conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (39).

El servicio de salud para todos engendra excesiva confianza, asociado a la idealización del médico y la tendencia a los adolescentes a continuar depositando la responsabilidad de su propia salud en los adultos, sin que se promueva en ellos un comportamiento responsable con respecto a la conservación de su salud (33).

El personal a cargo de la educación sexual de los adolescentes no puede olvidar que constituye un complejo proceso que demanda el esfuerzo activo de todos, pero especialmente el Médico de la Familia, por su influencia como orientador en la comunidad y su directa interrelación con los adolescentes en su área de atención (40).

El programa del Médico de la Familia constituye un soporte básico de la Educación Sexual y Salud Reproductiva. En su programa de trabajo se afirma que el médico es el máximo responsable de la salud de los individuos, expresión con la que no coinciden algunos autores y a la cual nos sumamos nosotros, puesto que consideramos al igual que ellos que la salud se concebirá como un valor en la medida que se asuma como responsabilidad individual. También se le adjudica a este profesional, cosa con la que sí coincidimos; un rol como educador de la comunidad, como orientador de jóvenes y adolescentes, y como interlocutor confiable para abordar esta delicada esfera de salud en la población. Es por ello que en el Programa de Trabajo del Médico de la Familia se plantea la promoción de salud como un objetivo específico y dentro de ella instruir a la población en el conocimiento de la sexualidad humana y la planificación familiar, así como los riesgos de la promiscuidad sexual y embarazos en adolescentes (41).

Estudiosos del tema plantean que sólo un proceso de educación sexual participativo que los involucre y comprometa en su propia formación, desarrollo que los capacite para ellos protagónicamente, tomando de manera progresiva en la medida en que logra la madurez para ellos las riendas de su vida, con una profunda conciencia crítica de la trascendencia de sus actos, potenciarán en las y los adolescentes, el desarrollo de una sexualidad plena, auténtica y responsable (42).

En fin se trata de prepararlos para que sean capaces de ejercer su derecho a la libertad de elección, de formar su propio proyecto de vida sin perder de vista las responsabilidades que con ellos llevan ante sí mismo y los demás, sus actos y decisiones (34,43).

La educación de la sexualidad de la joven generación y en particular en las y los adolescentes comienza con la sensibilización de los propios adolescentes y educandos en la interiorización de la necesidad de prepararlos con efectividad para enfrentar cada vez de manera más independiente esta trascendental área de su vida (44).

Actualmente existen varios modelos de prevención de embarazo en la adolescencia, los prematuros tienden a enfocarse en un procedimiento particular al tema del embarazo en la adolescencia, o utilizan una combinación de uno de ellos. La gran mayoría de estos programas de prevención de embarazo en la adolescencia utilizan métodos que típicamente se ajustan dentro de las siguientes categorías: (45).

- Programas de educación para la abstinencia: va encaminado a estimular a los jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduros y preparados para manejar la actividad sexual de forma responsable y hasta que se sientan capaces de manejar con responsabilidad un posible embarazo.

- Programa basado en el conocimiento: dirigido a enseñar a los adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales y suministrar información sobre los métodos anticonceptivos.

- Programa con enfoque clínico: que brindan un acceso más fácil a la información, asesoramiento médico y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas funcionan a través de clínicas ubicadas en la escuela que ofrecen una gama completa de servicios de salud ambulatorios.

- Programa de asesoramiento: Que generalmente involucran a adolescentes mayores, conocidos y respetados dentro de su comunidad con el fin de promover discusiones que exploren los sentimientos y actitudes acerca del manejo de las urgencias físicas confrontadas en las relaciones sentimentales. Así pueden luego animar a otros adolescentes resistirse a las presiones impuestas por sus compañeros y por la sociedad para iniciar su vida sexual.

Con el cumplimiento de estos programas de educación sexual, con el mejoramiento del programa de planificación familiar y la aplicación de eficaces medidas

anticonceptivas dirigidas a la población con riesgo y a los adolescentes, podemos tratar de solucionar estas situaciones, pero sin olvidar que constituye un complejo proceso que demanda el esfuerzo activo de todos , pero especialmente del Médico de la Familia, por su influencia como orientador en la comunidad y su directa interrelación con los adolescentes de su área de atención(35,46).

Finalmente consideramos, que las acciones de promoción de salud que favorezcan la conducta sexual responsable, que pretendan disminuir el embarazo y el aborto en la adolescencia requieren responsabilidades y esfuerzos compartidos entre los individuos, las familias, las organizaciones sociales, el sistema de salud y el sistema educacional (33).

Los programas de promoción de salud deben promover cambios en los niveles individual, grupal y social. Todos son componentes de un sistema de factores determinantes de la salud, y no tener en cuenta este aspecto conduce a soluciones parciales, o a dejar el problema en similares condiciones (47).

Si el uso consciente y responsable de medios anticonceptivos para evitar embarazos inoportunos es la forma más apropiada de planificación familiar, tenemos que aceptar que no estamos aplicando satisfactoriamente las posibilidades existentes. No se trata de limitar el acceso al aborto, prohibirlo o ejercer presión sobre la mujer que lo solicite, pues el derecho tiene que respetarse, es inviolable. Nuestra obligación es disminuir la incidencia de embarazo en esta etapa de la vida mediante la implantación de medidas educativas coordinadas y combinadas con la accesibilidad a una amplia gama de métodos anticonceptivos para toda la población. La situación actual constituye un reto para nuestro Sistema Nacional de Salud (48).

## **MATERIAL Y MÉTODO:**

**Clasificación de la investigación:** Intervención educativa.

Se realizó un estudio pre-experimental antes y después de la intervención educativa, en la población adolescente perteneciente a la ESBU Felipe Poey Aloy del municipio Ciro Redondo, provincia Ciego de Ávila, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia, en el período comprendido entre septiembre del 2015 a septiembre del 2016.

El universo del trabajo quedó constituido por los 120 adolescentes de 8vo grado de la ESBU Felipe Poey Aloy, se realizó un muestreo aleatorio estratificado quedando conformada la muestra por 64 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

Al inicio de la investigación se informó debidamente a los participantes sobre las características de la investigación, el respeto a la información brindada y su privacidad, la beneficencia y utilidad del estudio, el cual no pondría en riesgo su vida, así como se requería la voluntad de participar en el mismo, la cual quedó plasmado por escrito en el consentimiento informado.

### **Criterios de inclusión:**

- Voluntariedad del Adolescente.
- Permanencia en el área durante el tiempo que dure la investigación.
- Que esté apto mentalmente para participar en la investigación.
- Que no abandone la sesión de clases
- Adolescentes entre 13-15 años.

### **Criterios de exclusión:**

- Que no cumpla con los criterios de inclusión antes señalados.
- Que no desee continuar con la investigación.
- Adolescentes con trastornos psicológicos o de otra índole que pudiera afectar el proceso educativo.

### **Criterios de salida:**

- Abandono voluntario del proceso educativo.
- Ausencia a 2 sesiones o más del proceso educativo de forma consecutiva.

### **Métodos de obtención de información**

Se emplearon métodos empíricos (cuestionario), teóricos (análisis y síntesis, histórico - lógico, inducción y deducción) y estadísticos que permitió recoger, analizar, interpretar y presentar toda la información a través de medidas de frecuencias.

El método analítico-sintético se utilizó para el conocimiento profundo de la información obtenida a partir de los instrumentos aplicados y de la bibliografía revisada; así como para resumir los aspectos esenciales de las mismas.

Se utilizó para realizar inferencias entre lo general y lo particular a partir de la información obtenida por los instrumentos aplicados, así como mediante la búsqueda bibliográfica que sirvió de fuente a esta investigación. Estos métodos permitieron elaborar juicios y conclusiones de utilidad durante el desarrollo de la investigación.

Se aplicó un cuestionario a la muestra en estudio, previamente diseñado por el investigador y el tutor del cual se obtuvo los datos iniciales para esta investigación. (ANEXO 1).

La técnica de recolección de la información usada fue la encuesta, la cual constó de dos partes, y de acuerdo a los objetivos propuestos, en la primera se confeccionó un cuestionario de datos primarios, el cual sirvió de guía para recoger los datos de los adolescentes e identificar necesidades reales de aprendizajes, fue validado en un estudio piloto previo (Anexo 1). La segunda parte “encuesta de conocimientos” se aplicó con el objetivo de medir el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el tema (Anexo 2) y para su calificación se confeccionó una escala de evaluación (Anexo 4).

La intervención educativa se confeccionó en base a las necesidades sentidas y reales de aprendizaje de los adolescentes, se realizó un programa de intervención que dio salida a dicha problemática (Anexo 3). La misma tuvo un periodo de duración de tres meses con un total de 8 encuentros, con una frecuencia semanal y una duración de las actividades de 45 minutos. Se utilizaron demostraciones, prácticas, videos –

debates, análisis y discusión grupal, paneles y otras actividades de participación con las adolescentes.

### Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización de las variables		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	De 13 a 14 años. De 15 años	Recogió la edad del paciente expresada en años.	Número y porcentaje según grupo de edades.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Femenino Masculino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número y porcentaje según categorías de pertenencia.
Edad de inicio de las relaciones sexuales.	Cuantitativa continua.	De 11 a 13 años De 14 a 15 años	Recogió la edad de los adolescentes expresada en años.	Número y porcentaje según grupo de edades.
Antecedentes de embarazo.	Cuantitativa continua.	Con antecedentes. Sin antecedentes.	Se consideró toda presencia de un embarazo sin importar el final del mismo.	Porcentaje según categorías.
Fuentes de obtención de la información.	Cualitativa nominal.	Escuela, Amigos Padres, Libros Medios de comunicación masivos Médico familiar	Se evaluó todas las fuentes referidas por el adolescente de los cuales habían recibido información sobre el tema.	Porcentaje según categorías.
Uso de métodos anticonceptivos.	Cualitativa nominal.	Usan No usan	Se consideró el uso de los anticonceptivos en la actualidad o momento en que se realizó la investigación.	Porcentaje según categorías.
Necesidades sentidas de aprendizaje.	Cualitativa nominal.	-Edad óptima de salir embarazada. -Riesgos de quedar embarazada. -Complicaciones del embarazo en la adolescencia. -Aborto como método anticonceptivo. -Juegos sexuales y embarazo. -Posibilidad de quedar embarazada en el primer coito.	Se consideraron aquellas deficiencias en el conocimiento detectadas en la encuesta aplicada y se evaluaron antes y después de la intervención.	Porcentaje según categoría
Nivel de conocimiento sobre el tema antes y después de la intervención.	Cualitativa nominal.	Elevado: 90-100% Medio: 80-89% Bajo: 70-79% Nulo: Por debajo de 60%	Se clasificó teniendo en cuenta el porcentaje de interrogantes que fueron capaces de responder.	Porcentaje según categoría.

La técnica de procesamiento de los datos fue computacional con el Empleo de una PC i3, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP y las tablas en Excel XP donde se estableció como unidad de resumen de la información el porcientos. Se aplicó una prueba de significación estadística (Mc Nemar), para evaluar todas las variables estudiadas antes y después de la intervención educativa, se rechazó la hipótesis nula si el Ji cuadrado calculado u observado fue mayor o igual al Ji cuadrado tabulado. Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados para la investigación.

### **Aspectos éticos**

Para realizar la investigación nos basamos en los principios éticos médicos, informándole a cada paciente de forma verbal y por escrita de los objetivos del estudio, sus beneficios y la ausencia de riesgos a que se exponían, además de los derechos que tendrían y la voluntariedad de participar en el estudio o de abandonar cuando así lo consideren; manteniendo la máxima discreción, profesionalidad, respeto y atención al paciente, el cual al querer participar en el estudio nos dio su consentimiento de forma escrita a través del modelo de consentimiento informado.

(Anexo 5)

Se confeccionó un Informe Final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Vice-Decanato de Investigación y Post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

## **Análisis y discusión:**

Intervención Educativa sobre el embarazo en la adolescencia 2015-2016.

Tabla 1: Distribución de la población estudiada según edad y sexo

Grupo de edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
De 13 a 14 años	26	89.6	33	94.3	59	92.2
De 15 años	3	10.4	2	5.7	5	7.8
<b>Total</b>	29	100.0	35	100.0	64	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla 1, se muestra la distribución de los/las adolescentes según la edad y sexo en la ESBU Felipe Poey Aloy del consejo popular este del municipio Ciro Redondo. Se observó que de los 64 alumnos en estudio existe un predominio de los adolescentes del sexo femenino (35) sobre el masculino (29), siendo la edad de 13 a 14 años la muestra más representativa (92.2%), constituyendo la edad de 15 años solo un 7.8%.

Prevalece la edad de 13 a 14 años en el estudio realizado debido a que fueron escogidos estudiantes del 8vo grado con los cuales se habían realizado encuentros previos sobre otros temas y como grupo básico de trabajo ya teníamos conocimiento de que en este grupo etáreo había antecedentes de adolescentes que ya eran madres.

En Cuba, igual que en los países desarrollados existe una tendencia a la reducción de la edad menárquica. Este proceso provoca el despertar temprano de necesidades sexuales sobre todo biológicas y arribo a la primera relación sexual precozmente, generalmente sin suficiente preparación para afrontar de manera responsable y consecuente esta experiencia (18, 42).

Estudios realizados por todo el mundo ha demostrado que debido a este proceso cada vez más temprano comienzan las relaciones sexuales propiciando que existan

muchas niñas teniendo niños sin tener apoyo paterno, como un estudio realizado en México donde se mostraron cifras de 2000 adolescentes de 11 años que ya eran madres a principios de este año.

Tabla 2: Distribución de los adolescentes en correspondencia con la edad de las primeras relaciones sexuales.

Edad (años)	Nº	%
De 11 a 13 años	39	61.0
De 14 a 15 años	25	39.0
Total	64	100.0

Fuente: Encuesta

En la tabla N°.2 analizamos la edad a la que comienzan las relaciones sexuales los adolescentes que participaron en nuestro estudio y encontramos que el 61.0 % comenzaron sus relaciones entre 11 y 13 años de edad y el 39.0% iniciaron relaciones sexuales a partir de los 14 años y más, este hecho está totalmente de acuerdo con encuestas y estudios realizados en nuestro país y en Latinoamérica, donde se ve, como la edad de comienzo de las relaciones sexuales cada vez se reduce más, lo cual unido al desconocimiento en cuanto a Salud Reproductiva que poseen a esta edad, hace que no se tomen las debidas medidas de protección, no sólo para evitar embarazos no deseados, sino también las ITS(Infecciones de Transmisión Sexual). Un estudio realizado en Chile, permite aseverar que las adolescentes femeninas saben muy poco acerca de la edad en que la mujer y el hombre puedan procrear y saben mucho menos sobre maternidad y paternidad responsable (1, 4, 10, 11,13). Otro estudio realizado en Ecuador demuestra que este echo está unido al bajo conocimiento por parte de los padres sobre la sexualidad lo que lleva al púber a buscar respuestas con otros adolescentes haciendo esto de múltiples maneras una de ellas es el descubrimiento de sus órganos genitales y el posterior inicio de las relaciones sexuales.

Tabla 3. Distribución de las adolescentes femeninas con antecedente de embarazos.

Nº de embarazos	Nº	%
Sin antecedentes	20	57.1
Con antecedentes	15	43
Total	35	100.0

Fuente: Encuesta

En la Tabla No.3 observamos un hecho que va estrechamente vinculado a la temprana fecundidad y es que el 43% de las adolescentes admitió haber tenido antecedente de embarazo y el 57.1 % sin antecedentes. Los resultados que se observan en la tabla traducen sin lugar a dudas los problemas que aún persisten en el control del riesgo preconcepcional de este importante grupo de alto riesgo lo cual hace que estos eventos no se presenten como fenómenos aislados sino que se producen con frecuencia cada vez mayor con la consiguiente morbilidad y mortalidad a la que se asocian.

Aquí también se puede observar el desconocimiento sobre los riesgos de practicarse un aborto, creyendo algunos que el mismo es un método anticonceptivo. La falta de trabajo por parte de los médicos del consultorio familiar con estos adolescentes es un factor por el cual tampoco conocen los diversos métodos anticonceptivos que tienen a su alcance para evitar un embarazo no deseado.

Tabla 4: Distribución de las vías por las que los adolescentes recibieron la información.

Vía de información	Recibieron	%
Escuela	10	16.0
Amigos	20	31.2
Padres	9	14.0
Libros	8	12.5
Medios de comunicación	11	17.2
Médico de familia	6	9.4
Total	64	100.0

Fuente: Encuesta

En la Tabla N° 4 aparecen las principales vías por las que refieren los adolescentes obtienen información sobre salud reproductiva. Es de notar que la vía por la que recibieron la información, los amigos aparece en primer lugar con 31,2 % y el equipo básico de trabajo del consultorio médico familiar aparece en el último lugar con solo un 9.4% lo que demuestra el pobre trabajo de los mismos con los clubes de adolescentes. También se observa cómo los padres tienen poca influencia en sus hijos con solo un 14% quizás porque les da pena conversar sobre estos temas o porque no saben cómo orientarlos, qué bibliografía recomendarles o a quien dirigirlos para tratar sobre el embarazo en la adolescencia.

La familia como institución básica de la sociedad se basa en las relaciones de afecto y consanguinidad entre sus miembros, y sus funciones principales son la reproducción, la economía y educación de sus hijos a través de la transmisión de la experiencia histórico social y de los valores de la cultura a los nuevos miembros, así como las tradiciones y normas de la vida social. En investigaciones realizadas con un grupo de adolescentes y jóvenes se pudo comprobar que el carácter repetitivo del aborto se produce entre otras cosas, por la incompleta transmisión de funciones y valores sexuales en el proceso de comunicación familiar. (15,36).

Tabla 5: Distribución de los adolescentes que tienen relaciones sexuales según uso de método de protección.

Método de protección.	Antes	%	Después	%
Usaron	8	12.5	52	81.2
No usaron	56	87.5	12	19.0
Total	64	100.0	64	100.0

Fuente: Encuesta

En la encuesta realizada encontramos que antes de la intervención educativa solo 12.5 % de los adolescente usaron algún método de protección en su primera relación sexual después de la intervención esta cifra varió significativamente pues el 81.2 % comenzó a usar el condón como método de protección en sus relaciones sexuales no solo para evitar un embarazo no deseado sino también para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Estudios realizados señalan que hoy en día la actividad sexual sin protección es un riesgo común de la vida de los y las adolescentes y que no se puede considerar como una posibilidad limitada a un pequeño número de adolescentes inmorales o promiscuos (13,25). En otros estudios los adolescentes refieren que es incómodo usar condón o la muy generalizada frase le hago alergia a los componentes del mismo. En un estudio realizado por psicólogos en Alemania refieren que los adolescentes se encuentran en una etapa donde la inmadurez y la rebeldía los lleva a pensar que pueden enfrentarse solos a situaciones extremas como asumir actitudes frente a un embarazo no planificado o la aparición de una infección de transmisión sexual por lo que deciden no protegerse, otros comentan que no sienten placer.

**Tabla 6.** Necesidades reales de aprendizaje antes y después de la intervención educativa.

Necesidades reales de aprendizaje	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Edad óptima de salir embarazada	50	78.1	0	0
Riesgos de quedar embarazada	54	84.3	12	19.0
Complicaciones de embarazo en la adolescencia	64	100.0	20	31.2
Aborto como método anticonceptivo	40	62.5	8	12.5
Juegos sexuales y embarazo	52	81.2	10	16.0
Posibilidad de quedar embarazada en el primer coito	45	70.3	0	0

Fuente: Encuesta

En la tabla podemos apreciar que las complicaciones de embarazo en la adolescencia fue la temática de mayor dificultad encontrada en la población con las 64 respuestas incorrectas para un 100%. A continuación en orden decreciente encontramos dificultades en riesgos de quedar embarazada (84.3%), juegos sexuales y embarazo (81.2%).

Después de la intervención se lograron diferencias estadísticas significativas pues se eliminaron algunas de las necesidades de aprendizaje en su totalidad, quedando solo 20 adolescentes con dificultades en la temática de complicaciones de embarazo en la adolescencia para un 31.2%, de ellos 10 en juegos sexuales y embarazo tuvieron dificultad, todavía 8 adolescentes consideran que el aborto es un método anticonceptivo considerando que se debe trabajar con estos adolescentes con mayor sistematicidad. Aunque estudios en otros países demuestran que los adolescentes tienen conocimientos nulos sobre todas las consecuencias de iniciar las relaciones sexuales de forma precoz debido a que existen tabúes que todavía no se han eliminado.

Tabla 7: Nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa.

Resultados de la evaluación	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Elevado	0	0.0	44	69.0
Medio	4	6.2	20	31.2
Bajo	6	9.4	0	0.0
Nulo	54	84.4	0	0.0
Total	64	100.0	64	100.0

Fuente: Encuesta

La tabla 7, muestra la distribución de los/las adolescentes según nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa. El comportamiento del nivel de conocimientos de los adolescentes sobre embarazo en la adolescencia fue bajo en la fase inicial del estudio pues evidenció que 54 adolescentes que representaron el 84.4% tenían conocimientos nulos sobre la temática y 10 adolescentes para un 15.6% con un nivel de comportamiento entre medio y bajo; esto se modificó al calificativo de alto luego de aplicado el programa educativo; ya que los adolescentes elevaron el nivel de conocimientos sobre el tema tratado constituyendo el 69.0%. Los resultados arrojados demostraron que con estrategias educativas podemos ampliar y profundizar en la cultura de los adolescentes con el fin de prepararlos para las tomas de decisiones futuras con el objetivo de prevenir un problema de salud que en nuestros días afecta cada vez más a nuestra sociedad.

## **CONCLUSIONES**

La edad predominante en la muestra escogida fue de 13-15 años y el sexo femenino. La edad de inicio de las relaciones sexuales que predominó fue de 11 y 13 años. El mayor porcentaje de los encuestados refiere no usar ningún método anticonceptivo. Antes de aplicar el programa propuesto se demostró la existencia de un bajo nivel de conocimiento acerca de la temática en cuestión. Una vez aplicado el mismo se logró aumentar el nivel de conocimiento de los adolescentes.

## **RECOMENDACIONES**

- Divulgación de los resultados de la investigación
- Incrementar y perfeccionar las acciones de información, educación y comunicación a nivel de la Atención Primaria de Salud, en la que se incorporen los temas de salud sexual y reproductiva; además de la importancia de la comunicación familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Chávez GY. Anticoncepción y responsabilidad sexual en adolescentes varones de la ESBU Felipe Poey Aloy del municipio Ciro Redondo. 2011 – 2012.
2. Vaillant Correoso M, Dandicourt Thomas C, Mackensie S. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer. 2012 [citado 15 Mar 2013];28(2).
3. Pérez Pérez M, Sosa Zamora M, Amarán Valverde JE, Pinto MR, Arias Acosta D. Algunos aspectos relacionados con el conocimiento sobre sexualidad en adolescentes de un área de salud. MEDISAN.2015
4. Alonso Uría RM, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B, Medina Vicente L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011
5. Menéndez Guerrero E. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(3):7-9.
6. Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo BC, Padrón González O, Hernández Hierrezuelo ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas. 2012.
7. Rodríguez Hernández DJ, Morgado Bode YL, Pérez Jiménez EL, Rodríguez Carrasco A, Suárez Ramondi. Caracterización del embarazo en la adolescencia. Barrio La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela. 2011-2012
8. Peláez Mendoza J. Embarazo en la adolescencia, una asignatura pendiente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(4):1.
9. Arés Muzio P. Psicología de familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela. 2011:7.
10. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enfermer. 2012;
11. Acevedo Matos MM. Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke." MEDISAN. 2011;14(7):976
12. Suárez Linares J. Otra mirada al embarazo en la adolescencia Rev Hab Cien Méd. 2011 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-2000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-2000200013&lng=es)

13. Domínguez García L. Psicología del desarrollo Adolescencia y Juventud. La juventud como etapa del camino de la vida. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2011:49.
14. De Jesús Reyes, Cabello Garza ML. Sexualidad y reproducción adolescentes: un estudio sociocultural en un contexto urbano-marginal de Monterrey, nuevo león, México. Rev Sex Soc. 2011(17)45:14.
15. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez V. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". Rev Cubana Med Gen Integr. 2011.
16. Barbòn Pérez OG. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Rev Cubana Hig Epi. 2012;50(2):5-8.
17. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(3)7-9.
18. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (2011). [Family planning: A global handbook for providers: Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration](#) (Rev. and Updated edición). Geneva, Switzerland: WHO and Center for Communication
19. Hanson, S.J.; Burke, Anne E. (21 de diciembre de 2011). [«Fertility control: contraception, sterilization, and abortion»](#). En Hurt, K. Joseph; Guile, Matthew W.; Bienstock, Jessica L.; Fox, Harold E.; Wallach, Edward E. *The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics* (4th edición). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. pp. 382-395. [ISBN 978-1-60547-433-5](#).
20. Black, A. Y.; Fleming, N. A.; Rome, E. S. (2012). «Pregnancy in adolescents». *Adolescent medicine: state of the art reviews* (1): 123-138, xi. [PMID 22764559](#)
21. Canning, D.; Schultz, T. P. (2012). [«The economic consequences of reproductive health and family planning»](#). *The Lancet* (9837): 165-171. [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)60827-7](#). [PMID 22784535](#)
22. Van Braeckel, D.; Temmerman, M.; Roelens, K.; Degomme, O. (2012). [«Slowing population growth for wellbeing and development»](#). *The Lancet* (9837): 84-85. [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)60902-7](#). [PMID 22784542](#).

23. Trussell, James (May 2011). [«Contraceptive failure in the United States»](#). *Contraception* (5): 397-404. [doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021](#). [PMC 3638209](#). [PMID 21477680](#).  
Trussell, James (1 de noviembre de 2011). «Contraceptive efficacy». En Hatcher, Robert A.; Trussell, James; Nelson, Anita L.; Cates, Willard Jr.; Kowal, Deborah; Policar, Michael S. (eds.). *Contraceptive technology* (20th revised edición). New York: Ardent Media. pp. 779-863. [ISBN 978-1-59708-004-0](#). [ISSN 0091-9721](#). [OCLC 781956734](#).
24. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (21 de junio de 2013). [«U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2013: adapted from the World Health Organization Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition»](#). *MMWR Recommendations and Reports* (5): 1-60. [PMID 23784109](#).
25. Van der Wijden, C; Kleijnen, J; Van den Berk, T (2011). «Lactational amenorrhea for family planning». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): CD001329. [doi:10.1002/14651858.CD001329](#). [PMID 14583931](#).
26. Edmonds, edited by D. Keith (2012). [«Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology](#) (8th edición). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell. p. 508. [ISBN 9780470654576](#).
27. Cunningham, F. Gary; Stuart, Gretchen S. (12 de abril de 2012). «Contraception and sterilization». En Hoffman, Barbara; Schorge, John O.; Schaffer, Joseph I.; Halvorson, Lisa M.; Bradshaw, Karen D.; Cunningham, F. Gary. *Williams gynecology* (2nd edición). New York: McGraw-Hill Medical. pp. 132-169. [ISBN 978-0-07-171672-7](#).
28. «Contraception for Adolescents». *Pediatrics*. 29 de septiembre de 2014. [doi:10.1542/peds.2014-2299](#).
29. Mansour, D; Gemzell-Danielsson, K; Inki, P; Jensen, JT (November 2011). «Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature». *Contraception* (5): 465-77. [doi:10.1016/j.contraception.2011.04.002](#). [PMID 22018120](#).

30. Tepper, NK; Curtis, KM; Steenland, MW; Marchbanks, PA (May 2013). «Physical examination prior to initiating hormonal contraception: a systematic review.». *Contraception* (5): 650-4. [doi:10.1016/j.contraception.2012.08.010](https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.010). [PMID 23121820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23121820/).
31. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (2011). [Family planning: A global handbook for providers: Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration](#) (Rev. and Updated edición). Geneva, Switzerland: WHO and Center for Communication Programs. pp. 1-10. [ISBN 978-0-9788563-7-3](#).
32. Mackenzie, James (6 de diciembre de 2013). [«The male pill? Bring it on»](#). *The Guardian*. Consultado el 20 de mayo de 2014.
33. Ammer, Christine (2009). [«oral contraceptive»](#). *The encyclopedia of women's health* (6th edición). New York: Facts On File. pp. 312-315. [ISBN 978-0-8160-7407-5](#).
34. Nelson, Anita L.; Cwiak, Carrie (2011). «Combined oral contraceptives (COCs)». En Hatcher, Robert A.; Trussell, James; Nelson, Anita L.; Cates, Willard Jr.; Kowal, Deborah; Policar, Michael S. (eds.). *Contraceptive technology* (20th revised edición). New York: Ardent Media. pp. 249-341. [ISBN 978-1-59708-004-0](#). [ISSN 0091-9721](#). [OCLC 781956734](#). pp. 257–258:
35. Barbara L. Hoffman (2011). «5 Second-Tier Contraceptive Methods—Very Effective». *Williams gynecology* (2nd edición). New York: McGraw-Hill Medical. [ISBN 0071716726](#).
36. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev Cub Salud Pública*. 2013 [citado 8 Mar 2013];39(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662013000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662013000100015&script=sci_arttext)
- 37.2. Sierra Pérez D, Muñoz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Barceló Montiel Z, Fernández Corona BG, et al. Programa del médico y la enfermera de la familia. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

- 38.3. Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo BC, Padrón González O, Hernández Hierrezuelo ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Cienc Méd. 2012 [citado Feb 2012];16(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm16-1/120112.html>
- 39.6. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enferm. 2012 [citado Ene 2012];28(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100004)
- 40.7. Coto Batista T, García Raga M, Linares Rodríguez A. Efectividad de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual y embarazo en adolescentes. Bayamo 2010 - 2011. Rev Multimed. 2013 [citado Mar 2013];17(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/2.html>
- 41.9. Rangel Díaz D, González Reyes E, Barrera Hernández M, Pereda Chávez H. Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. Rev Cienc Méd. 2012 [citado Jul 2012];16(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942012000400009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000400009)
42. Águila Setián S, Brito García A, cabeza Cruz E, Delgado Calzado JJ, Santiesteban Alda S. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. 1ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
- 43.11. Zacca Peña CE. Anuario Estadístico de Salud 2011. Edición Especial. La Habana: MINSAP; 2012.
44. Ravelo A. Adolescencia ¿Etapa crítica? La Habana: Rev Cub Salud Vida 2014 [citado 13 Feb 2014];61(95):[aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/jovenes/temas.php?idv=6195>
45. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique. A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cub Obstet Ginecol. 2011 [citado Sep 2011];36(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2010000300011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2010000300011&script=sci_arttext)

46. Edith D, Muñoz J, Más S. Anticoncepción y aborto. Cuando se frustran los planes. Rev Mujeres. 2013;4:9-11.
47. Leiva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. Rev Cub MEDISAN. 2011 [citado Mar 2011];15(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000300008&script=sci_arttext)
48. Moreno Basalto I. Estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia en estudiantes preuniversitarios [tesis]. Gaspar. Baraguá, Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara; 2013.

## ANEXO # 1: Encuesta.

Mediante la aplicación del cuestionario se conocerá el grado de información sobre el embarazo en la adolescencia, será utilizado solo para el estudio, agradecemos su cooperación. Muchas gracias.

- 1) Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_.
- 2) ¿A qué edad iniciaste tus relaciones sexuales?  
\_\_\_\_\_ De 11 a 13 años.  
\_\_\_\_\_ De 14 a 15 años.
- 3) En cuanto al uso de método anticonceptivo Responde.  
¿Usas en la actualidad alguno?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.
- 4) (SOLO PARA LAS FÉMINAS) ¿Has estado embarazada alguna vez?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.
- 5) ¿Has recibido información sobre embarazo en la adolescencia?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.
- 6) ¿De quién has recibido la información?  
Escuela: \_\_\_\_\_ Amigos: \_\_\_\_\_ Padres: \_\_\_\_\_  
Libros: \_\_\_\_\_ Medios de Comunicación Masiva (Radio o TV) \_\_\_\_\_  
Médico de Familia \_\_\_\_\_ Otros familiares: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_.
- 7) ¿Conoce usted la edad óptima de una mujer para quedar embarazada?  
a) Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_Cuál es: \_\_\_\_\_.
- 8) ¿Existe más riesgo de quedar embarazada?  
a) Una semana antes de la menstruación: \_\_\_\_\_.  
b) Durante la menstruación: \_\_\_\_\_.  
c) Quince días después de la menstruación: \_\_\_\_\_.  
d) ¿Cree que el embarazo es responsabilidad exclusiva de la mujer?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.  
e) ¿El aborto constituye un método anticonceptivo?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
f) ¿Consideras que una muchacha puede quedar embarazada al realizar juegos sexuales solamente?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.  
g) ¿Crees qué es posible quedar embarazada mediante el primer coito?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

### Sólo a llenar por el personal a cargo de la investigación.

Excelente \_\_\_\_\_ Muy bien \_\_\_\_\_  
Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_  
Mal \_\_\_\_\_

**ANEXO # 2:**

Encuesta de conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia. Modificada.

Nombre: \_\_\_\_\_

1) ¿Conoce usted la edad óptima de una mujer para quedar embarazada?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_Cuál es: \_\_\_\_\_.

2) ¿Existe más riesgo de quedar embarazada?

Una semana antes de la menstruación: \_\_\_\_\_.

Durante la menstruación: \_\_\_\_\_.

Quince días después de la menstruación: \_\_\_\_\_.

3) ¿Cree que el embarazo es responsabilidad exclusiva de la mujer?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.

4) ¿El aborto constituye un método anticonceptivo? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

5) ¿Consideras que una muchacha puede quedar embarazada al realizar juegos sexuales solamente? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.

6) ¿Crees qué es posible quedar embarazada mediante el primer coito?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_.

**Sólo a llenar por el personal a cargo de la investigación.**

Excelente \_\_\_\_\_ Muy bien \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_

Regular \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_

### **ANEXO # 3: Programa de intervención:**

Es conocido que aplicando los conocimientos de educación para la salud, herramienta fundamental de la promoción de salud, se puede obtener logros en cuanto a conductas saludables, en este caso, en los adolescentes del municipio.

Es por esto que se elabora el presente Programa de intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia con el cual pretendemos elevar el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre embarazo en la adolescencia. A continuación brindaremos una guía facilitadora de las actividades, a realizar para así obtener una mayor eficacia en nuestro trabajo educativo.

Pretendemos brindar una guía facilitadora de las actividades, compartiéndolas con ustedes para obtener una mayor eficacia en nuestro trabajo educativo. A continuación describiremos cada una de ellas

#### **1ra sesión:**

##### ***Objetivo general:***

Dar a conocer el contenido del Programa Educativo sobre embarazo en la adolescencia

##### ***Objetivos Específicos:***

Lograr que los integrantes del grupo:

- ✓ Se conozcan e integren de manera óptima.
- ✓ Conozcan el propósito del Programa.
- ✓ Recoger expectativas
- ✓ Aplicación del formulario modelo " antes ".

##### ***Procedimientos***

- ✓ Presentación del programa y conocimiento del grupo.
- ✓ Aplicación del formulario modelo " antes ".

##### ***Medios utilizados:***

- ✓ Cartulina.
- ✓ Cuestionario hoja y lápiz.

##### ***Tiempo:***

- ✓ 45 minutos

### **2da sesión:**

#### ***Objetivo general:***

- ✓ Mostrar anatomía y fisiología del adolescente.

#### ***Objetivos Específicos:***

- ✓ Enseñar aspectos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino.  
Respuesta sexual humana. Ciclo menstrual.

#### ***Procedimientos***

- ✓ Exposición oral del tema.

#### ***Medios utilizados:***

- ✓ Pizarra, video

#### ***Tiempo:***

- ✓ 45 minutos

### **3ra sesión:**

#### ***Objetivo general:***

- ✓ Explicar sobre sexo y sexualidad

#### ***Objetivos Específicos:***

- ✓ Explicar sobre sexo y sexualidad. Concepto. Tipos de sexualidad. Funciones de la sexualidad

#### ***Procedimientos***

- ✓ Dinámica grupal

#### ***Medios utilizados:***

- ✓ Pizarra, video

#### ***Tiempo:***

- ✓ 45 minutos

#### **4ta sesión:**

##### ***Objetivo general:***

- ✓ Conocer sobre embarazo en la adolescencia

##### ***Objetivos Específicos:***

- ✓ Explicar sobre fecundación. Concepto. Riesgos, complicaciones, limitaciones, recuperación social de este fenómeno

##### ***Procedimientos***

- ✓ Charlas

##### ***Medios utilizados:***

- ✓ Pizarra, retroproyector

##### ***Tiempo:***

- ✓ 45 minutos

#### **5ta sesión:**

##### ***Objetivo general:***

- ✓ Explicar sobre el aborto

##### ***Objetivos Específicos:***

- ✓ Conocer concepto, riesgos, indicaciones y contraindicaciones complicaciones más frecuentes. El aborto en adolescentes como método anticonceptivo.

##### ***Procedimientos***

- ✓ Charlas

##### ***Medios utilizados:***

- ✓ . Pizarra, video

##### ***Tiempo:***

- ✓ 45 minutos

#### **6ta sesión:**

##### ***Objetivo general:***

- ✓ Demostrar planificación familiar y anticoncepción

##### ***Objetivos Específicos:***

- ✓ Mostrar métodos anticonceptivos

**Procedimientos**

- ✓ Indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas de cada uno.  
Anticonceptivos más y menos seguros como usarlos y adquirirlos.

**Medios utilizados:**

- ✓ Pizarra, video

**Tiempo:**45 minutos

**7ma sesión:**

**Objetivo general:**

- ✓ Conocer sobre maternidad y paternidad responsable

**Objetivos Específicos:**

- ✓ Explicar concepto. Análisis de los sentimientos asociados a la posibilidad de tener un hijo conocer la responsabilidad afectiva y económica y aspectos negativos y positivos en la crianza de un hijo.

**Procedimientos**

- ✓ Cine debate

**Medios utilizados:**

- ✓ Video

**. Tiempo:**

- ✓ 45 minutos

**8va sesión:**

**Objetivo general:**Evaluar.

**Objetivos Específicos:**

- ✓ Evaluar balance final del grupo y evaluación del aprendizaje.

**Procedimientos**

- ✓ Conocer satisfacción e insatisfacción de los participantes con el curso
- ✓ Pedir problemas detectados y sugerencia.
- ✓ Aplicación del formulario modelo " después ".

**Medios utilizados:**

- ✓ Cuestionario hoja y lápiz.

**Tiempo:**

✓ 45 minutos

#### **ANEXO # 4: GUIA DE EVALUACIÓN**

**Pregunta # 1:** valor 4 puntos.

2 puntos por responder correctamente.

2 puntos por responder después de los 20 a 34 años.

**Pregunta # 2:** valor 2 puntos.

2 puntos por escoger la última opción.

**Pregunta # 3:** valor 7 puntos.

1 puntos por responder positivamente.

3 puntos por expresar 3 complicaciones.

2 puntos por expresar 2 complicaciones.

1 puntos por expresar 1 complicación.

**Pregunta # 4::** valor 3 puntos.

3 puntos por responder negativamente.

**Pregunta # 5** valor 2 puntos.

2 puntos por responder positivamente.

**Pregunta # 6:** valor 2 puntos.

1 puntos por responder positivamente.

1 puntos por responder ¿por qué?

#### **Criterios**

Elevado: 18 - 20 puntos.

Medio: 16- 17 puntos.

Bajo: 14-15 puntos.

Nulo: 12-13 puntos.

**ANEXO # 5:**Modelo de consentimiento por escrito del representante legal.

Título del Trabajo: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

(Nombre y Apellido del paciente.

Estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo del Programa de intervención educativa: intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia.

1 He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada sobre el estudio.

2 He podido hacer todas las preguntas con respecto a la investigación.

3 He quedado satisfecha, con las respuestas ofrecidas.

4 He recibido suficiente información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria.

5 Comprendo que puedo retirarme del estudio:

5.1- Cuando lo desee.

5.2- Sin tener que dar explicación.

5.3- Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

He tenido contacto con la doctora Iraimy G. Quintero García.

Registro Profesional \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Por expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el modelo.

Carnet de Identidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Anexo 6**

Ciro Redondo \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Consentimiento informado.

Yo----- por medio del presente documento y en plenitud de mis facultades mentales declaro haber sido correctamente informado(a) por la investigadora sobre todas las actividades que se efectuarán para la realización del estudio titulado: Intervención Educativa sobre el embarazo en la adolescencia 2015-2016.

De igual forma hago constar que estoy dispuesto(a) voluntariamente a participar en todas las actividades relacionadas con este estudio investigativo hasta su término, pues he recibido garantía de que los datos personales que se revelen, serán confidenciales.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

## Anexo 7

Ciro Redondo \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Consentimiento informado.

Yo----- por medio del presente documento y en plenitud de mis facultades mentales declaro haber sido correctamente informado(a) por la investigadora sobre todas las actividades que se efectuarán para la realización del estudio titulado: Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia 2015-2016 a los/las adolescentes de los cuales soy profesora Guía.

De igual forma hago constar que estoy dispuesto(a) voluntariamente a participar en todas las actividades relacionadas con este estudio investigativo hasta su término.

\_\_\_\_\_  
Profesor Guía

## Anexo 8

Ciro Redondo\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_.

Consentimiento informado.

Yo-----, Director de la ESBU: Felipe Poey Aloy. Por medio del presente documento y en plenitud de mis facultades mentales declaro haber sido correctamente informado(a) por la investigadora sobre todas las actividades que se efectuarán para la realización del estudio titulado: Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia 2015-2016a los/las adolescentes de la escuela que dirijo.

De igual forma hago constar que estoy dispuesto(a) voluntariamente a participar en todas las actividades relacionadas con este estudio investigativo hasta su término.

Director\_\_\_\_\_

