-

TESIS DOCTORAL

Estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

Autor: Dr. Rogelio Barbaro González Pérez

República de Cuba

Sancti Spíritus

2023

Título: Estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

Programa Doctoral: Ciencias biomédicas y la salud del ser humano

Institución Laboral: Policlínico Arcelio Suárez Bernal. Municipio Jatibonico, Sancti Spíritus

Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Médicas

Autor: Dr. Rogelio Barbaro González Pérez

Tutores: Dr. C. José Alejandro Concepción Pacheco

Dra. C. Gladys Alejandra Rojas Sánchez

República de Cuba

Sancti Spíritus

2023

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que la tesis es de mi total autoría y no ha sido enviada con antelación a ninguna otra universidad para ser evaluada o ser utilizada para examen de grado.

LISTA DE PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

- González - Pérez RB, Rodríguez- Mateo M. Reactive and proactive prevention of adolescent pregnancy in the community. World Journal of Advanced Research and Reviews (WJARR). 2023 [acceso: 10/02/2023];17(2):240- 242. Disponible en: https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2023-0200.pdf
- González- Pérez RB, Rodríguez- Mateo M, Naranjo- Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Comportamiento del embarazo adolescente en el municipio Jatibonico. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. 2021 [citado 6 Ene 2023];47(1):e707. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/
- González - Pérez RB, Rodríguez- Mateo M, Concepción-Pacheco JA. "Characterization of adolescent pregnancy in the community" (Manuscript ref. no. CRRMD-2022-0019) entitled. Comprehensive Research and Reviews in Medicine and Dentistry (CRRMD) February 2023; accepted Disponible en: https://doi.org/10.57219/crrmd.2022.1.1.0019

Dedicatoria

"A la memoria de mis seres queridos".

Agradecimientos

A mis tutores Dr.C. José Alejandro Concepción Pacheco y Dra.C. Gladys Alejandra Rojas Sánchez por su ayuda, enseñanza, paciencia, apoyo y confianza en mí.

A mi amada esposa por su ayuda infinita, necesaria y llena de amor.

A mis compañeros, amigos y personas que me ayudaron en este proceso doctoral por un camino estrecho, largo y duro.

A mis enemigos, que en algún momento fueron fuente de inspiración.

En fin, a todos agradecimientos eternos.

SÍNTESIS

Fundamentación: el embarazo adolescente se considera un problema de salud pública complejo a nivel mundial en cada contexto que la adolescente desarrolle su vida, en la atención al embarazo adolescente subsecuente, no se actúa directamente en su prevención, manteniéndose así el problema y las actividades por definir. El área de salud estudiada exhibió este problema de salud. 0bjetivo: proponer una estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad perteneciente al Policlínico II, “Arcelio Suárez Bernal” del municipio Jatibonico, Sancti Spíritus, de enero 2016 a diciembre 2021. Metodología: se realizó una investigación pre experimental con exámenes pre y pos prueba y grupo único; con 35 embarazadas adolescentes de dicha entidad que cumplían los requisitos para el estudio en el periodo estipulado. Se emplearon métodos del nivel teórico, empírico y estadístico matemático. Las variables de estudio fueron: edad, escolaridad, estado civil, nivel de conocimiento, actitud de la pareja y familia ante el embarazo adolescente subsecuente, deserción escolar, prevención del embarazo adolescente subsecuente, estado de salud, pertinencia de la estrategia biopsicosocial y embarazo subsecuente. Resultados: la estrategia biopsicosocial, logró prevenir de forma reactiva y proactiva el embarazo adolescente subsecuente en la comunidad. Conclusiones: la prevención lograda con la aplicación de la estrategia biopsicosocial, que integra los componentes, reactivo y proactivo, favorece la relación embarazada adolescente, grupo básico de trabajo, familia y comunidad.

Palabras Clave: Estrategia Biopsicosocial; Embarazo adolescente subsecuente; Prevención reactiva y proactiva

ABSTRACT

Theoretical foundation: Adolescent pregnancy is considered a complex public health problem, in each context, the adolescent develops her life, in the attention to subsequent adolescent pregnancy, there is no direct action in the prevention, thus maintaining the problem and the activities to be defined. The studied health area exhibited this health problem. Objective: to propose a biopsychosocial strategy for the reactive and proactive prevention of adolescent pregnancy in the community belonging to Polyclinic II, "Arcelio Suárez Bernal" of the Jatibonico municipality, Sancti Spíritus, from January 2019 to December 2021. Methodology: An investigation of the type pre-experimental with pre- and post-test exams and a single group; with 35 pregnant adolescents from the institution mentioned who met the requirements for the study in the stipulated period. Methods of the theoretical, empirical, and mathematical statistical level were used. The study variables were: age, education, marital status, level of information, attitude of the couple and family towards adolescent pregnancy, school dropout, prevention of adolescent pregnancy, state of health, relevance of the biopsychosocial strategy and subsequent pregnancy. Results: the biopsychosocial strategy managed to prevent adolescent pregnancy with the avoidance of subsequent pregnancy in the community from the reactive and proactive perspective. Conclusion: the prevention achieved with the application of the biopsychosocial strategy, that integrates the reactive and proactive components favors the relationship pregnant adolescent, basic group of work, family and community.

Keywords: Biopsychosocial Strategy; Subsequent adolescent pregnancy; Reactive and proactive prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS

ARAP: Anticonceptivos reversibles de acción prolongada

APS: Atención primaria de salud

LARC: Dispositivos de larga duración:

DIU: Dispositivo intrauterino

GBT: Grupo básico de trabajo

HC: Historia clínica

ID: Índice de discriminación

MGI: Médico general integral

MELA: Método lactancia amenorrea

OMS: Organización Mundial de la Salud

PNI: Positivo, negativo, interesante

PTG: Prueba de tolerancia a la glucosa

CIUR: Retraso del crecimiento intrauterino

SSR: Salud sexual y reproductiva

UNISS: Universidad de Sancti Spíritus.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa bien definida del ciclo vital humano que se encuentra entre la niñez y la adultez; se caracteriza por profundos cambios biológicos, sicológicos y sociales.[1] La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre los 10 y 19 años, edades que representan el fin de la niñez y la etapa inmediatamente anterior a la adultez.[2]

Es importante tener en cuenta factores obstétricos, sociales y psicológicos que interfieren en la pubertad, crecimiento y desarrollo del ser humano; el núcleo familiar, las relaciones interpersonales, el nivel de educación, la sexualidad, el desarrollo moral, las emociones, sensaciones, sentimientos, identidad y la cognición de cada una de las adolescentes.[3]

Dentro de los problemas que con mayor relevancia se presentan en la adolescencia, se identifica el embarazo. Esta situación se asocia con varios factores como la cultura, religión, etnia, acceso a la educación, servicios de salud y sitio de residencia (rural o urbana).[4] Uno de los factores predisponentes para el embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de la vida sexual. Constituye la región de América Latina y el Caribe un área donde se estima que, aproximadamente, el 22 % de las niñas inician su vida sexual antes de cumplir los quince años.[4]

Los embarazos en la adolescencia representan uno de los riesgos principales de parto pretérmino, bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva del embarazo, muertes materno-fetales, aborto espontáneo, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales, entre otros.[5]

Supone, además, un impacto negativo sobre la condición educativa, económica y social de las jóvenes, quienes, la mayoría de las veces, se ven obligadas a abandonar los estudios y quedar a expensas de la familia económicamente, o por el contrario deben insertarse de manera prematura en el ámbito laboral, con el fin de satisfacer las necesidades básicas, lo que limita las oportunidades de superación y de trabajos futuros.[5]

La maternidad adolescente está asociada con diversos factores negativos referidos a la joven, como por ejemplo el descuido personal, la promiscuidad sexual, la marginación social, el fracaso escolar y la desestructuración familiar. Además, se le reprocha una doble falta: no haber sido capaz de tener una relación sexual segura y tampoco de evitar que se produjera el embarazo. El mismo deseo de ser madre por parte de las adolescentes se concibe generalmente como "inapropiado", fruto de su inconsciencia, inmadurez o ignorancia ligadas a las carencias educativas y socio-económicas graves.[6]

Los significados y las representaciones de la maternidad adolescente dependen de las influencias sociales, económicas y culturales, es decir, de las tradiciones, de las costumbres y de los valores en un periodo histórico determinado, que definen el contexto dentro del cual cada mujer produce y lleva a cabo el embarazo y donde luego ejerce las tareas de cuidado y crianza.[6]

La maternidad adolescente no es un problema personal, donde la supuesta falta de competencia venga explicada únicamente por la edad de la madre; el principal problema que representa la transición a la maternidad en la adolescencia es, sin duda, la escasez de recursos con los que habitualmente estas chicas cuentan.[6]

De este modo se puede decir que el contexto social y familiar, donde se satisfacen o se frustran los proyectos personales, con la falta de apoyo afectivo, la presencia o no de recursos específicos, el acceso a información, orientación y acompañamiento sobre las posibles decisiones a tomar, y los juicios morales sobre el potencial resultado del embarazo, afectan a las chicas tanto o más que las mismas consecuencias biológicas de haber tenido un embarazo.[6]

Los adolescentes enfrentan múltiples influencias, opciones entre maternidad y otras metas y diferentes niveles de conocimientos, servicios y acceso. De acuerdo a cómo interioriza un adolescente estas influencias y su entorno, pueden desencadenar la toma de control, motivaciones y adaptación, que conducen a resultados que pueden reducir o aumentar la repetición de embarazos en la adolescencia.[7]

Según Santana *et al.,* [8] las mujeres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener "un segundo embarazo antes de terminar esta etapa del ciclo vital, siendo

más frecuente que tengan varios hijos a lo largo de su vida. En condiciones de vulnerabilidad o cuando no son deseados, la concurrencia de embarazos subsecuentes afecta el potencial de desarrollo de las mujeres y sus familias, en términos de salud, calidad de vida, capacidad productiva y posibilidades de educación".

El embarazo repetido o subsecuente en la adolescencia afecta negativamente a la madre adolescente y al niño, puede causar desafíos emocionales, psicológicos y educativos, así como afectar la vida y las oportunidades de las madres jóvenes y sus hijos.

Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un rendimiento escolar más bajo y abandonar la escuela secundaria, tener más problemas de salud, ser encarcelados en algún momento de la adolescencia, dar a luz en la adolescencia y enfrentar el desempleo como adultos jóvenes.[9]En este sentido, la bibliografía destaca cómo estas afectaciones repercuten negativamente en las personas que rodean la adolescente, sobre todo a la familia y personas cercanas afectivamente.[9]

Asimismo, el embarazo subsecuente indica mala distribución y acceso desigual a los servicios de salud reproductiva, así como inadecuada capacidad de servicio de las localidades individuales. Se relaciona con un bajo nivel educativo y pobreza entre las madres adolescentes, conduce a un aumento en el gasto social en salud como consecuencia de la dependencia de las adolescentes y sus familias al gobierno. También repercute en la interrupción escolar y la educación deficiente.[10]

Además de asociarse al inicio temprano de actividad sexual penetrativa y cortos periodos intergenésicos, está relacionado también con el matrimonio precoz y el desconocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos y en general de la salud sexual y reproductiva (SSR).[11]

Una elevada prevalencia de embarazos subsecuentes puede además ser indicativo de que los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes no se están respetando, ya que diversos estudios han documentado que cuando las y los adolescentes cuentan con los conocimientos, actitudes y herramientas que necesitan para ejercer sus derechos y decidir cuándo tener hijas/os, suelen

posponer el embarazo, tener menos hijas/os y alcanzar mayores niveles educativos, lo que tiene implicaciones importantes a largo plazo en términos de su desarrollo físico y humano.[11]

Desde el enfoque de derechos humanos, el embarazo subsecuente en la adolescencia es el resultado de deficiencias en la accesibilidad o disponibilidad de servicios de los sistemas de salud, educación y protección, y condiciones de vulnerabilidad tales como la pobreza y la violencia.[12]

Constituye un problema social, debido a que en la mayoría de los casos están involucrados como factores de riesgo los biopsicosociales, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y las consecuencias del tener varios hijos a esa edad, lo que puede implicar un ciclo de privaciones sociales y en la salud.[3]

Las estadísticas que informan los diferentes países confirman la importancia de atender esta problemática. Así, en Sudáfrica se encontró que la prevalencia de repetición del embarazo en una zona urbana fue del 17,60 %.[13] Otro estudio en este país muestra la prevalencia en un 19,90 %, lo que es consistente con los hallazgos en países como Tailandia, Alemania y Estados Unidos (EE.UU), con embarazos repetidos del 20,0 %, 17,30 % y 18,30 %, respectivamente.[14]

El embarazo subsecuente afecta alrededor del 18,0 % de las madres adolescentes en los Estados Unidos, Europa y Australia.[10] Se estima que en EE. UU. el 35,0 % de las adolescentes tendrán un segundo embarazo en menos de dos años, y la mayoría de ellos no son intencionados.[15]

En Brasil el 80,0 % de los embarazos adolescentes no son planeados y entre el 28 y el 63,0 % de las madres adolescentes tuvieron una repetición del embarazo dentro de los 18 meses.[16] En Uruguay el embarazo repetido en adolescentes menores de 15 años se mantiene en un 20,0 %.[16] En México, el 14,38 % de las mujeres que tenían entre los 10 y los 19 años de edad, y cuyos hijos nacieron en el 2018, experimentaron uno o más embarazos subsecuentes.[17]

En Cuba, durante el 2016, la tasa de embarazo adolescente fue de 50,0 en 2017 de 52,0 lo que representa alrededor del 16,0 % del total de la fecundidad.[18] En el 2018 fue de 54,60 que representa el 18,0 % de la fecundidad.[19] Este comportamiento muestra una resistencia a variar, aun cuando se realizan

numerosas acciones. La provincia de Sancti Spíritus, ha presentado tasas elevadas en el último quinquenio. En el año 2016, 26,48, en el año 2017 y 2018 se superan las tasas estimadas de embarazos adolescentes (23), con cifras de 30,57 y 26,46 por 1000 mujeres adolescentes, respectivamente.[20] Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada, no se encontraron registros estadísticos cubanos sobre los embarazos subsecuentes en adolescentes por lo que resulta difícil poder realizar comparaciones.

A pesar de los esfuerzos encaminados a resolver la situación del embarazo adolescente y subsecuente en adolescentes a nivel internacional y nacional los resultados se mantienen desalentadores. Numerosas estrategias de prevención como la educación para la salud, desarrollo de habilidades y mejora de la accesibilidad a los anticonceptivos, se emplean por países de todo el mundo, en un esfuerzo por abordar el embarazo temprano.[21] No obstante, la prevención y atención del embarazo adolescente subsecuente son abordadas solo de manera secundaria en las agendas públicas.[22]

Los resultados de la búsqueda bibliográfica mostraron que, en la prevención del embarazo adolescente subsecuente, no se actúa directamente, por lo que se mantiene así el problema y está pendiente definir las actividades que podrían incidir para el control de esta situación.[23]

A nivel mundial se han realizado varias estrategias para la prevención del embarazo subsecuente, como: Estrategia Global para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030, estrategias sobre acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, entre las que se mencionan, Acelerar el progreso: salud y derechos sexuales y reproductivo para todos, informe de la comisión Guttmacher–Lancet , 165 Millones de Razones: un llamado para inversión en adolescencia y juventud en América Latina, Competencias básicas en salud y desarrollo de adolescente para proveedores de atención primaria.[23]

Estas estrategias especificaron los requisitos de los servicios de los adolescentes, ser considerados esenciales y cumplir con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, propusieron reducir los embarazos no

deseados con métodos anticonceptivos efectivos; servicios de atención de la salud antes, durante y después del parto. Sin embargo, las estrategias para la prevención del embarazo y la atención a las adolescentes durante el embarazo no hicieron distinción en función del embarazo adolescente posterior.[23]

Soto, [24] propone la Estrategia de educación sexual de visitas a casa para prevenir el embarazo subsecuente en madres adolescentes, modelos e intervenciones. Entre algunos modelos se encuentran los utilizados en la comunidad, visitas a casas y escuela.[24]

Los modelos basados en la comunidad, generalmente comienzan después del nacimiento del primogénito y se enfocan en temas como salud reproductiva, desarrollo saludable del infante y apoyo social, en visitas a casa han demostrado salud prenatal y disminución o retraso en el embarazo subsecuente en los siguientes dos años del primer alumbramiento.[24] Los modelos basados en la escuela y programas que los integran tienen una influencia fuerte en la prevención y manejo de problemas físicos y psicosociales de los adolescentes en general.[25]

Lewin *et al*., [26] con la utilización de un modelo integral de prevención (Generations), lograron que las participantes redujeran la probabilidad de tener un embarazo subsecuente en un 50,0 % y tendían más a utilizar métodos anticonceptivos.

En estudio de meta análisis llevado a cabo por Smith *et al*., [27] basado en intervenciones en casas, se encuentra una reducción del 56,0 % en embarazos y nacimientos de madres adolescentes hasta los 15 meses después de la intervención, y del 36,0 % entre los 15 y 35 meses; en un programa motivacional y establecimiento de metas, se reportó mayor uso de anticonceptivos y menor incidencia de embarazo subsecuente, además de mayor tasa de terminación de preparatoria y de empleo.[11]

Un programa social basado en la comunidad y cambio de conducta, revela que las adolescentes que participaron en el programa tuvieron menos nacimientos subsecuentes que el grupo control (12,0 % vs 28,0 %). Además, tuvieron mayores posibilidades de continuar sus estudios y de brindar cuidado adecuado a sus bebés.Los autores presentan resultados que muestran que intervenciones durante

el posparto inmediato reducen significativamente un embarazo subsecuente en los siguientes cinco años.[27]

Elzeblaw *et al.,* [28] en otro estudio registraron una menor prevalencia de embarazo subsecuente en las adolescentes que recibieron anticoncepción pos evento obstétrico y con el método lactancia amenorrea (MELA), en comparación con las que sólo recibieron consejería sobre MELA. Al evaluar una intervención de consejería sobre MELA y beneficios de un periodo intergenésico amplio, muestra como resultados un incremento de conocimientos y uso de metodología anticonceptiva nueve meses posparto.[11]

El grupo de investigación de Katz, identifica una disminución de embarazo subsecuente en adolescentes que participaron en una intervención de consejería vía telefónica durante 18 meses posparto y sesiones grupales cada cuatro meses.[11]

Cuando se analiza la situación a nivel internacional, se aprecia que existen varias intervenciones dirigidas a la prevención del embarazo subsecuente, relacionadas con la anticoncepción posparto, planificación del siguiente embarazo, con el componente social basado en la comunidad y cambio de conducta y con la motivación, dirigida al establecimiento de metas.[11]

En una revisión integradora, en junio de 2021, sobre instrumentos de políticas públicas nacionales en México y otras naciones, y en relación con el embarazo adolescente posterior o subsecuente, se obtuvo que no se actúa directamente en la prevención del embarazo adolescente y el embarazo subsecuente adolescente; aquí se clasificaron las referencias en las siguientes categorías: (a) una declaración simbólica, es decir, una intención que no implica una acción específica sino que presenta una visión para el futuro; (b) una declaración sustantivo-material relativa a una acción destinada a resolver un problema; y (c) una declaración procesal-material que indique acciones, procesos, presupuestos y actores específicos.[23] Se indican las diferentes orientaciones para atender este problema de salud y la falta de integración de las mejores experiencias.[3]

En la revisión realizada por Govender *et al*., [14] de los artículos relacionados con el embarazo repetido o subsecuente en adolescentes, se clasificaron de acuerdo

con: factores individuales, de relación de pareja, familiares, de pares, sociales y comunitarios. Las madres adolescentes que recibieron apoyo médico, psicosocial, educativo y de planificación familiar, experimentaron tasas más bajas de repetición del embarazo.

De lo antes descrito, se infiere que el embarazo adolescente se convierte en un problema de salud pública complejo, por su configuración sociocultural en cada contexto en que el adolescente desarrolla su vida, donde los aspectos económicos, culturales, las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de la adolescente antes, durante y después el embarazo.

Situación problemica:

En el Policlínico “Arcelio Suárez Bernal” del municipio de Jatibonico, en el periodo del 2016 al 2018, se detecta una alta incidencia de embarazo subsecuente en adolescentes. La información se obtiene de las historias clínicas individuales y la observación participante, donde se demuestran insuficiencias en la prevención proactiva del embarazo adolescente, solo se considera su visión reactiva, lo que significa su interrupción por causas médicas o realizar seguimiento según protocolo establecido, para lograr un recién nacido vivo, sano y con buen peso, y no se considera la posibilidad del embarazo subsecuente, con la complejidad que esto implica en lo físico, psicológico y social para la adolescente.

Problema científico: Insuficiente integración de acciones reactivas y proactivas en las acciones de salud para evitar el embarazo subsecuente en adolescentes, lo que resulta una contradicción epistemológica.

La hipótesis que sustenta esta investigación expresa: si se implementa una estrategia biopsicosocial en las embarazadas adolescentes en la comunidad en estudio, se contribuye a la prevención reactiva y proactiva del embarazo subsecuente.

Objetivo general:

Proponer una estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las embarazadas adolescentes según variables de estudio.

2. Diseñar una estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.
3. Valorar la pertinencia de la estrategia diseñada a través de criterio de expertos.
4. Evaluar la estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente, después de aplicada en la comunidad.

El aporte teórico se concreta en la contextualización de la prevención del embarazo en la adolescencia, con la integración de sus componentes reactivo y proactivo del embarazo subsecuente, favoreciendo la relación embarazada adolescente, grupo básico de trabajo, familia y comunidad.

Desde el punto de vista metodológico, se diseñan acciones y actividades que conforman la estrategia biopsicosocial, con la integración de métodos y técnicas que permiten abordar de una manera argumentada, sistémica y armónica las principales áreas de influencia en la atención de la embarazada adolescente, grupo básico de trabajo, familia y comunidad. Se ofrecen los criterios de medida que permiten evaluar el comportamiento de las acciones y actividades a favor de la prevención reactiva y proactiva del embarazo en la adolescencia.

Desde el punto de vista práctico, se ofrece una estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

El aporte social, se aprecia en la atención multidisciplinaria que se ofrece a las embarazadas adolescentes, con participación de sus parejas y la familia, que favorece un afrontamiento positivo a esta condición, lo que se traduce en un nacimiento feliz y deseado. Es también relevante la evitación consciente del embarazo subsecuente, lo que garantiza una mejor salud de la madre y el hijo concebido antes y rápida incorporación de la madre adolescente a la vida escolar y social, la estrategia con sus acciones y actividades pasa a formar parte del sistema de trabajo de la comunidad.

Los resultados alcanzados en esta investigación son válidos, oportunos y pertinentes de acuerdo con los objetivos de trabajo del Departamento Nacional Materno Infantil y contribuyen al perfeccionamiento e impacto del Programa Materno Infantil, en lo referente a las embarazadas adolescentes en la comunidad.

La novedad científica radica en la manera de concebir la prevención del embarazo en la adolescencia, al integrar componentes identificados en el vacío de los conocimientos teóricos sobre el tema, que sugieren tomar en consideración, no solo el seguimiento multidisciplinar a la embarazada, sino también la evitación de embarazos subsecuentes, con los riesgos que complejizan el estado de salud de la madre adolescente y su hijo, todo lo que da apoyatura científica a la elaboración de una estrategia para ser desarrollada en la comunidad.

La tesis se estructura en Introducción y cuatro capítulos. En el capítulo 1, se aborda el marco teórico referencial que contempla el embarazo adolescente y el embarazo subsecuente desde la perspectiva comunitaria, se reflexiona sobre la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad, su intervención y resultados científicos obtenidos por los estudiosos del tema.

El capítulo 2 expone el diseño metodológico de la investigación, así como las diferentes variables y su operacionalización, los procedimientos y consideraciones éticas. La concepción y diseño de la estrategia, así como la valoración por expertos. El capítulo 3 presenta los resultados obtenidos a través de su aplicación, el capítulo 4 incluye la discusión de los resultados y criterios especializados, finalmente las conclusiones y recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

En este capítulo se conceptualiza el embarazo adolescente, se hace referencia a sus causas, se introduce el embarazo subsecuente y los factores de riesgo asociados, se alude a la familia de la embarazada adolescente, a la prevención del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad, a sus enfoques reactivo y proactivo, al tratamiento proactivo de riesgos y plan de acciones, al componente biopsicosocial en el embarazo adolescente, así como a las estrategias preventivas y sus resultados.

1.1. Embarazo adolescente. Su conceptualización

Se llama embarazo adolescente o embarazo precoz a aquel que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil, y el final de la adolescencia.[29]

El embarazo adolescente se presenta cuando este ocurre entre los 10 y 19 años de edad, cuando la futura madre aún no ha alcanzado la madurez emocional necesaria para enfrentar la maternidad.[30]

El embarazo en la adolescencia, según la OMS es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Establece la adolescencia entre 10 y 19 años de edad.[31]

Otros autores como García y González, [32] y González *et al.,* [33] coinciden en sus definiciones con la enunciada por la OMS, pero hacen énfasis en el diagnóstico de embarazo adolescente atendiendo a esa condición a partir de la menarquía, enmarcado en la etapa hasta los 19 años, con independencia de la edad ginecológica, según los primeros autores y en dependencia de su núcleo familiar de origen de acuerdo con el segundo.

Los padres de familia, muchas veces evaden la responsabilidad del embarazo adolescente y la depositan en los maestros, sin tener en cuenta que existen muchas y variadas causas del embarazo en la adolescencia, pero que la más importante es la falta de educación sexual.

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven.[34]

En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades.[34]

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos, por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.[34]

Los principales determinantes del embarazo temprano en América Latina y el Caribe incluyen la legislación y las políticas restrictivas, la discriminación sistémica, el racismo y la exclusión social, los obstáculos en los sistemas de salud, las normas, los roles, las relaciones sociales y de género desiguales.[35]

Existen determinantes sociales de la salud que contribuyen a que el embarazo en adolescentes persista, se describen: [35]

Factores biológicos: menarquía precoz, inicio precoz de relaciones sexuales, fantasías de esterilidad y pensamientos mágicos.

Estilos de vida: déficit nutricional.

Factores familiares: hijos de madres adolescentes tienen doble de riesgo de ser madres adolescentes y las familias disfuncionales.

Factores del entorno: malas condiciones socioeconómicas, ignorancia, pobreza, falta o distorsión de la información.

Factores socioculturales: bajo nivel educativo.

En relación con las consecuencias del embarazo en la adolescencia se valora que impacta en la madre, el hijo, el padre adolescente y la familia.[35]

Consecuencias para la madre

Trae consecuencias fisiológicas: a corto plazo, provoca anemia, prematuridad, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual y mortalidad materna. A largo plazo, se establecen la baja estatura, la obesidad e hipertensión en etapas posteriores.

En lo psicológico y social: se presentan mayor número de hijos no deseados, mayor inestabilidad con la pareja (solo el 20,0 % de las casadas permanece con el padre de su hijo a largo plazo), escaso nivel educativo o fracaso escolar, menor ingreso económico que sus pares, mayor prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos; distanciamiento de sus pares que genera aislamiento social y estrecha relación con su familia.

Consecuencias para el hijo

En lo fisiológico: es frecuente el bajo peso al nacer, la prematuridad, mayor incidencia de muerte súbita, traumatismo e intoxicaciones accidentales, además infecciones agudas menores. La tasa de mortalidad se duplica en lactantes de madres adolescentes menores de 17 años.

En lo psicológico y social: ocasiona mayores problemas de conducta en edad escolar, los niños obtienen más bajos puntajes en pruebas intelectuales, repitencia escolar, maltrato y abandono por parte de la madre, mayor frecuencia de uso de drogas, y mayor tasa de embarazo en la adolescencia.

Consecuencias para el padre

Se produce el abandono de estudios, la realización de trabajos de menor nivel de acuerdo a su formación, familia más numerosa, mayor tendencia a la separación de la pareja y sobredimensiona su preocupación por el problema sin tomar medidas para su solución, pues también es un adolescente.

Consecuencias para la familia

Al inicio del embarazo se manifiestan sentimientos de rabia, dolor y confusión, que posteriormente se reemplaza por apoyo y traspaso de roles, son las abuelas las cuidadoras primarias del niño/a y como resultante, la adolescente disminuye el vínculo madre/hijo. Cuando la adolescente vive en pareja lo hace a expensas de sus padres o suegros, se genera violencia y se incrementan los problemas económicos.[36]

Existen otras consecuencias del embarazo en la adolescencia relacionadas con la madre como: diabetes gestacional, infecciones urinarias, desnutrición materna, riesgo de aborto, rotura prematura de membranas, oligoamnios, prolapso de cordón umbilical, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, desproporción cefalopélvica, hemorragias, desgarro perineal, endometritis puerperal, enfermedades tiroideas, enfermedades cardiacas.[36]

En el recién nacido

Puede aparecer el síndrome de distrés respiratorio, ictericia neonatal y problemas neurológicos.[35]

Dentro de las causas del embarazo adolescente, se encuentran, la insuficiente información que se posee acerca de la sexualidad y de los métodos anticonceptivos, todo lo que se relaciona con: falta de madurez, desconocimiento o falta de cultura sexual, violación (en algunos casos), el temor a preguntar y a platicar, descuido por parte de los padres (negligencia), carencia afectiva, inseguridad, baja autoestima, falta de control en sus impulsos o simplemente por curiosidad.[34] Causas que en opinión del autor de la presente investigación, pueden contribuir al embarazo subsecuente en las adolescentes

1.2. Embarazo subsecuente. Conceptualización y factores de riesgo asociados

El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad, comprende riesgos de salud para el binomio madre – hijo.[37]

Se encontraron diversas acepciones para nombrar al embarazo subsecuente, así aparece en la literatura como: embarazo posterior, embarazo subsiguiente, embarazo repetido, reembarazo y adolescente multigesta.[38]

En la aparición de embarazo subsecuente, se relacionan factores como el inicio sexual precoz (antes de los 15 años), primer parto antes de los 15 años y el consumo de drogas.[39] Se incluyen otros factores como el no uso de anticonceptivos, la falta de apoyo social, el pobre apoyo de pareja, el abandono escolar y la depresión.[40] Se alude también a la realización del matrimonio precoz,

acompañado de desconocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos y en general de la salud sexual y reproductiva.[37]

En cuanto a los factores familiares que favorecen la presencia del embarazo subsecuente, se señala a la dinámica de la familia y se describen como factores importantes los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas y el tipo de familia, todo lo que influye directamente en el desarrollo y formación del adolescente.[38]

Se consideran como factores de riesgo del embarazo subsecuente los siguientes: los sociodemográficos como la edad, el grado de instrucción, el estado civil, [41] la ocupación, [42] el lugar de procedencia y la presencia de hábitos nocivos.[43]

En cuanto a los riesgos gineco-obstétricos se hace referencia a la edad de la menarquia, [44] el inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, y la conducta sexual de riesgo.[45, 46]

Relacionado con los riesgos psicosociales los autores señalan a los antecedentes de violencia física, psicológica y sexual, [47] la edad de la pareja, [46] el cambio de pareja, [45] y la presencia de antecedente de embarazo adolescente en la familia.[32]

Algunos autores conceden importancia a la opinión de informantes claves, los que refieren que las adolescentes no asisten al centro de salud a la planificación familiar, a las consejerías, aprecian falta de concientización del problema, expresan dependencia económica de la pareja, todo lo que refleja valoraciones negativas hacia la adolescente.[12] Se señalan diferencias entre las causas del primer embarazo y el embarazo subsecuente. Consideran que el primer embarazo se presenta porque las adolescentes no planifican o se descuidan, mientras que el embarazo subsecuente ocurre por falla del método anticonceptivo, así también por el deseo de tener otro hijo y no realizar una correcta planificación.[48]

Se identifican diferentes factores relacionados con la repetición del embarazo en la adolescencia, la causa principal asociada es haber sido madre entre la edad de 10 y 19 años, pues una maternidad temprana aumenta las probabilidades de tener otro embarazo antes de los 20 años en 500 veces.[24] Por motivos educativos, Soto[24], agrupa los factores relacionados, según áreas de interés:

Demográficos:

Las características demográficas de la adolescente y de su contexto influencian directamente este fenómeno:

- Vivir bajo la línea de la pobreza y en aislamiento, tener privación de recursos básicos, acceso limitado a educación sexual de calidad y métodos anticonceptivos y tener pocas oportunidades de crecimiento.
- Ser hija de una madre adolescente.
- El estado marital de la adolescente, convivir con una pareja, sea o no el padre de su primer hijo. Al igual que recibir apoyo de la pareja en la crianza del niño y el deseo de esta de tener otro hijo.[24]

Psicológicos:

- El bienestar mental de la adolescente es un predictor de embarazo precoz. Los trastornos depresivos suelen ser comunes en adolescentes, lo cual podría impulsar la práctica de relaciones sexuales riesgosas y el mal uso de métodos anticonceptivos, teniendo como resultado otra gestación.
- Las tendencias agresivas de la adolescente, un comportamiento impulsivo, están relacionados con otro embarazo en la adolescencia.
- La adolescente puede buscar satisfacer sus necesidades incompletas, obtener atención y apoyo de su familia o pareja; lidiar con la interrupción de sus metas y deseos y afrontar la experiencia de pérdida de su adolescencia con la concepción de otro niño, para así satisfacer su necesidad de logro y autoeficacia.
- “Una baja habilidad cognitiva” se ha relacionado con el inicio temprano de la actividad sexual y la repetición de nacimientos en adolescentes.[24]

Psicosociales:

El contexto de la adolescente, su estructura familiar y el acceso a recursos básicos como la educación, influencian en gran medida el embarazo subsecuente, aquí se relacionan:

- Una dinámica familiar quebrantada, donde recibe apoyo social limitado, existe violencia y un bajo nivel académico de la madre.[27]

- Vivir en un hogar en ausencia de los dos padres en la adolescencia también está relacionado con este fenómeno, pues el individuo debe cumplir roles que no le corresponden y madurar antes que sus pares.
- Estar en contacto cercano con otras madres adolescentes y un involucramiento religioso.
- Pertenecer a una comunidad donde el embarazo adolescente sea una norma social.[24]

Ginecológicos y Obstétricos:

- Una historia obstétrica pobre en el primer embarazo (aborto espontáneo, muerte fetal, complicaciones durante el parto).
- Al igual que un historial obstétrico pobre dentro de la familia de la adolescente, sobre todo por parte de la madre.
- Un control prenatal inadecuado o no existente, al igual que una planificación familiar ineficiente.
- Adolescentes con un historial de aborto (ya sean intencional o espontáneo) están a mayor riesgo de tener un segundo embarazo ya que la finalización abrupta de la gestación puede propiciar el deseo de otro embarazo.[24]

Sexualidad:

- Las adolescentes que tuvieron su primera experiencia sexual de forma no voluntaria o no deseada están en mayor riesgo de una gestación subsecuente no intencionado.[27]

Esta descripción detallada de factores facilita la identificación de los mismos en casos y situaciones particulares por lo que se considera útil por el autor de la investigación.

A los anteriores factores, otros autores añaden con carácter predisponente al embarazo subsecuente a la comunicación de las gestantes adolescentes con la familia, la relación con los padres, la posible historia de maltratos y abuso sexual y el consumo de estupefacientes y psicotrópicos.[24]

En la literatura revisada no solo se hace referencia a la existencia de factores que predisponen a la aparición del embarazo subsecuente, también se mencionan factores de carácter protector que lo evitan. En este sentido se alude al uso de

dispositivos de larga duración (LARC) tipo implantes o dispositivos intrauterinos (DIU), estos son más efectivos para prevenir el embarazo subsecuente que los métodos a corto plazo como los anticonceptivos orales, el parche anticonceptivo o los condones. Su utilización evidencia una reducción de al menos un 80,0 %, también se señalan la reinserción escolar, vivir sola y vivir con los padres en lugar de una pareja.[24]

Consecuencias del embarazo adolescente subsecuente

Desde la vertiente clínico-biológica existen múltiples consecuencias del embarazo subsecuente en las adolescentes, tales como:

- Las madres tienen más riesgo de desarrollar eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, parto prematuro, hipertensión, anemia severa y hemorragia materna.[49]
- Los intervalos cortos entre nacimientos aumentan el riesgo de ceguera, parálisis cerebral, enfermedades respiratorias crónicas, sordera, dislexia, hiperactividad, deterioro cognitivo, mayor riesgo de muerte en la infancia y bajo rendimiento académico futuro.[50]
- Las que tienen nuevos embarazos antes de los dos años enfrentan mayor riesgo de presentar desnutrición, además se restringe la adecuada alimentación con lactancia materna del hijo anterior por la interrupción de dicha lactancia.[50]
- Complicaciones renales, las infecciones en las vías urinarias tiene una prevalencia del 25,0 % en las gestantes adolescentes con todas las complicaciones a que esta puede conllevar.
- Retraso del crecimiento intrauterino (CIUR), debido a la inmadurez uterina.
- El riesgo de terminar el parto en cesárea es mucho mayor por la desproporción céfalo-pélvica que en estas pacientes existe debido al poco desarrollo corporal que existe en estos casos.

Se informa que en los embarazos subsecuentes se incrementa el riesgo de mortalidad infantil. Por ejemplo, en Colombia la proporción encontrada, de recién nacidos vivos por embarazo adolescente subsecuente entre 10 y 14 años fue de 2,98 % y para adolescentes entre 15 y 19 años de 23,73 %.[50]

Consecuencias en lo psicológico y social.

En lo psicológico y social se pueden enumerar diferentes consecuencias desfavorables como: [51]

- En relación con el padre, se ve obligado a unirse en matrimonio, lo que conlleva el desarrollo de inseguridad.
- La reincidencia del embarazo condiciona a la adolescente al hogar no permitiéndole desarrollar su proyecto de vida.[40]
- La presencia de un hijo a temprana edad materna, se considera frustrante para las adolescentes, pero repetir un nuevo embarazo puede conllevar un trauma psicológico, muchas veces los adolescentes tienen que modificar su proyecto de vida, para construir otro, en el cual prevalezca la paternidad responsable, ante que sus ideales, sus objetivos o metas personales.[52]
- Se limitan las oportunidades de desarrollo para la adolescente y su hijo, y se incrementan los riesgos de salud para la madre y el producto, más aún que después del primer nacimiento. Esto implica menos tiempo y recursos para desarrollarse como persona, por lo que se aumenta el riesgo de la reproducción de la pobreza y se convierte en una carga económica para sus padres.[52]
- El mayor número de separaciones y de hijos genera dificultad para lograr la autonomía económica y la protección efectiva de su núcleo familiar.[53]

Tan importante resulta conocer las complicaciones que pueden presentar las madres adolescentes con embarazos subsecuentes como las complicaciones para el recién nacido. En este sentido Calderón, [54] señala:

• Riesgo de prematuridad y bajo peso. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado.

• Aumenta el riesgo de muerte neonatal por complicaciones relacionadas con el embarazo o por la inmadurez del neonato, los cuales en un gran porciento presentan enfermedades propias del recién nacido inmaduro.

• Anemia y desnutrición.

• Trastornos respiratorios.

• Traumatismos obstétricos con graves consecuencias neurológicas.

A nivel materno infantil, las más relevantes han sido hemorragias, abortos, nacimientos prematuros y bajo peso al nacer del infante, en primer lugar, se encuentran nacimientos prematuros con 31,71 %, seguido de hemorragias con 20,73 %, el 10,98 % de los niños nacieron con bajo peso y 9,75 % de los embarazos terminaron en aborto.[54]

Todas estas consecuencias decrecen cuando la familia, como célula básica de la sociedad, desarrolla un rol decisivo en la crianza, educación y prevención de riesgos y daños para los hijos.

1.3. La familia de la embarazada adolescente

Se define la familia como un grupo social organizado, como un sistema abierto (con interacción con otros sistemas como el barrio, trabajo, escuela, grupos de amigos), constituido por un número variable de miembros, que en su mayoría conviven en un mismo lugar, unidos ya sea por lazos legales, sanguíneos o de afinidad.[55]

La estructura de la familia puede ser diversa y depende del contexto en el que se ubique. Entre las funciones que desarrolla la familia se pueden observar las tareas y actividades que realizan cada uno de sus miembros, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en el sistema familiar, que le permite alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que la caracterizan.[55] En el contexto familiar la adolescente debe aceptar y responder a normas, orientaciones, en relación con el desarrollo de su personalidad y de su vida futura.[56]

La influencia familiar actúa de forma significativa en sus miembros, y, en especial, en la adolescente, mediante la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, ideales, actitudes, acciones, hábitos de significación ético social y se influye en el comportamiento sexual.[12]

La salud familiar se manifiesta como la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar, la cual resulta del funcionamiento de la familia. Se denomina familia normo funcional cuando es capaz de cumplir funciones que son encomendadas y familia disfuncional cuando es incapaz de realizar alguna función de forma adecuada.[13]

La familia como unidad de supervivencia es responsable de satisfacer las necesidades afectivas y físicas de sus miembros; establecer patrones positivos de relaciones interpersonales; permitir el desarrollo de la identidad individual de cada uno; favorecer la adquisición de un patrón psicosexual adecuado que considere la individualidad; promover el proceso de socialización y estimular el aprendizaje y la creatividad. Estas funciones formativas de la personalidad tienen una importancia trascendental en el curso de la infancia y la adolescencia.[57]

El ambiente familiar inadecuado influye en conductas sexuales de este tipo, como el inicio precoz de las relaciones sexuales, muchas veces desprotegidas, además, la familia al interactuar con factores socioculturales, protectores y de riesgo, se convierte en vulnerable a situaciones desfavorables o de disfuncionabilidad.[51]

Existen múltiples factores que inciden en el desarrollo del embarazo en la adolescencia, de orden social, individual y familiar. En el contexto familiar en el que se desarrollan sus miembros, pueden existir influencias desfavorables si estas son desorganizadas (escaso cumplimiento de funciones); socialmente enfermas (conflicto de relación internos y con el medio social); deprivadas (graves carencias económicas y familiares); simbiótica (relaciones de sometimiento y dependencia); padres periféricos (la organización descansa sobre la mujer); parejas inestables (incapaces de cuidar a los hijos); mujer sola (carencia total del modelo paterno).[58]

La estructura familiar puede modificarse ante el embarazo adolescente; en ocasiones es aceptado por la familia, con apoyo de sus miembros en el cuidado y desarrollo del embarazo, parto de la gestante y cuidado del recién nacido; en otras ocasiones, existe rechazo familiar y es la adolescente sola o con su pareja la que enfrenta al embarazo, parto y crianza de su hijo, lo que torna más compleja la maternidad.[59]

El conflicto familiar en la adolescencia se puede analizar en dos aristas. Una expresa los aspectos beneficiosos de las interacciones entre padres e hijos, que representa una visión realista de sus relaciones y funciones positivas de esta interrelación. Sin embargo, otras revisiones muestran los efectos perjudiciales que el conflicto familiar puede ejercer en la salud familiar y, específicamente, en el

bienestar del adolescente, pues se altera la dinámica familiar, lo que influye, también, en los problemas de salud pública.[60]

El desarrollo de una maternidad saludable, con un parto feliz y obtención de un recién nacido vivo sano, depende en buena medida del apoyo que reciba la adolescente de su familia o su pareja. La familia constituye el apoyo a sus integrantes y actúa como protectora de estrés y de situaciones desfavorables durante toda la vida.[61]

La ocurrencia de un embarazo subsecuente en un medio familiar favorable o no genera conflictos, sobrecarga en algunos de sus miembros, implica necesidad de reajuste de roles e intensificación de los problemas relacionados con el espacio, la economía y los cuidados.[61]

1.4 La prevención del embarazo adolescente en la comunidad

En la comunidad se deben realizar acciones educativas por el médico y enfermera de la familia, dirigidas a la prevención tales como:

- Mantener e incrementar el movimiento de promotores adolescentes por la salud en la comunidad y conocer de las leyes y programas vigentes relacionados con la salud de adolescentes.[62, 63]
- Fomentar las relaciones positivas e intercambios generacionales entre adolescentes y padres.
- En conjunto con el grupo básico de trabajo (GBT) continuar orientando a la familia en temas relacionados con la salud integral en la adolescencia, e involucrar a maestros, profesores y brigadistas sanitarias de la federación de mujeres cubanas.[64]

La planificación familiar es el derecho básico de toda pareja y de persona de decidir libre y, responsablemente, sobre el número, espaciamiento y oportunidad de tener hijos, a partir de tener la información recibida y los medios para lograrlo, de modo que le permitan gozar del más elevado nivel de salud sexual y reproductiva.[65]

Existen principios básicos de la planificación familiar en Cuba en adolescentes, estos enuncian la satisfacción de las necesidades de anticonceptivos y la

promoción del alcance de estándares de calidad para la atención a los adolescentes.[65]

La planificación familiar en la comunidad incluye:

A) Consultorio del médico y la enfermera de la familia: en todos, se desarrollan actividades de planificación familiar por parte del equipo básico de salud (médico y personal de enfermería), con el asesoramiento del profesor del grupo básico de trabajo, especialista en ginecología y obstetricia y del psicólogo.

B) Consultas municipales: cada municipio debe contar al menos con consultas de planificación familiar en uno de los policlínicos, en las que laboran un grupo de trabajo integrado por especialistas de ginecología y obstetricia de uno de los grupos básicos de trabajo, con fondo de tiempo asignado, un personal de enfermería y un psicólogo.[65]

Los servicios de planificación familiar para los adolescentes deben reunir atributos de calidad, estos se identifican por la equidad, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes; la accesibilidad determinada en horarios y espacios conocidos; ser aceptados por la aplicación de la confiabilidad y la privacidad; apropiado por reconocer y responder a las necesidades fuera de las que motivan la consulta y efectivo por contar con los equipos e insumos necesarios.[65]

Entre las opciones viables para prevenir los embarazos en la adolescencia están los anticonceptivos, dentro de los métodos disponibles en los servicios de planificación familiar se encuentran los dispositivos intrauterinos, anticonceptivos de emergencia, hormonales orales progestágenos y tres variantes de hormonales orales combinadas, hormonales e inyectables solo de progestágenos y hormonales inyectables combinados, e implantes subdérmicos.[65]

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, coinciden en recomendar como primeras opciones anticonceptivas para adolescentes, los implantes subdérmicos de progestágenos, los dispositivos intrauterinos, la anticoncepción hormonal inyectable solo de progestágenos y la anticoncepción de emergencia.[14, 66,67]

Las acciones dirigidas a la prevención del embarazo adolescente se centran en los tres niveles de prevención, la prevención primaria, para evitar la experiencia de un primer embarazo; la prevención secundaria, para reducir los riesgos biopsicosociales que conlleva el embarazo adolescente en esta población específica; y la prevención terciaria, con el fin de prevenir embarazos subsecuentes y disminuir los posibles riesgos biopsicosociales asociados a la maternidad temprana.[68]

En la prevención terciaria del embarazo subsecuente se realizan diferentes actividades:

1. Fortalecer la calidad de la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos pos-evento obstétrico para adolescentes en primer y segundo nivel de atención.
2. Reforzar la consejería en planificación familiar pos-parto a madres adolescentes cuando asistan a citas de control de niño sano o niña sana en el primer nivel de atención.
3. Incorporar a las guías de práctica clínica de la atención del embarazo y puerperio la consejería sobre anticoncepción durante la atención prenatal para adolescentes, con énfasis en las ventajas del espaciamiento de los embarazos y privilegiando la libre elección con la oferta de la gama completa de métodos, incluyendo los métodos reversibles de acción prolongada.[68]

Aun cuando se considera la conveniencia y necesidad de realizar estas actividades, no siempre son realizadas en la Atención Primaria de Salud, depende en la mayoría de los casos del interés mostrado por las adolescentes y su familia de recibir ayuda. Se denotan la insuficiencia de acciones que contribuyan de manera eficaz a la evitación de los embarazos subsecuentes, ya que no abordan la problemática de forma integral, debieran profundizar en los conocimientos, ideas, emociones y valoraciones afectivas alrededor de esta situación que matiza los comportamientos del adolescente frente a su sexualidad, lo que no se garantiza solo por ofrecer información.

La presente investigación se realiza en el marco de la prevención secundaria, y terciaria ya que persigue el control de los riesgos potenciales en las embarazadas adolescentes y la evitación de un embarazo subsecuente que afectaría la salud de

la madre y el hijo. A pesar de la prioridad que este problema tiene para el Sistema de Salud y la Atención Primaria de Salud (APS) en particular, no se encontró en publicaciones sobre el tema algún trabajo que, posicionado en lo biopsicosocial, contribuya a la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente en este tipo de atención.

1.4.1. Enfoques reactivo y proactivo de la prevención en el embarazo en la adolescencia

La atención sanitaria está asociada con algún riesgo para el paciente, puesto que, el riesgo cero no existe. A esto hay que sumar la posibilidad de que se produzcan errores en sistemas sanitarios cada día más complejos, lo que convierte en necesaria una adecuada gestión de los riesgos, que implica un compromiso, por parte de los gestores y de los profesionales, para adoptar una actitud proactiva orientada al uso de metodologías que permitan identificar los problemas y las causas que los originan, con el fin de desarrollar estrategias de prevención o que reduzcan su repetición.[69]

El llamado riesgo clínico o asistencial se define como la posibilidad de que se produzca un resultado indeseable, o la ausencia de un resultado deseable, a lo largo del circuito de la atención sanitaria a un paciente en cualquiera de los niveles asistenciales. A menudo, en las organizaciones sin estrategia de seguridad clínica, estos riesgos se gestionan de manera descoordinada y sin disponer de información precisa para ello.[69]

En la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar que la gestión más eficaz de los riesgos clínicos implica una combinación entre dos enfoques: [69]

Enfoque reactivo: centrado en la identificación de incidentes con o sin daño para el estado del paciente, tras la ocurrencia de los mismos. Supone analizar “a posteriori” los factores que contribuyen a la aparición del error para que no vuelvan a ocurrir.

En la atención y seguimiento de la embarazada adolescente, este enfoque se concreta en decidir la interrupción del embarazo si existe indicación médica o por el contrario se ofrece el seguimiento que pone atención en los signos clínicos, el desarrollo del feto, el estado nutricional, los hábitos higiénicos, las condiciones

psicológicas y sociales de la adolescente, así como los cuidados propios y de su familia. Esto tiene por objetivo evitar complicaciones y lograr un recién nacido vivo, sano y con buen peso.

Enfoque proactivo: centrado en la identificación de aquellas áreas, servicios, procesos, en los que es previsible que se produzcan incidentes en seguridad, con el fin de modificar los aspectos que pueden ocasionarlos. Supone analizar "a priori" los posibles fallos en el circuito asistencial de los pacientes.[69]

Este enfoque de prevención no solo valora la posibilidad de la interrupción si fuera necesaria y ofrece un seguimiento considerando todas las atenciones que necesita la embarazada, sino que incorpora la concientización de la adolescente para evitar un embarazo subsecuente para lo cual necesita tener un aprendizaje efectivo sobre la anticoncepción y sobre las desventajas que un nuevo embarazo traería para su cuerpo, su psiquis, su vida social y su salud general.

La aplicación de estos enfoques en la prevención del embarazo adolescente, revela que existe una deficitaria visión proactiva. La prevención llevada a cabo con las embarazadas adolescentes se conduce teniendo en cuenta el componente reactivo.[70-75]

1.4.1.1. Tratamiento proactivo de riesgos y plan de acciones

Existen tres alternativas para el tratamiento de los riesgos, considerados necesarios de abordar: [69]

- Interrumpir o no iniciar la actividad que produce el riesgo a tratar, con lo cual se evita el riesgo, mediante medidas preventivas.
- Modificar la manera de llevar a cabo la actividad que origina el riesgo o introducir nuevas técnicas o procedimientos, para reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o compartir el riesgo con terceros, mediante medidas de reducción.
- Mantener el riesgo y establecer los controles necesarios.

Esta fase culmina con la elaboración del plan de tratamiento del riesgo, el cual debe ir alineado con las estrategias estipuladas y debe recoger una serie de datos: objetivo a conseguir, acciones a realizar, indicadores de medición, responsable de llevar a cabo cada acción, la medición de indicadores, recursos necesarios, plazo

para llevar a cabo las acciones (cronograma) y beneficio esperado con cada una de las acciones.[69]

En este sentido y al investigar sobre el seguimiento y mejora, se necesita monitorizar el plan de tratamiento, para detectar posibles ineficiencias de las acciones y actividades implantadas y poder realizar ajustes dentro de los plazos establecidos.[69]

Para ejercer cualquier tipo de influencia sobre los adolescentes, más aún si se trata de embarazos, el componente biopsicosocial tiene que ser considerado, pues esto garantiza abordar los fenómenos de acuerdo con su naturaleza, origen y desarrollo y por lo tanto el éxito de las intervenciones en salud.[76]

1.5. El componente biopsicosocial en el embarazo adolescente

La concepción de salud como estado de bienestar físico, mental y social, capacidad de funcionamiento, calidad de vida y como condiciones digna y segura para la vida son adquisiciones en la representación social de salud.[57].

El factor biológico está presente en el embarazo adolescente al exponer los riesgos, complicaciones y consecuencia para la gestante y futuro hijo, existiendo una relación importante entre el embarazo adolescente, las implicaciones biológicas y el entorno social.[76]

El aspecto social influye en el embarazo adolescente, a través de factores demográficos, socioeconómicos, educativos, inicio temprano de relaciones sexuales, región de origen de las adolescentes y pertenencia a familia disfuncionales; la familia juega un papel fundamental en cuanto a la educación, cuidado y formación de la salud sexual en la adolescencia.[76]

El factor psicológico es amplio y comprende elementos de la personalidad, la conducta, los conocimientos y los afectos. Este, cuando se presenta de forma desfavorable identifica las dificultades en el embarazo, tales como: embarazo no planificado, relación inestable con la pareja, abandono de los estudios, retiro del apoyo económico, rechazo de la pareja, rechazo de la familia, ocultar el embarazo, rechazo de sí misma, alteración de la salud mental, estrés durante el embarazo, tristeza y depresión en el curso del mismo. Es frecuente que las adolescentes embarazadas confronten varias de estas dificultades.[77]

El embarazo adolescente requiere especial atención desde el enfoque preventivo promocional. Se evidencia que su origen se debe a la interacción de diversos factores, entre los que se encuentran los psicológicos, como los cambios transitorios en su personalidad e inestabilidad emocional; en lo biológico, cambios anatómicos y funcionales en los órganos reproductivos; y en lo social, adquisición o cambios a conductas de riesgo incentivado por su entorno inmediato, como la escuela, amigos y la familia.[78]

Desde la perspectiva ecológica, se comprende que la variabilidad depende no solo de aspectos referidos a la herencia genética, sino también a las influencias del ambiente físico, social y cultural en el que se desenvuelven las adolescentes. De modo que la consideración del contexto social y familiar contribuye a la comprensión y modificación de los comportamientos.[78]

Así el estado nutricional de estas, el tipo de alimentación, los hábitos de higiene, el tipo y cantidad de actividad física que realicen, entre otros elementos, determinan de alguna manera el ritmo y magnitud de los cambios que las personas vivan en la etapa adolescente. Estos factores, además, están asociados, a su vez a aspectos socioeconómicos y educativos de las personas adolescentes y sus familias.[78]

Según Reyes *et al*., [79] las alteraciones psicosociales que resultan negativas durante el embarazo adolescente no son menores que las alteraciones en el ámbito biológico ya que con frecuencia resultan embarazos no deseados o no planificados, fragilidad sentimental con su pareja, interrupción de estudios en curso, entre otros, siendo los mencionados los más relevantes. En otro estudio se afirma que dentro de las consecuencias psicosociales en la madre adolescente se añade que a su corta edad debe asumir múltiples roles que aún no le corresponden y no sabe cómo apropiarse, entre ellos la connotación “adulta” de la maternidad, ya que sigue siendo una “niña” cognitiva, afectiva y económicamente.[79]

Los procesos de socialización, aprendizaje y apropiación (interiorización) de modelos de pensamiento, relación y conducta, de valores, de normas y de principios en la familia, en entornos de cuidado y en las instituciones educativas, constituyen elementos a considerar. En este sentido, las estrategias preventivas

tienen una influencia directa en el desarrollo personal y social de las adolescentes, en su conducta y en el proceso de evolución de su identidad.[79]

La falta de orientación y educación en salud es un factor determinante en el número de embarazos prematuros. El hogar de la adolescente, el ingreso económico de sus progenitores, el nivel de educación y la condición de pobreza del hogar influyen en el embarazo adolescente. También factores contextuales, la educación sexual integral, el acceso a distintos métodos de planificación familiar y, a la garantía del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.[79]

1.6. Estrategias preventivas del embarazo adolescente, sus resultados

Etimológicamente la palabra estrategia proviene del griego estrategia, que significa "actitudes de un general", acaudillar, que no es más que "planificar la destrucción de los enemigos en razón eficaz de los recursos".

Según la Real Academia Española estrategia es: [80]

1. Arte de dirigir las operaciones militares.
2. Arte trazado para dirigir un asunto.
3. Proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.

En el sector de la salud se destacan las investigaciones y precisiones realizadas al concepto de estrategia, Sanabria, señala que esta “responde a la pregunta: ¿cómo se va a lograr algo?, significa describir los pasos o algoritmos para alcanzar los objetivos, que se vincula con un programa educativo, con un plan de acción, luego el diseño y la ejecución de la estrategia y, posteriormente su evaluación”.[81]

Las investigaciones en países de la región de las Américas no han sido suficientes para comprender las causas del elevado número de embarazos en adolescentes y tampoco existen intervenciones multisectoriales eficientes de los gobiernos, instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil para reducirlos.[82]

Para la prevención del embarazo en la adolescencia se han propuesto múltiples estrategias, entre las intervenciones más utilizadas se encuentran la educación en salud sexual y reproductiva en un 32,0 %, intervención de factores psicosociales en un 26,0 %, la implementación de políticas en salud en un 18,0 %, planificación familiar en un 16,0 % y la educación y apoyo familiar en un 8,0 %.[82]

A pesar de los resultados satisfactorios obtenidos sobre la prevención del embarazo adolescente, en general el problema se mantiene y no evidencia impacto positivo sobre la evitación del embarazo subsecuente, por lo que el autor considera que la puesta en práctica de estrategias que consideren las características y necesidades de los grupos específicos a intervenir pueden obtener resultados superiores.

En el análisis de los diferentes artículos publicados sobre el tema se definen distintos enfoques: se privilegia el énfasis en los factores sociales y la educación sexual en Colombia, Cuba, Chile, México y Brasil; mientras que en EE.UU. se orienta más a la contracepción o planificación familiar y la educación a la familia como apoyo del proceso. También se encontraron estudios proyectados en el ámbito de políticas públicas tanto en EE.UU. como en los demás países de la región de las Américas.[82]

Países en vías de desarrollo como Colombia, México, Cuba y Chile apuestan a la educación como estrategia para reducir los embarazos en adolescentes, mientras que Jamaica y Brasil proponen la intervención psicosocial dirigida a la eliminación de la violencia intrafamiliar, la depresión y los estratos socioeconómicos bajos.[82]

En Puerto Rico la contracepción es vista como la clave para prevenir los embarazos no deseados, sin dejar de atender los aspectos psicosociales, económicos y los servicios de salud.[82]

Las causas señaladas, tanto en EE.UU. como en los países en desarrollo del resto de América, son muy similares; se diferencian en la prioridad que estos países proponen en las soluciones, desde lo social, familiar, económico, políticas públicas y desarrollo de programas de planificación, Castro *et al*., [82] recomiendan la puesta en práctica de un amplio programa de intervenciones que podrían ser efectivas para reducir el embarazo en adolescentes:

• Programa de educación sexual y vida familiar, orientado al desarrollo de habilidades para la vida, la postergación del inicio de la actividad sexual o abstinencia, la dimensión social de la problemática y el mejoramiento de la vida familiar.

• Programa de fortalecimiento de los servicios de salud, orientado a mejorar la

calidad de los servicios (calidez, oportunidad, disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva), la promoción de la salud y el trabajo con redes de jóvenes.
• Desarrollo de programa de salud mental para adolescentes, orientado a mejorar la autoestima y la afectividad en las relaciones de madre e hijos.
• Programa de desarrollo de la autoestima de la adolescente a través de las artes, orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
• Programa de recreación o de deportes, orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
• Programa de evaluación académica y ayuda en el hogar, orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
• Programa laboral y de identificaciones de carreras ocupacionales, orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
• Programa de admisión temprana a la educación superior, orientado al fortalecimiento de capacidades para elaborar proyectos de vida.
Los esfuerzos para reducir el embarazo en adolescentes, se agrupan en tres tipos de intervenciones para la prevención y promoción de la salud: [82]

- Servicios de salud que aseguran una atención de alta calidad en la salud sexual y reproductiva.
- Programas de educación sexual diseñados en un currículo apoyado en evidencias y orientado a la familia.
- Estrategias de desarrollo juvenil para fortalecer habilidades para la vida y mejora en el acceso a oportunidades educativas, económicas y culturales basadas en la comunidad.

Las evidencias de intervenciones efectivas en otros países corroboran que los principales avances en la prevención y disminución del embarazo se han dado en los programas que fortalecen las habilidades para la vida y desarrollan capacidades y competencias para el ejercicio de una sexualidad sana, saludable, responsable y placentera en las y los adolescentes.[82]
La educación sexual con base en la escuela, en la familia y en el entorno de las y los adolescentes funciona, dado que los mejores proveedores de información sobre sexualidad y conductas saludables son, en primer lugar, los padres de

familia, siempre que las relaciones al interior de esta sean positivas; y, en segundo lugar, los pares, independientemente de si son pares con conductas de riesgo o no.[82]

En el panorama actual se diseñan variedades de intervenciones educativas a nivel mundial para la prevención del embarazo durante la adolescencia, agrupadas según su objetivo a lograr en: intervenciones educativas con un enfoque tradicional, donde la prevención se aborda mediante el desarrollo de habilidades por parte del adolescente y centradas en el retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales; intervenciones de promoción de la anticoncepción, donde se busca mejorar el nivel de conocimiento y la tasa de uso de los métodos anticonceptivos y; las intervenciones combinadas, donde la prevención se aborda aunando las dos anteriores.[82]

Las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia se muestran efectivas para la mejora en el nivel de conocimientos y la modificación de las actitudes y para el uso de los métodos anticonceptivos, se pueden clasificar en: visitas domiciliarias, apoyo de pares, intervenciones escolares e integrales, incluido el uso de anticonceptivos.[83]

Las intervenciones para reducir los embarazos repetidos en adolescentes han sido influenciadas en gran medida por el marco ecológico de factores individuales, de pareja, familiares, de pares y comunitarios.

Varios estudios demostraron que los proveedores de atención médica juegan un importante papel en la prevención de embarazo subsecuente en adolescentes, las madres adolescentes que recibieron apoyo médico, psicosocial, educativo y de planificación familiar experimentaron tasas más bajas de embarazos repetidos o subsecuentes.[83]

CAPÍTULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentan los métodos utilizados en la investigación, las variables y su operacionalización, el diseño metodológico, el diagnóstico de la situación actual del problema, el diseño de la estrategia biopsicosocial, su valoración por criterio de expertos, la implementación, la evaluación de la estrategia, así como los aspectos éticos.

2.1. Clasificación de la investigación

El diseño metodológico utilizado es mixto secuencial, dada la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas de análisis empleadas. Para el diagnóstico se utilizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, mientras que para la evaluación del resultado de la estrategia se diseñó un pre experimento con grupo único y aplicación de pruebas pre y pos intervención.

La investigación se desarrolló del primero de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2021, en los consultorios del médico y la enfermera de la familia del Policlínico II “Arcelio Suárez Bernal” y la consulta de ginecología de dicho policlínico, municipio de Jatibonico. El proceso investigativo, comprendió el diagnóstico de la situación real del problema, diseño e implementación de la estrategia biopsicosocial y su evaluación.

Muestra: se utilizó un muestreo consecutivo, que consiste en seleccionar a los pacientes que cumplen con los criterios de selección especificada en el protocolo de estudio, a medida que acuden a la consulta durante un período determinado.[84]

En este caso, se seleccionaron 35 embarazadas adolescentes que decidieron continuar con su embarazo, con captación en la primera semana de enero de 2019 hasta la cuarta semana de diciembre 2020. Estas fueron seleccionadas atendiendo a los criterios que siguen:

- Adolescentes de 12 a 17 años.
- Residentes en el área pertenecientes al Policlínico II del municipio Jatibonico.
- Demostrar un nivel de comprensión y comunicación adecuado para participar de la intervención.

- Aceptar participar en el estudio.

Las 35 embarazadas adolescentes fueron evaluadas antes y después de la intervención a través de un pre experimento.

Métodos

Métodos teóricos: histórico-lógico, inductivo-deductivo, analítico-sintético y el enfoque de sistema.

El histórico-lógico: permitió determinar los antecedentes y consecuentes históricos del problema y del diseño de la estrategia.

El inductivo-deductivo: facilitó el procesamiento de la información y el establecimiento de generalizaciones en relación a las variables estudiadas.

El analítico-sintético: se empleó para el estudio de los diferentes documentos que sustentan el problema, la comprensión de las manifestaciones clínicas y psicosociales de las embarazadas en estudio y los aspectos relacionados con el proceso del diseño de la estrategia, acciones y actividades.

El enfoque de sistema: propició establecer la jerarquización y las relaciones internas entre cada uno de los componentes contenidos en la estrategia.

Métodos empíricos: encuesta, observación, entrevista, la técnica de positivo, negativo, interesante (PNI), la revisión de documentos, escala de Likert, la triangulación y el criterio de expertos.[85-88]

Encuesta: se obtuvo información de variables como: nivel de conocimiento del grupo de estudio sobre el embarazo adolescente, edad, escolaridad, estado civil, actitud de la pareja y familia ante el embarazo adolescente y deserción escolar (Anexo 1). Toda esta información se anotó en una ficha de recolección de datos sobre el nivel de conocimientos del embarazo en adolescentes para su procesamiento que incluyó información sobre las variables edad, escolaridad, estado civil, actitud de la pareja y familia ante el embarazo adolescente y deserción escolar (Anexo 2).

Observación: se realizó en dos momentos, primero para apreciar el desarrollo de las consultas del GBT y el cumplimiento de los indicadores de interés: guía de observación 1 (Anexo 3), después se aplicó la guía de observación 2 (Anexo 4) para obtener información sobre el estado emocional, comportamiento y disposición

de las embarazadas adolescentes durante la intervención, lo que informa sobre el desarrollo de las acciones y actividades de la estrategia.

Entrevista: método desarrollado a modo de conversación con objetivos definidos, en este caso de obtención de información, de ofrecimiento de orientación y valoración de la evolución clínica y de factores psicosociales a través del intercambio con la adolescente y su familia. Se utilizó una entrevista semiestructurada sobre datos psicológicos y psicosociales relacionados con la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente (Anexo 5).

Para el análisis de lo aportado por la entrevista se definieron categorías:

-Adopción de medidas de prevención (pregunta 1)

SI NO A veces

-Percepción de preparación para asumir la maternidad y desarrollo posnatal (preguntas 2, 3, 4, y 5)

- Muy preparada: Tiene información y conocimientos suficientes para el cuidado de su salud, el bebé y su atención.
- Medianamente preparada: Tiene alguna información, pero tiene dudas y preocupaciones con respecto al cuidado de su salud, el bebé y sus cuidados al nacimiento.
- No preparada: Tiene alguna información, pero no sabe utilizarla, está muy preocupada, tiene dudas y siente temores relacionados con el afrontamiento a la maternidad.

-Percepción de apoyo familiar (pregunta 6)

SI NO

-Percepción de apoyo de la pareja (pregunta 7)

SI NO

-Posibilidad de embarazo subsecuente (preguntas de la 8 a la 12)

Para evaluar la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la muestra de estudio antes y después de ser implementada la estrategia propuesta, se utilizó el examen pre-test y pos-test (Anexo 6).

Para la valoración de la estrategia biopsicosocial por el criterio de expertos, se utilizó una encuesta para la selección de los mismos (Anexo 7), se recolectó la

Información de los expertos seleccionados (Anexo 8), se aplicó una encuesta para evaluar la pertinencia de las acciones y actividades y la estrategia biopsicosocial (Anexo 9) y se tabularon los resultados de la evaluación de los indicadores (Anexo 10).

Se realizó la evaluación individual de las acciones y actividades de la estrategia biopsicosocial y criterios de medida a través de la técnica de positivo, negativo, interesante (PNI), [85] (Anexo 11. Tabla 2.1). El PNI en esta investigación se utilizó con el fin de analizar las ideas y valoraciones que hacen las adolescentes en estudio de cada una de las actividades desarrolladas, la importancia y aceptación de cada una para orientar al investigador en cuanto a la necesidad de movilizar los componentes afectivos y cognitivos en función del aprendizaje que debían lograr, en relación con su condición actual y la prevención de complicaciones y de embarazos subsecuentes. Se resumieron los planteamientos por cada columna y se obtuvo el porcentaje de valoraciones positivas, negativas e interesantes, es esta la forma más utilizada en el contexto cubano.[85]Se utilizó la técnica de agrupación de datos cualitativos para analizar los criterios ofrecidos por las embarazadas adolescentes en el PNI.[89]

Revisión de documentos: permitió profundizar en los elementos teóricos y prácticos de las normativas vigentes en el país sobre la atención a la adolescencia y la condición de embarazo en este grupo de edad y comprobar los vacíos teóricos existentes sobre el tema de la prevención proactiva del embarazo adolescente y sobre el proceder utilizado para su logro.

Para la recogida de información sobre el estado de salud de las adolescentes embarazadas antes y durante el período de estudio, se utilizaron los Anexos 12 y 13, información que se recogió en el carné obstétrico (Anexo 14).

Métodos estadísticos: Se emplearon técnicas de la estadística descriptiva, como tablas de frecuencias y gráficos que permitió el análisis y la presentación de la información de los resultados.

Con relación al plan de tabulación para análisis de los resultados, la información se introdujo en una base de datos automatizada y procesada mediante el sistema IBM SPSS versión 25 (Statistical Package for Social Sciences). Para la

elaboración de los instrumentos utilizados se profundizó, valoró y adaptó la información científica consultada.[90]

Este proceso posibilitó evaluar los cambios en términos de prevención proactiva sobre el embarazo subsecuente.

2.2. Variables y su operacionalización

Las variables utilizadas en la investigación se presentan operacionalizadas como sigue:

1. Edad.

Definición: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta el momento de estudio.

Clasificación: Cuantitativa ordinal politómica.

Indicador: Rango

Escala: 12-13, 14-15,16-17.

Escolaridad.

Definición: Último nivel de enseñanza aprobado por la paciente encuestada.

Clasificación: Cualitativa ordinal politómica.

Indicador: Nivel escolar alcanzado.

Escala:

- Primaria sin terminar.
- Primaria terminada.
- Secundaria sin terminar.
- Secundaria terminada.
- Preuniversitario sin terminar.

2. Estado civil.

Definición: Tipo de convivencia en pareja. Casado, incluye la unión consensual.

Clasificación: Cualitativa nominal dicotómica.

Indicadores: Soltera-Casada.

Escala: Si - No.

4. Nivel de conocimiento sobre el embarazo adolescente.

Definición: Conjunto de conocimientos que tiene el adolescente sobre el embarazo, en lo que respecta: definición, causas, factores de riesgo y complicaciones.

Clasificación: Cualitativa ordinal politómica.

Indicadores:

Conocimiento sobre embarazo en adolescentes. Ítems 1, 2, 3, 7, 8 y 16.

Conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes. Ítems.4, 9, 10, 14 y 17.

Conocimiento sobre riesgos en el embarazo en adolescentes. Ítems 5 y 6

Conocimiento sobre consecuencias del embarazo en adolescentes. Ítems 11,12, 13 y 15.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos del adolescente. Ítems 19, 20

Escala: ordinal politómica.

Se midió la variable: nivel de conocimiento sobre el embarazo adolescente (Si conoce/No conoce); se aplicó el cuestionario a las adolescentes embarazadas incluidas en la muestra de estudio y se utilizó como ficha de recolección de datos el Anexo 2. La forma evaluativa del cuestionario validado se realizó teniendo en cuenta lo siguiente, 20 preguntas (un ítem correcto en cada una de ellas con valor de cinco puntos para un total de 100) y tres categorías de medición de la variable "nivel de conocimiento":

- Nivel de conocimiento bajo.
- Nivel de conocimiento medio.
- Nivel de conocimiento alto.

Al dividir el percentil 100 en tres categorías, se obtiene el percentil 33 y el percentil 66. Se elabora una escala con los valores ubicados en la posición de estos percentiles y quedaría como sigue: Escala de Likert.

Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra por debajo del valor que ocupa el percentil 33: Nivel de conocimiento bajo.

- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra entre los valores que ocupan el 33 y 66 percentil: Nivel de conocimiento medio.

- Si el valor promedio de respuestas correctas se encuentra por encima del valor que ocupa el percentil 66: Nivel de conocimiento alto.

5. Variables clínicas. Problema médico social que se presenta durante el curso de una enfermedad, o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento. Puede no tener relación con ninguno.

   Clasificación: Cualitativa nominal dicotómica.

   Indicadores:

- Anemia: disminución de la hemoglobina o de los glóbulos rojos asociada con una capacidad reducida de transporte de oxígeno, se clasifica en leve: si el valor hemoglobina está entre 10 y 10,9 g/dl, moderada entre 7 y 9 ,99 g/dl, severa menor de 7g/dl.
- Infección urinaria: invasión microbiana de cualquiera de los tejidos del tracto urinario.

Diagnóstico clínico: fiebre, dolor lumbar, escalofrío, náuseas, vomito, síndrome miccional bajo, puño-percusión positiva y puntos pielorrenoureterales positivos.

Orina: hematuria, bacterias, grumos de piocitos, cilindros leucocitarios.

Urocultivo más de 100 000UFC.

- Diabetes gestacional: es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo.

Diagnóstico: dos o más glicemias en ayunas iguales o superior a 5,6 mmol/l (101 mg/dl) e inferior a 7,0 mmol/l en cualquier momento del embarazo y prueba a la tolerancia a la glucosa (PTG) normal, menor de 7,8 mmol/l, ó normoglicemia en ayunas y PTG a las dos horas igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/l) en plasma venoso.

- Hipertensión inducida por el embarazo: detección de valores de tensión arterial mayor igual 140/90 mmHg en dos tomas separadas por cuatro horas, descubierta por primera vez después de las 20 semanas del embarazo.

Escala:

- Anemia: Si - No.

- Infección urinaria: Si - No.
- Diabetes gestacional: Si - No.
- Hipertensión inducida por el embarazo: Si - No.

6. Deserción escolar.

Definición: Aquella situación en la que el alumno, después de un proceso acumulativo de separación o ausencia, finalmente se retira antes de la edad establecida por el sistema educativo.

Clasificación: Cualitativa nominal dicotómica.

Indicadores: Retirada antes de la edad establecida.

Escala: Retirada-No retirada.

7. Embarazo subsecuente.

Definición: Hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando este se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de salud para el binomio madre – hijo.

Clasificación cualitativa nominal dicotómica. Variable dependiente.

Indicadores: Embarazo subsecuente.

Escala: Si-No.

8. Estado de salud.

Definición: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, y en armonía con el medio ambiente.

Clasificación: Cualitativa ordinal politómica.

Indicadores: Estado

Escala.

Estado de salud bueno: Cuando la embarazada adolescente mostraba estado de completo bienestar físico, mental, social y armonía con el medio ambiente.

Estado de salud regular: Cuando la embarazada adolescente mostraba estado de incompleto bienestar en alguno de los siguientes parámetros: físico, mental, social, o armonía con el medio ambiente.

Estado de salud malo: Cuando la embarazada adolescente mostraba ausencia de bienestar físico, mental, social y armonía con el medio ambiente.

9. Actitud de la familia.

Definición: Manera de comportarse la familia ante el embarazo.

Clasificación: Cualitativa nominal politómica.

Indicadores: Tipo de actitud.

Escala: Aceptación, Rechazo, Indiferencia, Otros.

10. Actitud de la pareja.

Definición: Manera de comportarse la pareja ante el hecho del embarazo.

Clasificación: Cualitativa nominal politómica.

Indicadores: Tipo de actitud.

Escala: Aceptación, Rechazo, Indiferencia, Otros.

11. Prevención reactiva y proactiva.

Definición: “Probabilidad de interrumpir o aminorar la progresión de aparición de una afección o daño al estado de salud y evitación del embarazo subsecuente”.

Clasificación: Cualitativa nominal dicotómica. Variable dependiente.

Indicadores: reactividad, proactividad.

Escala:

Prevención reactiva:

Se previene siempre: Cuando la probabilidad de interrumpir o aminorar la progresión de aparición de la afección o daño al estado de salud, se encuentra en correspondencia con la siguiente puntuación: ocho puntos (un punto por cada respuesta correcta: todo o nada) en correspondencia con las respuestas emitidas en el instrumento aplicado en los ítems 1, 2, 3, 4, 7,13, 14 y 16.

Nunca se previene: Cuando la probabilidad de interrumpir o aminorar la progresión de aparición de la afección o daño al estado de salud, no se encuentra en correspondencia con menos de cuatro puntos en las respuestas emitidas en el instrumento aplicado en los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 13, 14 y 16.

Se previene a veces: Cuando la probabilidad de interrumpir o aminorar la progresión de aparición de la afección o daño al estado de salud, se encuentra de

cuatro puntos a 7,5 en las respuestas emitidas en el instrumento aplicado en los ítems 1, 2, 3, 4, 7, 13, 14 y 16.

En las anteriores clasificaciones de la variable se tuvo en cuenta lo aportado por la adolescente en la entrevista semiestructurada en relación a sus conocimientos sobre prevención del embarazo y la calidad de la información que posee en ese sentido y a sus cuidados, lo que indica sobre su cognición al respecto y las valoraciones afectivas que expresa en relación a su embarazo, si lo desea o no y cómo se percibe en el rol de madre, todo lo que se confrontó con la observación.

Prevención proactiva: Anticipación a posibles embarazos y evitación del embarazo subsecuente antes de su ocurrencia en lugar de reaccionar una vez ocurrido.

Se previene siempre: Cuando se logra anticipación a posibles embarazos de forma tal que se evite el embarazo subsecuente antes de su ocurrencia, se encuentra en correspondencia con la siguiente puntuación: ocho puntos (un punto por cada respuesta correcta. Todo o nada) en correspondencia con las respuestas emitidas en el instrumento aplicado en los ítems 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 15.

Nunca se previene: Cuando la anticipación a posibles embarazos de forma tal que se evite el embarazo subsecuente antes de su ocurrencia, se encuentra en menos de 4 puntos en las respuestas emitidas en el instrumento aplicado en los ítems 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 15.

Se previene a veces: Cuando la anticipación a posibles embarazos de forma tal que se evite el embarazo subsecuente antes de su ocurrencia, se encuentra de cuatro a 7,5 puntos en las emitidas en el instrumento aplicado en los ítems 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 y 15.

Además del puntaje obtenido, se apreciaron las valoraciones obtenidas en las respuestas a la entrevista semiestructurada, en la que se profundiza en los conocimientos, ideas y juicios sobre la prevención del embarazo subsecuente que realiza la adolescente, se obtiene así información sobre el contenido de sus funciones cognitivas relacionadas con esta situación y la observación para constatar los estados emocionales que se presentan al referirse a la posibilidad de contraer un segundo embarazo.

La medición de la prevención reactiva y proactiva se efectuó como sigue:

Se previene siempre: cuando la evaluada obtuvo 16 puntos en las respuestas incluidas en la encuesta. Todo o nada.

Nunca se previene: cuando la evaluada obtuvo menos de 8 puntos en las respuestas incluidas en la encuesta.

Se previene a veces: cuando la evaluada obtuvo de 8 hasta 15,5 puntos en las respuestas incluidas en la encuesta.

2.3. Diagnóstico de la situación actual del problema

La fase diagnóstica se llevó a cabo del primero de enero de 2016 hasta el nueve de enero de 2019, desglosada como sigue: del primero de enero al 30 de diciembre del 2018, se procedió al análisis de los documentos que norman la atención a la salud de las adolescentes y sus derechos, estos fueron: Guía de actuación para los servicios de planificación familiar, [65] Programa del médico y enfermera de la familia, [91] Programa nacional de atención integral a la salud del adolescente, [64]Atención integral y de calidad a adolescentes, [92] Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, [93] y el Código de las Familias.[94] Simultáneamente, se realizó la observación del desempeño de los integrantes de los GBT de las áreas implicadas en el estudio, en las consultas de atención a las embarazadas adolescentes con periodicidad quincenal y énfasis en los aspectos de la prevención reactiva y proactiva. Se recogieron de forma escrita las valoraciones de los observadores.

A partir del cinco de enero de 2019 y hasta el diecisiete de diciembre de 2020, se caracterizaron las embarazadas adolescentes de acuerdo con las variables edad, escolaridad, estado civil, nivel de conocimientos, variables clínicas, estado de salud, actitud de la pareja y la familia ante el embarazo, deserción escolar y prevención reactiva y proactiva. Esta se realizó a partir de la semana diez, posterior a la captación del embarazo de cada una de las embarazadas adolescentes. Se aplicaron en la caracterización enunciada, del 24 de enero 2019 al 29 de mayo del 2020, la encuesta sobre el nivel de conocimientos sobre embarazo en adolescentes. (Anexo 1), la ficha de recolección de datos sobre el nivel de conocimiento del embarazo en adolescentes del Policlínico Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico Sancti Spíritus (Anexo 2), la guía de observación 1 para ser

llenada en las visitas quincenales a los consultorios del GBT (Anexo 3), así como la entrevista semiestructurada (Anexo 5) y el examen pre-test: encuesta para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente (Anexo 6). Dada la necesidad de comenzar la intervención a partir de la evaluación de las necesidades y las características de las adolescentes, se tomaron los resultados de las cinco primeras embarazadas para encauzar el diseño de la estrategia, someterla a valoración por los expertos y comenzar su aplicación.

2.4. Diseño e implementación de la estrategia biopsicosocial

Para fundamentar la concepción teórica y metodológica de la estrategia, se asumieron los principales conceptos y definiciones de Rodríguez del Castillo, [95] D Armas, [96] Márquez, [97] Sanabria, [81] Fernández, [98] Naranjo *et al*., [99] y Concepción, [100] con el propósito de enfatizar en la ejecución de acciones y actividades para alcanzar la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente y relacionar el conocimiento teórico con las demandas que se presentaron en este grupo poblacional; para argumentar la nueva propuesta que se somete a validación.

Se asumió el concepto de estrategia de Concepción, [100] quien refiere que una estrategia es una toma de decisión consciente e intencional con que se recupera de forma coordinada la información necesaria, en correspondencia con la situación en que se produce la acción.

La estrategia diseñada cumplió con los siguientes criterios de construcción:

a) Concreción de la información epidemiológica esencial sobre la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente, desde la perspectiva de la comunidad.

b) Perfeccionamiento de la prevención reactiva y proactiva, como expresión de la articulación sistémica de sus indicadores.

c) Modificación del aspecto dinámico del desarrollo del objeto con el establecimiento de las relaciones entre cada elemento de la propuesta, así como en el proceso de retroalimentación entre los sujetos involucrados en el área de estudio.

d) Se ajusta a la planeación estratégica al estar integrada por acciones y actividades incluidas en una estrategia biopsicosocial que toma en consideración

la valoración de las necesidades de prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en el contexto comunitario, con la participación de los sectores sanitarios y sociales, el fortalecimiento de las relaciones del GBT con las embarazadas y la obtención de resultados a determinado plazo. Para la construcción de las actividades a desarrollar en cada una de las acciones, se siguió la metodología de técnicas participativas de la promoción de salud, de tipo auditiva, visual, vivencial, escrita y gráfica. Se combinaron técnicas de promoción individual y grupal, con esquema para facilitar la elección de las dinámicas más adecuadas. Se siguió una secuencia lógica en el proceso de aprendizaje: primero se posibilitó la adquisición de conocimientos, después profundizar en las actitudes y seguidamente se trabajaron las habilidades de las embarazadas que permitan alcanzar los objetivos formulados.[101]

Características generales de la estrategia.

• Concepción de un enfoque sistémico, a partir de las relaciones de coordinación, subordinación y dependencia. Permite tener una valoración integral y sistémica del estado de salud de la embarazada adolescente y sobre la base de las necesidades afectadas.

• Definición de acciones y actividades estructuradas en 11 sesiones de 30 minutos cada una.

•Planificación de recursos y métodos para viabilizar la ejecución (instrumentación). Las formas de organización de las actividades se basan en métodos educativos, como: charla educativa, demostración como técnica individual y dinámicas de grupo (aplicadas cuando se incluyera a la familia, la pareja o ambos en dependencia del acompañamiento a la embarazada), como técnicas colectivas, así como la entrevista individual y familiar.

• Evaluación de los efectos originados por la propuesta de cambio.

Para el diseño de la estructura de la estrategia, llevado a cabo del 2016 al 2018, se adoptó el formato recomendado por Naranjo *et al*., [99] El autor de la investigación se reunió con los especialistas del GBT dedicados a la atención de las embarazadas adolescentes para la selección de los temas de interés, definir los objetivos, métodos, técnicas y procedimientos a emplear para la elaboración

de la estrategia. Se tuvo en cuenta el análisis de los resultados de los diferentes documentos rectores y normativas de salud pública para la atención a este grupo de edad, [102] así como la revisión bibliográfica relacionada.[103]

La versión de la estrategia perfeccionada se sometió a valoración por el método de criterio de expertos, con el propósito de determinar su pertinencia.

2.4.1. Valoración de la pertinencia de la estrategia por criterio de expertos

Para valorar la pertinencia de la estrategia, por los expertos, se utilizó la comparación por pares, explicado por Ruiz.[104] Para seleccionar a los expertos, se aplicó un procedimiento que se sustentó en la autovaloración de cada profesional, tal como plantean los autores de este método; el propio experto es la persona más indicada para evaluar su competencia en un tema[105] (Anexo 7)**,** la información de los expertos seleccionados aparece en el (Anexo 8).

Para conocer la opinión de los posibles expertos sobre su competencia, se utilizó una escala que consta de 11 categorías (0 a 10), donde el 0 significa la ausencia de competencia sobre el problema objeto de investigación y el 10 representa la máxima preparación.

Con la intención de determinar las fuentes que les permitieron argumentar sus criterios, se solicitó a cada uno que indicara en una escala ordinal de tres categorías (alto, medio, bajo), el grado de influencia que tuvieron en sus criterios: análisis teóricos realizados por él, experiencia obtenida, trabajos de autores nacionales consultados, trabajos de autores extranjeros consultados, conocimiento del estado del problema en el extranjero y en su institución.

Para evaluar la pertinencia de las acciones y actividades y la estrategia biopsicosocial, se elaboró una encuesta (Anexo 9).

El coeficiente de competencia (k) se calculó como la media aritmética de los coeficientes de conocimiento y de argumentación. El estudio minucioso de la información compilada (Anexo 10), posibilitó la selección de los 30 expertos integrantes del grupo conformado.

Con el propósito de adquirir información precisa, en la encuesta (Anexo 11), se tuvieron en cuenta elementos que revelaran el poder explicativo, el rigor, la

especificidad, el alcance y el poder de replicación de la propuesta. Dicha encuesta contempló, además, una pregunta abierta con el propósito de tener en cuenta otras opiniones y recomendaciones para perfeccionar las acciones y actividades de la estrategia; centrada en la prevención del embarazo adolescente subsecuente, y caracterizada por su análisis reactivo y proactivo.

Los indicadores se midieron teniendo en cuenta la matriz de valoración que utilizan las categorías de muy adecuada (MA), bastante adecuada (BA), adecuada (A), poco adecuada (PA) e inadecuada (I), un valor de la escala de medición compuesta por los números 5, 4, 3, 2 y 1, los cuales simbolizan las categorías precedentes, respectivamente. La tabulación de los resultados de la evaluación de los indicadores por expertos se presenta en el Anexo 10.

2.5. Implementación de la estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

La estrategia, luego de validada por los expertos, se implementó por los integrantes del grupo GBT del área de salud en estudio, (previa preparación para el logro de homogeneidad en la intervención) y liderada por el especialista de Ginecología y Obstetricia (autor de la investigación), de forma individual con cada adolescente y su familiar, en 11 sesiones de trabajo con periodicidad quincenal y duración aproximada de 30 minutos, a partir de la 5ta semana de enero de 2019.

En la planeación para trabajar con los sujetos, se elaboró una ruta crítica desde la semana 10 de captación por el médico general integral, quien aplicó el examen pre-test y la encuesta sobre el nivel de conocimiento a las adolescentes embarazadas, hasta posterior a la semana 32 cuando se aplicó el examen pos-test. El siguiente cuadro ilustra la ruta crítica:

Cuadro 2.1. Representación de la implementación y evaluación de la estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

Ítems de la ruta crítica	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6
Semana de aplicación	Semana 10 del embarazo	Semana 10 de captación	Semana 12 a la 32	Posterior Semana 32	Semana 37-40	Semana 12 y durante el desarrollo de la estrategia
Contenido	Captación	Aplicación del examen pre-test y encuesta sobre el nivel de conocimiento.	Aplicación de las acciones y actividades de la estrategia. Criterios de medida PNI	Examen pos-test	Evolución de las adolescentes gestantes, intervalo entre 37-40 semanas.	Valoración clínica, para la identificación del estado de salud

Procedimiento

Al arribar la embarazada al consultorio, se les aplicaba el examen pre-test y la encuesta del nivel de conocimiento. Con el resultado de este examen y la caracterización de la muestra, el investigador principal a las 12 semanas en la consulta de evaluación comenzó la aplicación de las acciones y actividades de la estrategia a cada gestante, de forma individual y consecutiva, al culminar estas, y a partir de las 32 semanas, se les realizó el examen pos-test a cada embarazada de forma independiente. Durante las sesiones, el investigador principal evaluó el estado de salud de cada gestante, así como la evolución relacionada con los factores psicosociales presentes, lo que contribuyó al análisis detallado de cada embarazada adolescente (Anexo 13, Tabla 2.3).

La acción uno y actividad uno, se corresponde con la semana 12 del embarazo, la acción dos y actividad uno se corresponde con la semana 14 del embarazo y se continuó cada acción y actividad en esa frecuencia hasta culminar a las 32 semanas el total de las acciones y actividades.

Se tuvo en cuenta para la medición de la prevención proactiva del embarazo subsecuente de las adolescentes, considerar el período de puerperio, así como el uso de lactancia materna exclusiva como método anticonceptivo. Se descartó de esta forma el tiempo que aportó cada uno de estos factores a la prevención del embarazo subsecuente.

El periodo de estudio se enmarcó del primero enero del 2016 hasta 31 de diciembre del 2021, tomando en consideración el tiempo que aporta el puerperio y la lactancia materna exclusiva a la prevención del embarazo: 18 meses de seguimiento para la prevención proactiva.

En la participación de cada una de las acciones y actividades contenidas en la estrategia, se tuvo en cuenta criterios de medida relativos a su asistencia a las sesiones de la estrategia, participación en las mismas, cambios en el estilo de vida, comportamientos ajustados al desarrollo del embarazo y a la protección para evitar el embarazo subsecuente, así como la independencia alcanzada. Todo esto se recoge en el carné obstétrico de las gestantes y se complementa con la observación y la entrevista.

También se revisaron las valoraciones dadas en el PNI (Anexo 11, Tabla 2.1) para conocer de la aceptación e involucramiento en la estrategia de cada adolescente y poder planificar y reforzar acciones según correspondiera.

2.6. Evaluación de la estrategia

Para la evaluación de la estrategia, se diseñó un pre-experimento con un grupo único, para apreciar las modificaciones antes y después como resultado de la realización de las acciones y actividades aplicadas.

Para evaluar el estado de salud de las embarazadas al principio y durante el período de aplicación de la estrategia biopsicosocial, se tuvieron en cuenta los parámetros siguientes: altura uterina, circunferencia abdominal, tensión arterial, pulso, examen de piel, examen de mucosa, curva de peso materna, valoración nutricional y examen con espéculo según protocolo y necesidades de las gestantes (Anexo 12, Tabla 2.2), (Anexo 13, Tabla 2.3).

Toda la información sobre el estado de salud de las adolescentes se recogió durante las 11 sesiones de trabajo, conjuntamente, con la aplicación de las

acciones y actividades de la estrategia en consulta. También se llevó un registro evolutivo de los aspectos psicosociales, como: actitud de la adolescente, la familia y la pareja hacia el embarazo, comunicación, cuidado de la salud por la adolescente, estilos de vida asumidos durante la gestación, preocupaciones relativas al embarazo, así como expresiones relativas a tener un nuevo embarazo.

Se evaluaron los cambios producidos en la variable dependiente a través del examen pos-test en fecha posterior a la semana 32 de cada una de las embarazadas incluidas en el estudio y hasta el 29 de mayo de 2020 y el monitoreo con la consideración de los siguientes elementos: valoración por parte del autor de las necesidades afectadas en las embarazadas; manifestaciones clínicas individuales que se presentaron en ellas; control del cumplimiento del tratamiento médico y logro de conductas generadoras de salud; la necesidad de optimizar la prevención reactiva y proactiva al grupo dispensarial en estudio, lo que implicó: la coordinación con los diferentes sectores sanitarios y sociales; el logro de relaciones comunicativas entre el profesional, la embarazada adolescente y su familia, la cual facilitó el vínculo y la aceptación del especialista en el medio familiar, y se potenció la responsabilidad para la solución a los problemas de salud en la comunidad.

Para la realización del pre experimento, se siguieron los siguientes pasos:

Paso 1: Decisión de cuántas variables debería ser incluida en el pre experimento. En este caso se trató de la variable dependiente prevención con sus indicadores reactivo y proactivo del embarazo adolescente subsecuente, necesaria para probar la hipótesis, alcanzar los objetivos y responder al problema científico.

Paso 2: Elección de las variables. Este paso requirió que el concepto teórico sobre la variable prevención reactiva y proactiva, se convirtiera en una serie de operaciones que debieron realizarse para administrar el tratamiento pre experimental planificado.[69]

Paso 3: Desarrollo del instrumento o instrumentos para medir la(s) variable(s). Se utilizó una encuesta como exámenes pre y pos-test (Anexo 6).

Paso 4: Selección de una muestra para el pre experimento.

Paso 5: Reclutamiento de los sujetos del pre experimento. Las 35 embarazadas adolescentes se captaron por el médico general integral (MGI) y de acuerdo a esa fecha, se dosificaron los exámenes pre y pos-test a aplicar a las mismas. Se les solicitó consentimiento informado a ellas y a su familiar (Anexos 15 y 16). Se tuvo contacto con ellas, y se les ofreció las explicaciones necesarias e indicó el lugar, día, hora y persona con quien deben presentarse. Se les ofreció el máximo de facilidades para que acudieran al pre experimento: se les llamó por teléfono el día anterior a la realización del pre experimento para recordarles su participación en este.

Paso 6: Selección del diseño pre experimental apropiado para las hipótesis, objetivos y pregunta de investigación. Se utilizó en la tipología del pre experimento: diseño de pre y pos-test con grupo único.

Como punto de referencia inicial se comprobó qué nivel tenía el grupo en la variable prevención reactiva y proactiva antes de la intervención. Se realizó para ello seguimiento del grupo.

Paso 7: Planeación para manejar a embarazadas adolescentes que participaron en el pre experimento. Elaboración de ruta crítica para las adolescentes incluidas en la muestra desde que llegaron al lugar del experimento hasta que se retiraron (paso a paso y de forma consecutiva). Para el trazado de esta ruta crítica, se tuvo en cuenta mes, año, semana de cada mes, así como la fecha de captación del embarazo por el MGI.

Paso 8: Análisis cuidadoso de las propiedades del grupo.

Paso 9: Aplicación del pre y pos-test.

El pre experimento se efectuó del 24 de enero de 2019 al 29 mayo de 2020. Durante esta fase se elaboraron, validaron y procesaron los instrumentos para la posterior recolección de datos primarios, relacionados con los logros alcanzados por las embarazadas adolescentes. Los instrumentos tuvieron la finalidad de evaluar la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente después de ser implementada la estrategia propuesta. Se confrontaron los ítems de cada instrumento con los indicadores establecidos. Los indicadores fueron medidos en una escala nominal de tres categorías

valorativas: se previene siempre, se previene a veces y nunca se previene el embarazo adolescente, relacionado con la prevención reactiva y proactiva.

La validación de instrumentos se realizó en dos momentos: la validación cualitativa también conocida como creación del instrumento y la validación cuantitativa o evaluación de las propiedades métricas del instrumento creado en la fase anterior. La validación cualitativa se realizó en tres fases. Se elaboró el instrumento con siete ítems (examen pre y pos-test).

En la segunda fase, se entregó la encuesta a 20 especialistas en Ginecología y Obstetricia quienes, en una ficha de calificación, evaluaron el diseño y el contenido de cada una de las preguntas, además tenían la libertad de sugerir nuevas preguntas. Luego, el cuestionario fue evaluado por cinco expertos en redacción para calificar el orden y la escritura.

Al final del proceso, el cuestionario quedó conformado por siete preguntas sobre prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente. Se hicieron coincidir las preguntas con los indicadores de la variable dependiente, prevención reactiva y proactiva. No existe índice para la validez de contenido, siendo avalada por la forma o procedimientos utilizados para construir el test y por las personas que lo construyeron.

La validez interna se llevó a cabo mediante el cálculo del índice de discriminación (ID) de cada ítem o correlación elemento–total corregida. Este índice se obtuvo ordenando a los encuestados según las puntuaciones obtenidas en la prueba y se comparó con los resultados obtenidos por los del tercio superior con los del tercio inferior. Se consideró ítem con un buen índice de discriminación a partir de +0,2 confiabilidades alta.[106]

Las fichas codificadas se revisaron en el momento de la encuesta, para evitar omisiones de preguntas y durante la introducción de los datos al programa. Se realizó la verificación mediante la lectura en voz alta de los códigos y su contraste con lo registrado en la base de datos. Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2019 para la base de datos, y para el análisis el programa IBM SPSS Statistics V. 19.[90]

Paso 10. Ejecución.

Como parte de la ejecución del pre experimento se aplicó el instrumento a las embarazadas adolescentes, para determinar la prevención reactiva y proactiva en una etapa inicial y otra final (Anexo 6) bajo el criterio de constituir momentos temporales significativos durante el desarrollo de la experiencia. En este sentido, se precisaron las principales direcciones que como parte del trabajo investigativo se requirió analizar, las cuales se relacionaron con: análisis de los indicadores establecidos y su correspondencia con la estrategia propuesta, posibilidades reales de realizar la investigación teniendo en cuenta la complejidad del trabajo asistencial de los incluidos en el GBT y las adolescentes escogidas. Verificación del estricto cumplimiento de la planificación de las acciones y actividades biopsicosociales creadas para este efecto.

2.7. Aspectos éticos

El estudio se aprobó por la Comisión de Ética del Consejo Científico de la Facultad "Dr. Faustino Pérez Hernández" de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus y por la Dirección Municipal de Salud del municipio Jatibonico. Los datos primarios, así como los resultados de la investigación, fueron utilizados sólo por el equipo básico de salud que atendió a las embarazadas, en la más estricta confidencialidad. Este estudio no implicó afectaciones físicas ni psicológicas de las embarazadas adolescentes. No hubo experimentación mediante intervenciones especiales con seres humanos, salvo las establecidas en el programa materno infantil, con apego a lo estipulado en la Declaración de Helsinki.[107] No implicó intrusismo a la cultura y la idiosincrasia de la familia y de las embarazadas adolescentes y se intentó siempre conciliar o consensuar orientaciones o criterios involucrados en las acciones y actividades de la estrategia, sin imposiciones ni consejos directivos. El consentimiento informado, se solicitó a cada embarazada adolescente y su familia de forma oral y escrita (Anexos 15 y 16).

CAPÍTULO 3. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROCESO INVESTIGATIVO

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la caracterización de las embarazadas adolescentes según variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Se muestran los resultados del examen pre-test y pos-test aplicados a las embarazadas adolescentes en relación con la prevención reactiva y proactiva del embarazo. Se exhibe el diseño de la estrategia y los resultados de la valoración realizada por los expertos, así como los resultados obtenidos con su implementación. Finalmente, se presenta la comparación de los resultados antes y después de la ejecución de la estrategia.

3.1. Resultados del diagnóstico de la situación real del problema

Con relación a las insuficiencias que muestran los documentos normativos para la prevención reactiva y proactiva del embarazo en la adolescencia, así como los relacionados con las insuficiencias de la atención que ofrecen los médicos a las embarazadas adolescentes, se detectaron las siguientes dificultades:

- Formulación deficitaria de estrategias específicas con vías para su implementación y evaluación.
- Ausencia de vías para lograr resultados que contribuyan a la reducción del embarazo subsecuente en las embarazadas adolescentes.
- Carencia de acciones llevadas a cabo en la Atención Primaria de Salud (APS) para la prevención proactiva del embarazo adolescente.
- Carencia de información bibliográfica relativa a la prevención del embarazo adolescente en su visión proactiva.

La observación realizada a la actuación de los médicos y el GBT en las consultas de atención a las embarazadas adolescentes en la APS (Anexos 3 y 4), mostró las siguientes dificultades:

- La comunicación entre el médico, la adolescente y la familia, se observó limitada en términos de confianza generalmente por parte de la adolescente, al exponer su estado y situación particular. En la mayoría de los casos la familia mostró rechazo al embarazo.

- No se encontraban actualizados todos los datos de las embarazadas adolescentes contenidos en la historia clínica (HC).
- El interrogatorio no incluyó todos los elementos biopsicosociales de forma sistémica, por lo que fue insuficiente la caracterización de la adolescente y de la familia.
- La frecuente inasistencia de la pareja no permitió ofrecer las orientaciones necesarias sobre el embarazo, sus riesgos, evolución, posibles complicaciones, así como la prevención del embarazo subsecuente.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la caracterización de todas las embarazadas adolescentes captadas, proceso que se realizó de forma consecutiva.

Tabla 3.1. Caracterización de las embarazadas adolescentes según variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico.

Variables		No.	%
Edad	[16-17]	26	74.29
Escolaridad	Secundaria terminada	15	42.86
Estado civil	Casada	24	68.57
Nivel de conocimiento	Bajo	31	88.58
Variables clínicas	Infección urinaria	6	17.14
Estado de salud	Bueno	22	62.86
Actitud de la pareja y la familia ante el embarazo			
Rechazo por la pareja	No	29	82.86
Rechazo por la familia	Si	25	71.43
Deserción escolar	No	27	77.14

Según la edad se observa el predominio de embarazo adolescente en el rango de 16 a 17 años, con el 74,29 % seguido por el de 14-15 con un 25,71 %. Con relación a la variable escolaridad, las mayores cifras se ubicaron en la secundaria terminada con un 42,86 %. El 68,57 % de las embarazadas adolescentes están

casadas. Con relación al nivel de conocimiento de las adolescentes se obtuvo un predominio bajo con un 88,58 %.

La complicación clínica que más se presentó en ellas fue la infección urinaria con el 17,14 %, seguida de la anemia con un 14,28 %. El estado de salud resultó Bueno en más de la mitad de las embarazadas (62,86 %). El examen con espéculo, resultó el de mayor preponderancia, pues 12 embarazadas presentaron infección cérvico vaginal para un 34,28 %. De ellas cuatro, coincidieron con la valoración nutricional de obesas, siendo este un factor predisponente para la infección cérvico vaginal. El resto se comprobó como resultante de mala higiene genital y relaciones sexuales desprotegidas.

Prevalece en la muestra el rechazo de la familia de la adolescente al embarazo concebido en un 71,43 %, mientras se presenta en menor cantidad de las parejas con un 17,14 %. La deserción escolar de las adolescentes estudiadas se presentó en ocho de ellas, para un 22,86 %. Los resultados de la caracterización de las embarazadas adolescentes según examen pre-test aplicado, en relación a la prevención, se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3.2. Resultados del examen pre-test aplicado a las embarazadas adolescentes en relación con la prevención reactiva y proactiva del embarazo.

Prevención reactiva						
Embarazadas encuestadas	No. Se previene siempre	%	No. Se previene a veces	%	No. Nunca se previene	%
35	8	22,86	7	20,00	20	57,14
Prevención proactiva						
Embarazadas encuestadas	No. Se previene siempre	%	No. Se previene a veces	%	No. Nunca se previene	%
35	12	34,29	4	11,43	19	54,29

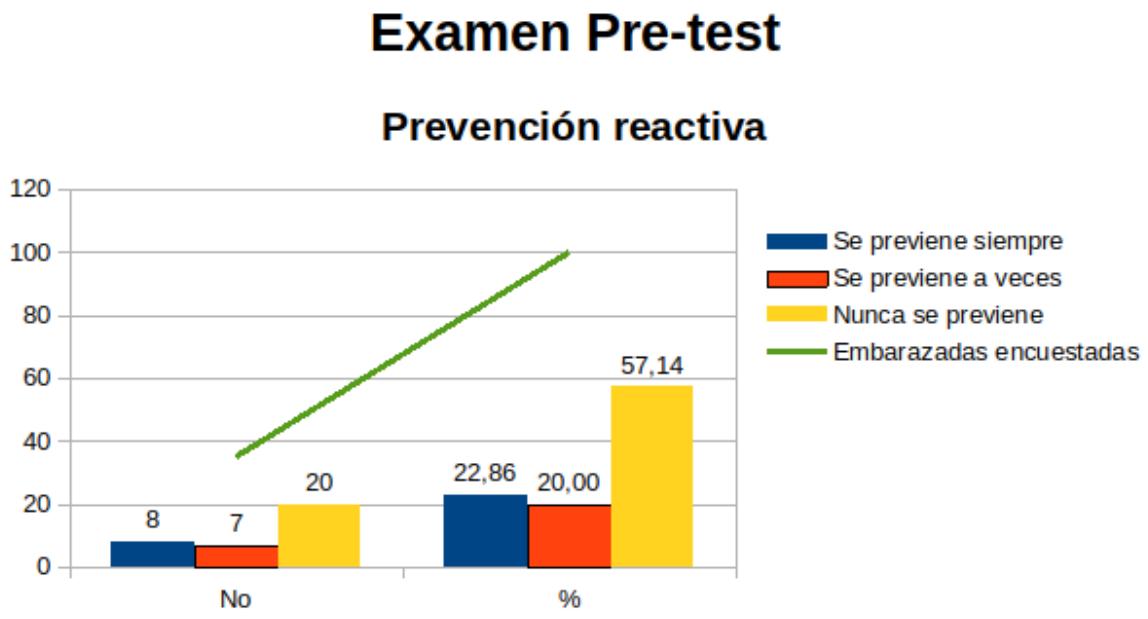


Gráfico 3.1. Examen pre-test. Prevención reactiva

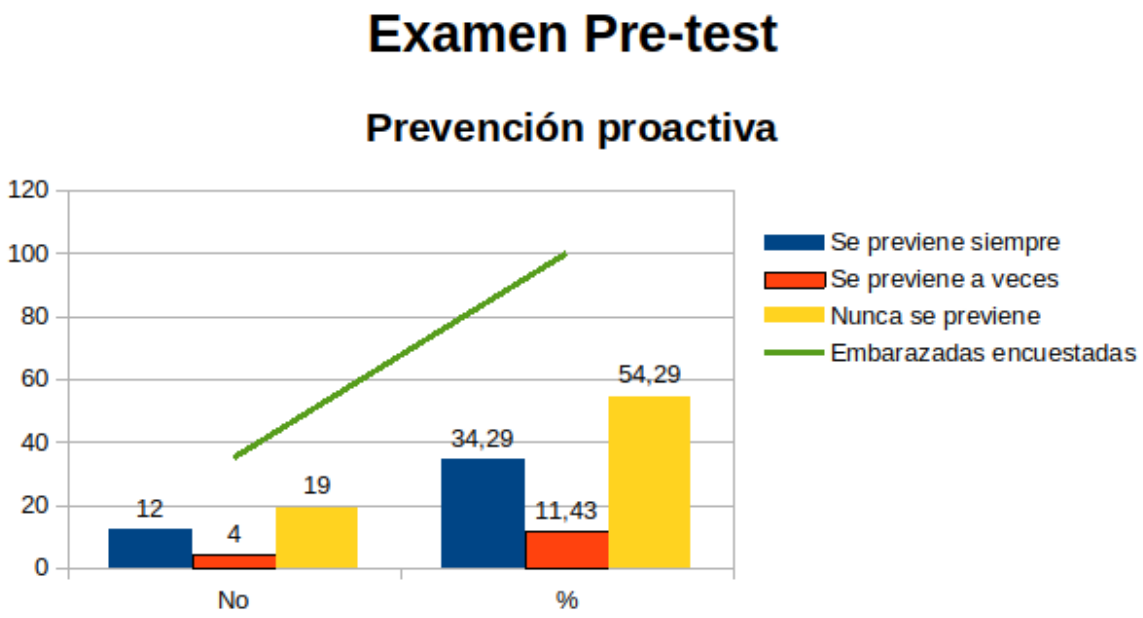


Gráfico 3.2. Examen pre-test. Prevención proactiva

Como se puede apreciar, el indicador nunca se previene el embarazo adolescente desde la perspectiva reactiva y proactiva, resultó alto en las embarazadas adolescentes al comienzo del pre experimento (57,14% y 54,28 %). Se observa que la probabilidad de interrumpir o aminorar la progresión de aparición de la

afección o daño al estado de salud y embarazo subsecuente, se encuentra en correspondencia con una puntuación menor a 16 puntos, respectivamente en correspondencia con las respuestas emitidas en el instrumento aplicado.

Estos datos se corroboran cualitativamente con lo expresado en las entrevistas semiestructurada, en las que predominó que las adolescentes no se expresan abiertamente sobre el embarazo, desconocen los riesgos y los comportamientos que deben asumir para el cuidado de su salud, además al inicio, ellas en su totalidad no se plantean la posibilidad de tener un nuevo embarazo al culminar el presente con el nacimiento del hijo, así como son débiles los argumentos referidos a por qué no deben volver a embarazarse. Fue minoritario el apoyo de la pareja y la familia, prevaleciendo relaciones mediadas por el rechazo de estos al embarazo.

3.2. Diseño de la estrategia. Estructura.

A continuación, se presenta la estructura íntegra de la estrategia como quedó conformada después de su valoración por criterios de expertos.

Título: Estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

Introducción: La presente estrategia se orienta a resolver los déficits identificados en la prevención proactiva del embarazo en la adolescencia con la intención de perfeccionar su atención en el contexto de la Atención Primaria de Salud. El grupo básico de trabajo tiene la responsabilidad de aplicar los recursos y métodos que se orientan, con la inclusión de la familia y las parejas de las embarazadas siempre que sea posible.

Objetivo general: Perfeccionar la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

Acciones y actividades incluidas en la estrategia biopsicosocial.

Acción 1. Creación de un clima de relación propicio entre las embarazadas adolescentes y el GBT en términos de: diálogo, respeto a los pares, reconocimiento de los roles e identificación de las entidades patológicas.

Actividad 1.

Tema: Relación médico-paciente en el logro de un clima adecuado para la comunicación.

Objetivo: Establecer un clima adecuado en torno a la relación médico-paciente.

Medios: Hoja de papel.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se desarrolla una entrevista como técnica individual de educación para la salud caracterizada por una comunicación verbal directa cara a cara entre la embarazada y el GBT, orientada a:

• Estimular el diálogo, evitando aquellas conversaciones que puedan generar estrés.

• Educar en el uso de otras formas alternativas de comunicación.

• Inculcar la necesidad de ser responsable de las actividades relacionadas con la prevención.

• Identificar los gustos e intereses de las embarazadas adolescentes e intentar favorecerlas.

Precisar la presencia o no de alguna enfermedad en la adolescente.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 2. Promoción de las relaciones interpersonales entre embarazadas adolescentes y el GBT en términos de auto respeto, flexibilidad, adaptabilidad a la situación de salud, auto confianza, compromiso e interés en la atención, autocontrol, empatía y aceptación.

Actividad 1.

Tema: Las relaciones interpersonales de las embarazadas adolescentes y el GBT en el contexto asistencial.

Objetivo: Incentivar el establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales entre las embarazadas adolescentes y el GBT.

Medios: Hoja de papel.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se desarrolla una entrevista como técnica individual de educación para la salud caracterizada por una comunicación verbal directa entre la embarazada y el GBT, orientada a:

• Promover adecuadas relaciones interpersonales que generen confianza, compromiso y empatía entre la embarazada adolescente y el GBT.

• Identificar necesidades, motivaciones y estados afectivos y emocionales atendiendo a la situación actual de salud.

• Ofrecer recursos para potenciar la autoestima como juicio de valor, utilidad personal y auto confianza en sí misma, para un adecuado afrontamiento del embarazo adolescente subsecuente.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 3. Instrucción sobre principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención del GBT a las embarazadas adolescentes y el reconocimiento al valor de la labor de ambos grupos.

Actividad 1.

Tema: Principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención del GBT a las embarazadas adolescentes. Reconocimiento al valor de la labor de ambos grupos.

Objetivos: Transmitir información acerca de los principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención del GBT a las embarazadas adolescentes.

Reconocer el valor de la labor del GBT y las embarazadas adolescentes.

Medios: Computadora, hoja de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se realiza charla educativa por medio del lenguaje oral, con apoyo de materiales visibles en la computadora, orientada a:

• Exponer aspectos relacionados con los principios éticos, morales, políticos e ideológicos en la atención del GBT a las embarazadas adolescentes, enfatizando en el respeto a la diversidad, la aceptación, la tolerancia y el cumplimiento de reglas y normas.

• Explicar el valor de la labor del GBT, así como el de las embarazadas adolescentes en el marco asistencial, en la transmisión de conocimientos y experiencias en términos de: auto reconocimiento, aceptación y cumplimiento de roles, tolerancia, negociación, interacción, compromiso e interés en la atención, así como presentación y explicación de ideas propias.

• Fomentar la transmisión de experiencias creando un clima de respeto y aceptación.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 4. Identificación y solución de necesidades biopsicosociales afectadas, en términos de saber escuchar, planteamiento de alternativas posibles, decisión de las más adecuadas, empatía, y asertividad.

Actividad 1

Tema: Necesidades biopsicosociales en el embarazo adolescente subsecuente.

Objetivo: Reflexionar acerca de las necesidades biopsicosociales en el embarazo adolescente subsecuente.

Medios: Computadora, hoja de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: Policlínico

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se realiza charla educativa como variante de la clase que desarrolla acciones educativas en la esfera sanitaria, además con la utilización de documento de la atención prenatal para facilitar su comprensión. La charla se orienta a:

• Promover el acercamiento de las embarazadas adolescentes a su GBT para abordar aspectos en lo concerniente a problemas de salud, medicación, relaciones familiares, alternativas de tratamiento, información y actualización sobre su estado gestacional, repercusión biológica y social del embarazo en esa etapa del ciclo vital centrada en los riesgos.

• Instruir a los familiares en la importancia del reconocimiento y respeto de la embarazada adolescente, para la armonía colectiva en virtud del funcionamiento familiar como expresión del proceso de salud.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 5. Fundamentos teórico-prácticos relacionados con el embarazo en la adolescencia, causas y consecuencias. Prevención del embarazo y métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

Actividad 1.

Tema: Embarazo adolescente, causas y consecuencias. Prevención del embarazo y métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

Objetivos: Transmitir información sobre el embarazo en la adolescencia, causas, consecuencias y prevención para establecer comportamiento ajustado al desarrollo del embarazo y a la protección para no re embarazarse.

Demostrar el empleo de los métodos anticonceptivos para la planificación familiar.

Medios: Computadora, hoja de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra, Psicólogo.

Lugar: Policlínico.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se desarrolla charla educativa orientada a:

• Explicar aspectos teóricos acerca del embarazo en la adolescencia, sus causas y consecuencias, así como su prevención a modo de favorecer una mayor educación sexual y reproductiva.

• Identificar los métodos anticonceptivos (métodos de barrera, biológicos, hormonales y permanentes) empleados en el control de la reproducción para fomentar la planificación familiar.

Se realiza, además, una demostración orientada a:

• Mostrar los métodos anticonceptivos (métodos de barrera, biológicos, hormonales y permanentes) empleados en el control de la reproducción.

• Enseñar su empleo mediante el uso de técnicas que favorezcan una mejor comprensión de los participantes.

• Estimular a los participantes a mostrar el empleo de los métodos anticonceptivos.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 6. Fundamentación de la importancia del apoyo familiar en el desarrollo del embarazo adolescente.

Actividad 1.

Tema: Familia y embarazo.

Objetivo: Adecuar las actitudes de la familia respecto al embarazo en la adolescencia.

Medios: Pizarra, video.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se realiza dinámica de grupo con apoyo de videos proyectados en la computadora, orientada a:

• Debatir sobre los problemas que enfrenta la embarazada adolescente (madres solteras generalmente, provenientes de hogares disfuncionales con dificultades económicas, rechazo, abandono escolar, coartación de su proyecto de vida).

• Analizar y discutir sobre la importancia del apoyo de la familia a la embarazada adolescente para el tránsito adecuado del proceso.

• Crear actitudes que propicien la toma de conciencia en cuanto a la necesidad e importancia de fomentar el apoyo de la familia a la embarazada adolescente procurando un clima de aceptación, comprensión, confianza y comunicación.

Esta condición afecta a las adolescentes porque la mayoría se ven limitadas en sus proyectos de vida, ya que generalmente desertan de sus estudios, hecho que lleva a menor preparación para competir laboralmente y, por ende, disminución en los ingresos económicos lo que afecta su calidad de vida y la del hijo por nacer.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 7. Vigilancia de la salud y el cuidado del medio ambiente en la identificación de problemas y ejecución de medidas de control en su solución, a través de transferencia de conocimientos de un contexto a otro, expresión oral y escrita con claridad, discriminación y diferenciación de los aspectos relevantes e irrelevantes.

Actividad 1.

Tema: Aspectos teórico-prácticos de la Atención Primaria de Salud para incentivar la participación comunitaria y el logro de estilos de vida saludables en las embarazadas adolescentes.

Objetivo: Reflexionar en torno a la importancia de la participación de la comunidad en el desarrollo de estilos de vida saludables en el embarazo adolescente subsecuente.

Enseñar ejercicios físicos y de relajación, que favorezcan el desarrollo adecuado del embarazo.

Propiciar el fortalecimiento de actitudes en cuanto a la participación de la comunidad en el desarrollo de estilos de vida saludables en el embarazo adolescente subsecuente.

Medios: Hoja de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente, familia y activistas sanitarias

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Entrevista educativa como técnica de comunicación verbal directa cara a cara entre la embarazada y el orientador para:

- Averiguar las necesidades de aprendizaje de la embarazada adolescente en relación a estilos de vida saludables.
- Motivar a la gestante para el aprendizaje y la inclusión en su vida diaria de recursos y actividades que favorezcan su estilo de vida saludable.
- Favorecer la participación de las activistas sanitarias en el desarrollo de las actividades con las embarazadas que propicien un estilo de vida saludable.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 8. Contribución a la redimensión del estilo de vida de la embarazada adolescente, en términos de orientación y comprensión sobre la relación existente entre la embarazada adolescente y el GBT, sobre apoyo emocional de la misma.

Actividad 1.

Tema: Conductas saludables y responsables en el embarazo adolescente subsecuente.

Objetivo: Promover estilos de vida saludables y conductas responsables en el embarazo adolescente subsecuente.

Medios: Computadora, hojas de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se desarrolla una charla educativa por medio del lenguaje oral, orientada a:

• Profundizar con la embarazada adolescente y su familia, en la importancia de una adecuada nutrición en el embarazo, mediante una dieta balanceada que evite

el aumento brusco o exagerado de peso. Para ello se utilizaron las tablas de nutrición visualizadas en una computadora.

• Explicar la repercusión negativa de los hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas) en el embarazo.

• Estimular el desarrollo de conductas responsables durante el período de gestación, relacionadas con la asistencia a las instituciones de salud, así como el establecimiento de una comunicación adecuada con los miembros del GBT, favoreciendo la orientación, la comprensión y retroalimentación.

Acción 9. Interacción del rol de la embarazada adolescente con la APS, utilizando la comunidad como espacio de intercambio para la búsqueda de un cuidado biopsicosocial apropiado.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Actividad 1.

Tema: La comunidad como espacio de interacción de la embarazada adolescente y la APS, para un cuidado biopsicosocial apropiado.

Objetivo: Formular actividades que favorezcan el cuidado biopsicosocial de las embarazadas adolescentes en la comunidad.

Medios: Computadora, hojas de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente, familia, activista sanitaria

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se desarrolla charla educativa con apoyo de la computadora, dirigida a:

• Incorporar a la embarazada adolescente a las actividades biopsicosociales para su cuidado en la comunidad.

• Realizar visitas de control y seguimientos a la embarazada adolescente en el hogar, según necesidades biopsicosociales afectadas en las mismas.

• Aprovechar espacios comunitarios para la ejecución de actividades comunitarias, con la ayuda de las activistas sanitarias, que respondan a las necesidades

biopsicosociales de la embarazada adolescente, tales como: parques, círculos sociales, casas de cultura, explanadas, plazas y terrenos libres sin peligro para la vida.

• Impartir temas biopsicosociales para el cuidado a la embarazada adolescente en la comunidad teniendo en cuenta sus necesidades afectadas y siguiendo la siguiente ruta crítica: tema, objetivo, tiempo, sede, hora, fecha, actividades, motivación y conclusiones de las actividades.

• Adecuar como temas fundamentales para las actividades comunitarias a tratar con la embarazada adolescente las siguientes:

Del nivel biológico:

- Embarazo, y embarazo subsecuente y factores de riesgo.
- Conductas generadoras de salud: dieta, reposo físico, relaciones sexuales en el embarazo, prevención de la sepsis urinaria, de enfermedades virales e infecciones de trasmisión sexual.
- Riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer.
- Signos de alerta de descompensación: cambios en las cifras de tensión arterial, desviación de la curva de peso materno, de la altura uterina, circunferencia abdominal, edemas en miembros inferiores, manos y cara, aparición de sintomatología específica.
- Estilos de vida saludables.
- Evolución natural del estado y respuestas terapéuticas.

Del nivel psicológico:

-Embarazo no planificado.
-Ocultar el embarazo.
-Relación inestable con la pareja.
-Rechazo de la pareja.
-Abandono de los estudios.
-Retiro del apoyo económico.
-Apoyo económico de la pareja.
-Apoyo económico de la familia.
-Rechazo de sí misma.

-Alteración de la salud mental.

-Estrés durante el embarazo.

-Tristeza y depresión durante el embarazo.

-Apoyo moral de la familia.

-Apoyo moral de la pareja.

Del nivel social:

- Relación embarazada adolescente-familia.
- Acciones socio familiares para el cuidado biosocial a la embarazada adolescente en la comunidad.
- Los niños en la sociedad.
- Embarazo y adolescencia.
- Sociedad y embarazo.
- Educación para la salud y embarazo.

• Impartir los temas biopsicosociales planificados en los espacios seleccionados para tal efecto.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 10. Evaluación del embarazo como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar.

Actividad 1:

Tema: Dimensión biológica del embarazo.

Objetivo: Valorar la dimensión biológica del embarazo en la APS.

Medios: Hoja de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se realiza entrevista como técnica de comunicación verbal directa cara a cara entre la embarazada adolescente y el grupo básico de trabajo, orientada a:

• Interpretar la clínica según: a) examen físico general, regional y por aparatos, b) exámenes de laboratorio, c) examen imagenológico, d) y otros exámenes necesarios para la detección precoz de las afecciones y de las complicaciones asociadas al embarazo, en correspondencia con las limitaciones físicas y sociales que se presentan en esta etapa de la vida y otros daños a la salud.

• Identificar y controlar los síntomas y signos del estado.

• Fiscalizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico: antianémicos, aspirina, carbonato de calcio, entre otros y no farmacológico.

• Evaluar los riesgos biopsicosociales desde el punto de vista clínico-epidemiológico.

• Controlar la dispensarización.

• Interconsulta con los miembros del GBT y con otros especialistas cuando sea necesario.

Al finalizar se anima al llenado del PNI individual para lo cual se ofrece papel y lápiz, se recogen y se realiza la despedida.

Acción 11. Valorar los aprendizajes incorporados en la embarazada adolescente y su familia.

Actividad 1.

Tema: Comportamientos incorporados en la vida diaria por la embarazada adolescente.

Objetivo: Analizar con la embarazada adolescente los cambios en los comportamientos a partir de lo aprendido, su independencia alcanzada.

Medios: Hoja de papel y lápiz.

Participantes: Embarazada adolescente y familia.

Responsables: Ginecólogo, MGI, Pediatra.

Lugar: CMF.

Tiempo: 30 min.

Desarrollo:

Se realiza entrevista mediante el lenguaje oral, orientada a:

• Identificar los comportamientos saludables incorporados por embarazadas adolescentes y su familia.

Indagar sobre el uso dado a la información ofrecida sobre: relación con el equipo de salud, anticoncepción, planificación familiar, relaciones familiares, embarazo en la adolescencia, sus causas, riesgos y consecuencias, estilo de vida saludable.

• Considerar la aparición de nuevas necesidades en las embarazadas adolescentes, su atención y seguimiento, así como mantener los cambios favorables operados.

Durante la implementación fue posible evaluar el proceso de desarrollo de las sesiones, esto se facilitó por la observación, el intercambio en las sesiones con las adolescentes y su familiar y lo aportado por la técnica del PNI cuyos resultados se ofrecen en (Anexo 11 Tabla 2.1).

Obsérvese como las 35 embarazadas adolescentes resultaron participantes en el desarrollo de cada acción y actividad de la estrategia; ninguna de ellas causó baja y todas asistieron a las 11 consultas instituidas en la estrategia biopsicosocial.

El registro de los datos psicosociales se valoró evolutivamente, durante todas las sesiones, de seis parejas que rechazaban el embarazo al inicio, cinco modificaron su actitud, de forma similar el rechazo por la familia se redujo a uno después de la intervención con la estrategia.

El nivel de conocimiento se elevó considerablemente y se apreció con la incorporación de comportamientos adecuados en relación a los estilos de vida, la anticoncepción, los riesgos, la planificación familiar, las causas y consecuencias del embarazo y embarazo subsecuente en las adolescentes, todo lo que se evaluó de forma oral en la última sesión de la estrategia, aunque en lo cualitativo se le dio seguimiento durante la intervención.

No se produjo ninguna nueva deserción escolar, mientras que sí se apreció que 6 adolescentes mostraron interés por reincorporarse a los estudios cuando esto fuese posible.

Los planteamientos negativos de las embarazadas se expresaron en un porciento bajo (35,0 %) y se ofrecieron al principio de la intervención, ya a partir de la cuarta sesión no se produjo ninguna expresión de este tipo, lo que se constató en los resultados del PNI. Algunas de las expresiones negativas que se recogieron versaron sobre: no desear hablar de sus problemas con los médicos, referir

malestar hacia los padres y su incomprensión por la presencia del embarazo y temores e incertidumbre por el futuro.

Los planteamientos positivos que se expresaron en la mitad y más de las adolescentes fueron:

- Creación de un clima positivo y de confianza entre el equipo de salud y las embarazadas.
- Comprensión de lo reglamentado en la atención que se ofrece al embarazo en la etapa.
- Aceptación y tolerancia por parte del equipo de salud de todos los criterios aportados y las diferencias expresadas.
- Aprendizaje sobre el embarazo adolescente, causas y condiciones, así como los cuidados a tener.
- Cambios en la actitud de la familia y las parejas hacia la embarazada y el embarazo.
- Aprendizaje y práctica de comportamientos saludables, incorporados al estilo de vida.
- Aprendizaje de medidas de prevención del embarazo subsecuente.
- Independencia alcanzada en su autocuidado y las actividades de la vida diaria.

Fueron planteamientos interesantes de la mayoría los siguientes:

- Comunicación verbal agradable y efectiva con los miembros del GBT.
- Orientación para la identificación de necesidades, motivaciones y estados emocionales en las embarazadas.
- El clima de respeto y aceptación creado.
- Profundizar en los problemas particulares de cada embarazada.
- Aprendizaje sobre variados métodos anticonceptivos.
- Confianza para poder comunicar al médico las preocupaciones de la embarazada con respecto al embarazo y a otros problemas.
- Aprendizaje sobre la repercusión de los hábitos tóxicos durante el embarazo.

- Aceptación de comportamientos generadores de salud como: dieta, reposo físico y sexual, relaciones sexuales protegidas en el embarazo, prevención de la sepsis urinaria, de enfermedades virales e infecciones de trasmisión sexual.
- Comprensión de los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el embarazo adolescente subsecuente.
- Reformulación de acciones y actividades que facilitan el desarrollo de un embarazo saludable.

Los elementos positivos e interesantes obtenidos a través del PNI, hablan a favor de la aceptación y la creación de un clima favorable y de satisfacción en las embarazadas adolescentes en las que se intervino, así como de las interacciones positivas que se establecieron entre ellas, sus familias y el equipo de salud, lo que identificó el desarrollo de un proceso de intervención productivo y armónico.

Se presenta el diseño de la estrategia, su estructura:

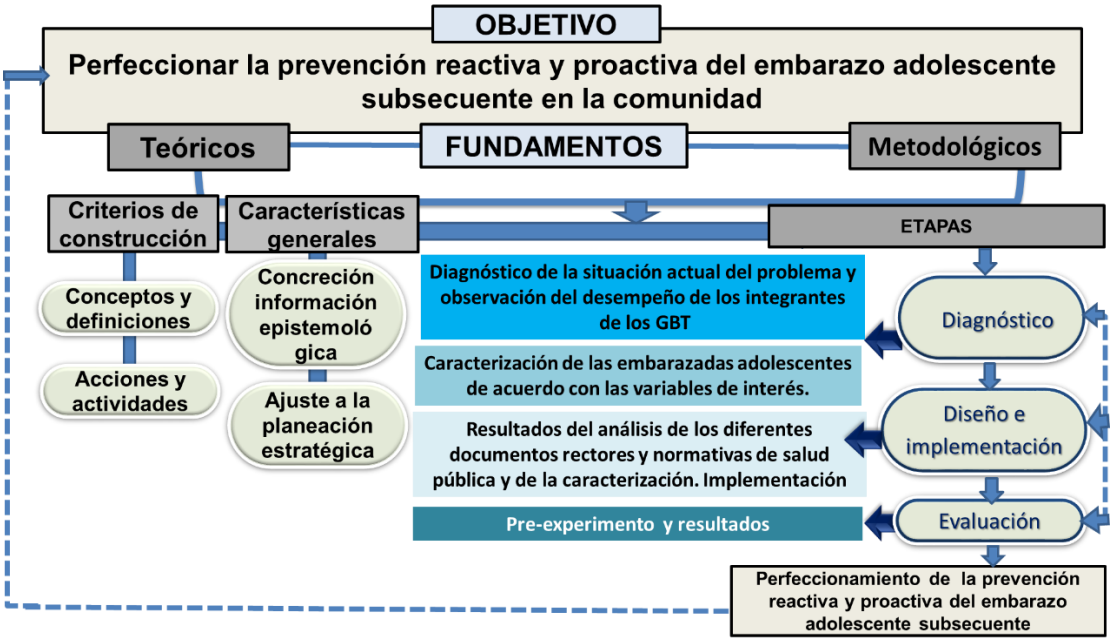


Figura 3.1. Estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

3.2.1. Resultados de la selección de los expertos

Se presentan los resultados de la selección de los expertos que valoraron las acciones y actividades contenidas en la estrategia biopsicosocial. Del total de los expertos seleccionados, 27 (90,0 %) poseen experiencia en el proceso de atención a la adolescencia; 21 (70,0 %) son especialistas en Medicina General Integral, tres (10,0 %) son profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus; cuatro (13,30 %) son profesores de otras universidades que trabajan la temática de las estrategias en salud: Facultad de Ciencias Médicas de la Habana, Calixto García Iñiguez y Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila "José Assef Yara", y dos (6,60 %) son profesores de la Universidad de Sancti Spíritus (UNISS) "José Martí Pérez".

Las categorías académicas, científicas y docentes en los expertos seleccionados tienen una acertada representación. Del total, 12 son Doctores en Ciencias (40,0 %) y 18 Másteres (60,0 %). Todos están relacionados con centros de la Educación Médica Superior y 12 (40,0 %) ostentan la categoría principal de Profesores Titulares, 11 (36,60 %), son Profesores Auxiliares y siete (23,30 %) son Asistentes.

Todos los implicados se caracterizaron por poseer una alta profesionalidad y el empeño de perfeccionar la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad. Demostraron, además, una actuación crítica y autocrítica en su desempeño profesional y manifestaron interés por colaborar con la investigación.

Estos expertos fueron portadores de un valor del coeficiente k mayor o igual a (0.83). A estos, se les envió la propuesta acompañada del instrumento para evaluar la pertinencia de las acciones y actividades, de la estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

3.2.2 Resultados de la valoración realizada por los expertos de la estrategia para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

En el gráfico que se expone a continuación se organizan los resultados cuantitativos que se obtuvieron al término del procesamiento de la información.

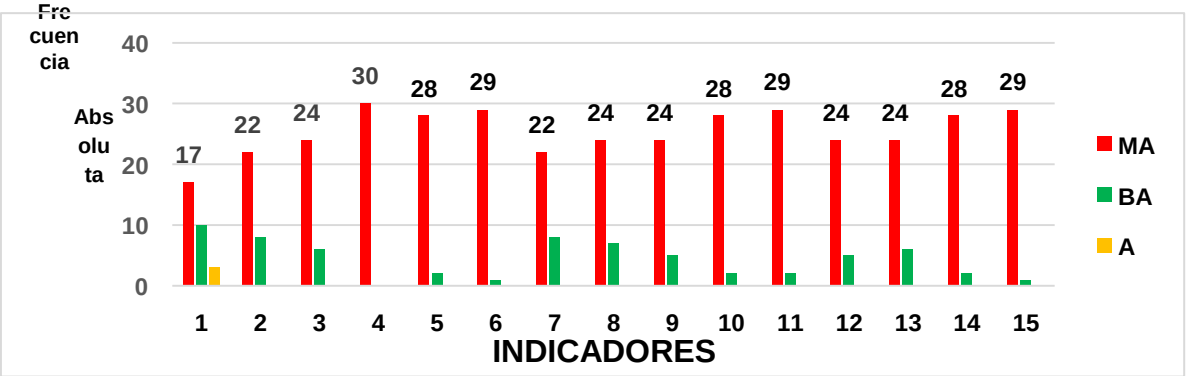


Gráfico 3.3. Resultados de la evaluación realizada por los expertos de la estrategia para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad

Los indicadores del uno al seis muestran los resultados de la evaluación de la caracterización de las acciones y actividades según se aprecia en el gráfico, donde se refleja que los indicadores, del segundo al sexto, fueron evaluados por el 100 % de los expertos como muy adecuada o bastante adecuada, lo que significa que se logra:

• Explicar con precisión los indicadores a tener en cuenta para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.

• Expresar con coherencia las relaciones entre las acciones y actividades con los indicadores, para el logro de la prevención re y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.

• Utilizar las definiciones pertinentes y necesarias para caracterizar las acciones y actividades, para lograr la prevención re y proactiva.

• Emplear un lenguaje preciso y claro al caracterizar las acciones y actividades.

• Realizar la correlación con las exigencias de los documentos normativos de la carpeta metodológica.

En el caso del indicador 1, el 90,0 % de los expertos lo evaluaron de muy adecuado o bastante adecuado; el 10,0 % restante lo consideró solo de adecuado; precisaron que se logró caracterizar los principales elementos de las acciones y actividades incluidas en la estrategia.

La pregunta abierta realizada posibilitó confirmar la pertinencia de las acciones y actividades de la estrategia biopsicosocial, pues en las opiniones de los expertos se refirieron, por lo general, a la concreción del diseño de estas y su relación con la prevención re y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad, así como las posibilidades de aplicación y a la correlación de la caracterización efectuada con las exigencias de los documentos normativos de la carpeta metodológica, documento rector de la APS.

En relación con la estrategia, el gráfico 3.3 muestra que los indicadores del 7 al 15 fueron evaluados de muy adecuados o bastante adecuados, al expresar que:

• La fundamentación de los elementos teóricos que sustentan la estrategia, así como sus exigencias y elementos que la tipifican se declaran de forma precisa.

• Existe correspondencia entre el objetivo general de la estrategia y los específicos con sus acciones.

• La representación gráfica ilustra su estructuración y la relación de las acciones y actividades.

• Las acciones y actividades propician la adquisición de la información necesaria para la prevención re y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

• Las acciones y actividades incentivan la motivación hacia la prevención re y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.

• La estrategia tiene posibilidades de aplicación en la práctica.

Las consideraciones expresadas ratificaron la pertinencia de la estrategia biopsicosocial, ya que la mayoría de los expertos consideraron que las acciones y actividades de la estrategia favorecen la prevención re y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad. Los expertos emitieron

una evaluación favorable de los distintos indicadores sometidos a su criterio valorativo, lo que se corroboró en los resultados estadísticos obtenidos.

No obstante, a estas valoraciones, se obtuvieron de los expertos observaciones y sugerencias para perfeccionar actividades, que se tuvieron en consideración. En sentido general, el método contribuyó a mejorar la estrategia con las acciones y actividades.

3.3. Resultados de la implementación de la estrategia

Teniendo en cuenta la modificación que experimentó la variable dependiente, en el mes de julio del 2020, se observó:

Tabla 3.3. Resultados del examen pos-test aplicado a las embarazadas adolescentes en relación con la prevención reactiva y proactiva del embarazo.

Prevención reactiva						
Embarazadas encuestadas	No. Se previene siempre	%	No. Se previene a veces	%	No. Nunca se previene	%
35	32	91,43	3	8,57	0	0,00
Prevención proactiva						
Embarazadas encuestadas	No. Se previene siempre	%	No. Se previene a veces	%	No. Nunca se previene	%
35	33	94,29	2	5,71	0	0,00

Fuente: base de datos. Microsoft Excel.

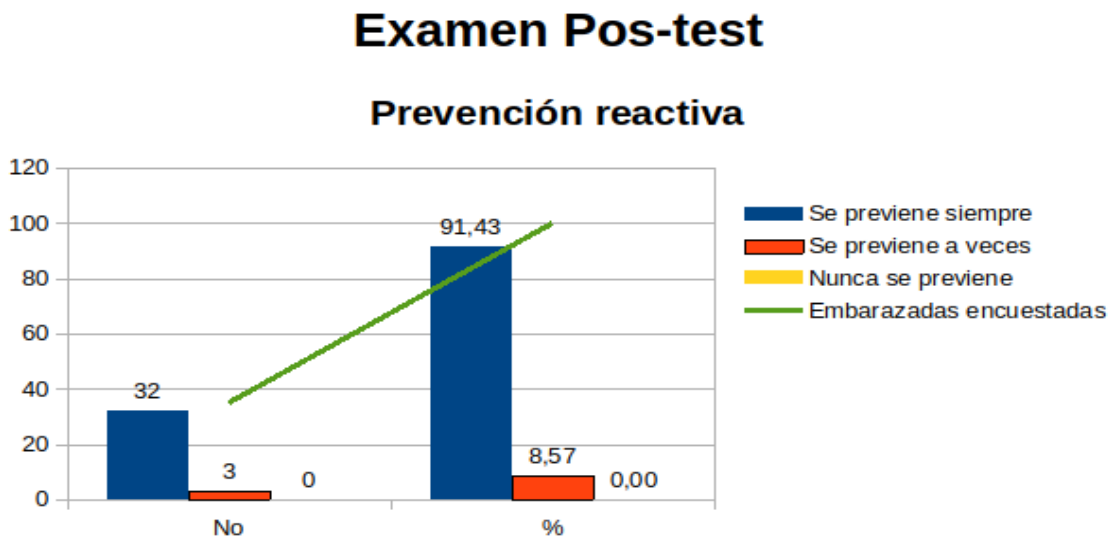


Gráfico 3.4. Examen pos-test. Prevención reactiva

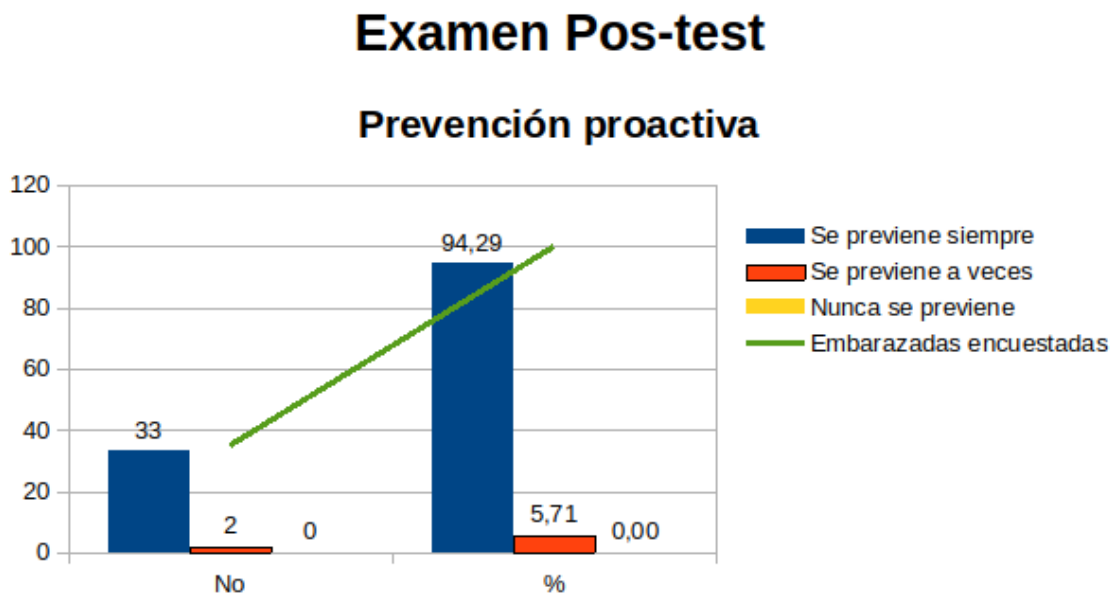


Gráfico 3.5. Examen pos-test. Prevención proactiva

En el examen pos-test, se observó que los resultados alcanzados en la variable prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente fueron altos, a favor de la categoría se previene siempre.

Todas las embarazadas adolescentes evolucionaron de forma satisfactoria con un parto a término con un intervalo entre 37-40 semanas, con recién nacidos vivos y peso adecuado. Del total de 35 embarazadas ninguna presentó embarazo subsecuente en el periodo de la investigación.

Después de implementada la estrategia biopsicosocial, las adolescentes embarazadas encuestadas, se agruparon en mayor número en el indicador se previene siempre, con relación a la prevención reactiva y proactiva. Lo que se encuentra avalado por las respuestas ofrecidas en la encuesta (examen pre y pos-test) aplicado a las mismas donde la casi totalidad respondieron de forma afirmativa sobre el poder prevenir el embarazo adolescente subsecuente, el rol del médico y la enfermera de la familia como personal adecuado para brindarle información, los riesgos de este embarazo para su salud y para el futuro bebé,

sobre las medidas de prevención para evitarlo, sobre la necesidad de la utilización de métodos anticonceptivos para su prevención, y la forma en que la escuela, la familia y la comunidad pueden influir en una adecuada atención prenatal en caso de presentarse. Además, lo que un nuevo embarazo en un tiempo menor de dos años al actual, pudiera afectar la salud de la madre, del feto y del hijo, la preparación de la adolescente en su desarrollo biológico y en la esfera psicológica para un embarazo, cuánto el embarazo subsecuente puede favorecer el abandono escolar, el rechazo familiar, el rechazo de la pareja, cómo puede afectarles el desarrollo educativo, las relaciones sociales y la situación económica, qué consecuencias desfavorables para la familia y la comunidad puede traer consigo el embarazo, la importancia de la comunicación con los padres para evitar complicaciones durante un embarazo en la adolescencia, cuánto la educación general en la sexualidad favorece la prevención del embarazo adolescente subsecuente, la importancia de la atención prenatal para evitar complicaciones durante el embarazo y el puerperio.

Toda la información presentada se muestra en el gráfico 3.2 como sigue:

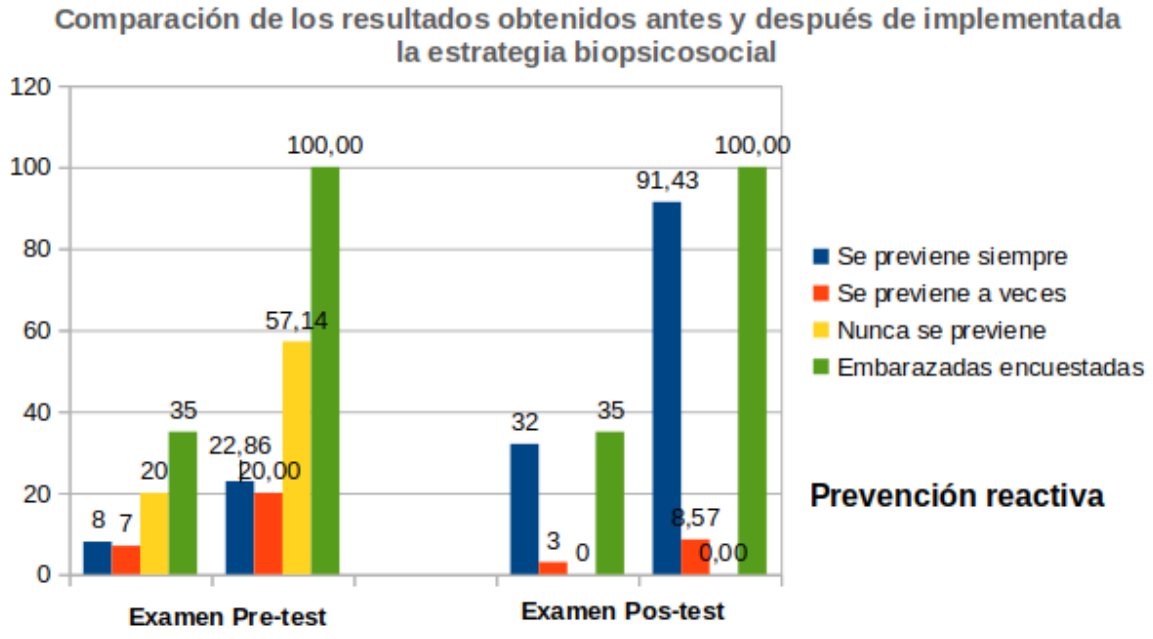


Gráfico 3.6. Comparación de los resultados obtenidos antes y después de implementada la estrategia biopsicosocial. Prevención reactiva

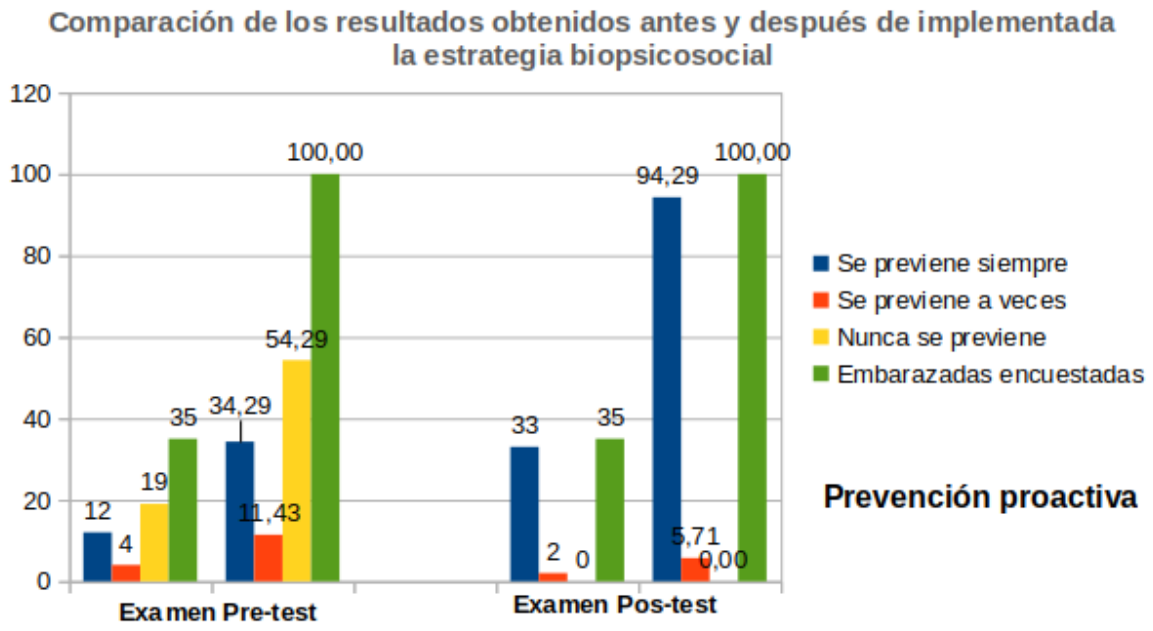


Gráfico 3.7. Comparación de los resultados obtenidos antes y después de implementada la estrategia biopsicosocial. Prevención proactiva

La triangulación de datos, como uso de varias fuentes de datos realizada a través de la encuesta del nivel de conocimientos, encuesta para la prevención reactiva y proactiva e historia clínica individual, donde se recogió el estado de salud de las adolescentes embarazadas evidencia que el nivel de conocimiento se elevó considerablemente con la implementación de la estrategia biopsicosocial y se apreció la incorporación de comportamientos adecuados en relación a los estilos de vida, la anticoncepción, los riesgos, la planificación familiar, las causas y consecuencias del embarazo y embarazo subsecuente en las adolescentes, todo lo que se evaluó durante el seguimiento de la intervención. No se produjo ninguna nueva deserción escolar y se apreció muestras de interés por reincorporarse a los estudios cuando esto fuese posible.

El estado de salud resultó bueno en más de la mitad de las embarazadas durante todo el período, siendo el examen con espéculo el de mayor preponderancia, representado por la infección cérvico vaginal. Durante la aplicación del pre experimento, se especifica que la sepsis vaginal fue más frecuente, debido a la inestabilidad de la pareja sexual, favorecidos por factores biológicos, hormonales, psicológicos, económico sociales entre otros y la deficiente cultura sobre el uso de

los métodos contraceptivos de barrera debido a prejuicios, tabúes, costumbres, malos hábitos enraizados en la sociedad y otros fenómenos frecuentes en estas edades. El resultado del estado de salud de bueno, se debió a la implementación de las acciones y actividades de la estrategia biopsicosocial y a la atención integral que reciben las adolescentes durante su crecimiento y desarrollo.

La entrevista semiestructurada, complementada con la observación, mostró después de la intervención, que las adolescentes ampliaron sus conocimientos y fueron sólidos los argumentos que sustentan la necesidad de prevenir el embarazo subsecuente, además de equilibrarse las emociones y otros estados afectivos que acompañan a la responsabilidad adquirida con el cuidado de su cuerpo y con la de tener un hijo que también requiere cuidados, protección y el favorecer un desarrollo biopsicosocial armónico. De esta manera se aprecia una influencia positiva de la estrategia en la valoración cognitiva y afectiva del embarazo actual y el subsecuente por las adolescentes, con repercusión en su actuación, comportamientos y cambios favorables en sus estilos de vida.

Con la implementación de la estrategia biopsicosocial en las embarazadas adolescentes en la comunidad en estudio, se contribuye a la prevención reactiva y proactiva del embarazo subsecuente.

Como limitación de la investigación se señala que se trabaja con muestra pequeña producto a las características del estudio que se refieren a un policlínico y un área de salud específica, la intervención se aplica y se evalúa por los propios investigadores lo que pude conllevar a sesgos.

Como fortaleza, se justifica por la importancia del embarazo adolescente subsecuente, debido a la repercusión del mismo en la etapa adolescente, futuro hijo, familia y comunidad. El problema es de actualidad y hay necesidad de intervenir en el mismo, y se desarrolló la investigación en las embarazadas del área en las que se pudo prevenir un segundo embarazo.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presenta a continuación la discusión de los resultados obtenidos en el proceso investigativo, los que se enmarcan como siguen:

4.1. Discusión de los resultados obtenidos en la caracterización de las embarazadas adolescentes

La edad cobra importancia como factor de riesgo para el embarazo adolescente, proporcionado por las particularidades psicológicas que caracterizan a los adolescentes.[102] La frecuencia de embarazos en edades tempranas incide en la calidad de la salud de la futura madre y el producto de la concepción.[102]

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, en la adolescencia se convierte en un reto de considerable envergadura que conduce a situaciones que pueden atentar contra la salud del binomio madre-hijo.[108]

En el estudio actual predominó el grupo de edades de 16-17 años, es de señalar que nueve de las adolescentes se sitúan entre los 14 y 15 años, esto representa, aproximadamente, la cuarta parte de las embarazadas adolescentes, en edades donde la inmadurez biológica y psicológica complejizan el seguimiento, a la vez que atentan contra un producto saludable.

También es de señalar que, en edades inferiores a los 16 años, el embarazo por lo general se interrumpe por voluntariedad de la gestante o decisión familiar, dado que en Cuba la interrupción de la gestación es un derecho legal, instituido en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

En la actualidad, se evidencia una tendencia al inicio precoz de las relaciones sexuales, incentivada por la estimulación sexual que brindan los medios de difusión masiva (televisión, radio, plataformas digitales), así como la creciente percepción social de que iniciar las relaciones sexuales antes de los 15 años es normal.

En estudio realizado se evidencia que la mediana de edad se colocó en los 17 años y el rango etario más frecuente entre 14 a 19 años.[109] Otro de los estudios revisados permite apreciar que los datos con mayor porcentaje, se encontraron

entre los grupos etarios de embarazos en adolescentes de 17 a 19 años; en su mayoría podrían estar sujetos a factores que promueven el embarazo no planificado en la adolescencia.[110]

Morán y Gutiérrez, [12] señalan en relación a las características demográficas de las adolescentes embarazadas, que el grupo etario predominante osciló entre los 17–19 años, al registrar el 90,90 % (60), seguido del grupo de 14-16 años 9,10 %.

En coincidencia, Gálvez *et al*., [57] reconocen que el grupo en el que predominan las gestantes adolescentes es el de 17-19 años de edad con 27 casos (60,0 %); seguido del grupo de 14-16 años con 13 casos (28,90 %). Asimismo, otros autores constatan predominio de embarazadas entre 17 y 19 años, lo que difieren con los resultados de este trabajo.[111, 112]

En una investigación sobre el embarazo en edades tempranas realizado en Santiago de Cuba, se constata que el 1,40 % presentaron edades de 10-13 años, el 16,20 % entre los 14-15 años, el 20,90 % edades entre los 16-17 años, y el 61,50 % presentaron entre los 18-19 años.[113] González *et al*., [33]en un análisis realizado acerca de la situación de salud, encuentra que las edades de mayor frecuencia estuvieron en el rango entre 15 y 18 años.

En estudio realizado en El Cotorro, provincia Habana, al evaluar la distribución de gestantes según edad, predomina el grupo de edades de 17-19 años con 143 casos (80,80 %), seguido del grupo de 14 - 16 años con 34 casos (19,20).[114]

En general, los reportes de las investigaciones mencionadas, no coinciden con lo encontrado en el presente estudio en relación a la edad, lo cual puede explicarse por las diferencias culturales y contextuales de cada región y la no percepción de los riesgos, complicaciones y consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Se evidencia en las adolescentes con baja escolaridad una mayor incidencia de embarazos, debido que es limitada su comprensión y alcance de la situación que enfrentan, lo que se relaciona con una baja percepción de riesgo del embarazo adolescente, sus causas y consecuencias, no utilización de los métodos anticonceptivos para la planificación familiar y una tendencia a presentar relaciones sexuales frecuentes, e iniciadas de forma precoz.

En un estudio epidemiológico del embarazo en la adolescencia, se constata el predominio de adolescentes con nivel secundario en un 57,80 %; seguido de las de nivel preuniversitario que alcanzaron 20 %. En todas las gestantes, la mayor incidencia predomina en las adolescentes con nivel secundario.[57]

Al analizar la escolaridad en un estudio sobre la repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia, realizado en el municipio Bahía Honda, provincia Pinar del Río, se constataron resultados similares al presente estudio con predominio de la muestra de adolescentes en estado de gestación en el 80,70 % con un nivel escolar de enseñanza secundaria.[114] De manera coincidente autores que exploran las características clínicas y epidemiológicas de embarazadas adolescentes encontraron que el mayor porcentaje de escolaridad correspondió a gestantes de Secundaria Básica (58,26 %).[33]

Resultados diferentes se encontraron en estudio realizado en la ciudad de Puerto Ayacucho, Estado Amazonas, donde predomina el embarazo adolescente en el 57,10 % con escolaridad primaria terminada.[115] Amarilla,[56] por su parte pone de manifiesto que el 37,61 % (41) de las adolescentes asistían a la enseñanza escolar media, el 22,02 % cursaban la secundaria y el 0,92 % no tenían ninguna escolaridad.

Otros resultados, también diferentes, muestran un predominio del nivel preuniversitario con 101 féminas (57,0 %), contrariamente, el nivel primario está representado solo por 15 pacientes (8,50 %).[4]

A nivel mundial, las tasas de embarazo en adolescentes sin educación primaria son mayores que en aquellas que han recibido educación secundaria o superior.[111]

Es esta una problemática en la que inciden muchas instituciones que determinan, en buena medida, los comportamientos que asumen los y las adolescentes, carentes de las formaciones personológicas que garantizan una autorregulación adecuada de sus actuaciones para consigo mismo y los demás.

El rol de la familia y la escuela precisa un compromiso conjunto en la actualidad, para el fortalecimiento de una educación de calidad en saberes y valores, en efecto, la familia debe participar activamente durante todas las etapas de la vida

estudiantil de sus hijos, esta propuesta relaciona los derechos de los niños, niñas y adolescentes, se contempla así a la familia y la comunidad educativa como actores primordiales para descubrir y desarrollar sus habilidades, capacidades y emociones, mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje significativo para la formación humana integral.[109]El autor de la investigación que se presenta considera que la superación educacional en la mujer aplaza la maternidad, debido al incremento en la capacidad de obtención, análisis y comprensión de la información sobre el embarazo, la madurez emocional y su empoderamiento social y con ello se favorece la planificación familiar apropiada y la elaboración de proyectos de vida saludables y de crecimiento personal.

El estado civil es un marcador poblacional vinculado con las gestaciones. Se puede inferir que está íntimamente relacionado con la reincidencia de embarazos adolescentes, debido a que la mayoría de las jóvenes perteneciente a la etapa adolescente antes de su primer embarazo eran solteras.[116]

En el resultado del estudio actual, generalmente, las adolescentes deciden acompañarse a temprana edad para formar familia, esto se ve alentado por la posibilidad de independencia económica de los padres, observado con mayor frecuencia en comunidades rurales.

Figueredo *et al.,* [117] señalan que la mayor incidencia recae en el estado civil acompañado, con 20 pacientes para un 47,60 %. Este hecho considera la responsabilidad de la adolescente y su familia en cuanto a la crianza y convivencia de los hijos. Se considera que la mayor proporción de las adolescentes conviven con sus parejas en unión de hecho estable, lo que no garantiza la estabilidad emocional y responsabilidad paterna y materna en cuanto a sus hijos.[118] En relación a lo anterior, Moran y Gutiérrez, [12] informan un 63,16 % con estado civil de acompañada, mientras que un 31,58 % se encuentran solteras, en otro estudio se señala que el 52,63 % de las entrevistadas refiere estar acompañada con una pareja.[35]

En contraposición en Chihuahua, México, se refleja que el 62,50 % de las gestantes adolescentes son solteras, seguidos por aquellas con unión consensual y en menor porciento las casadas (6,30 %).[119]

Vindell *et al.,* [120] señalan que con la utilización de la entrevista precisa que el 16,0 % de las embarazadas adolescentes encuestadas eran solteras, el 18,0 % casadas y el 66,0 % se mantenían en unión hecho estable.

Salvent *et al*., [121]encuentran que el 73,0 % de las adolescentes no tienen unión conyugal estable, sin embargo, Fleites *et al.*, [113] señalan que el 43,20 % mantienen una unión consensual y el 43,90 % son madres solteras.

En estudio de las características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia se identificó el comportamiento del estado civil de las gestantes, sin pareja (25 casos; 55,60 %), con pareja (20 casos; 44,40 %).[57] Similar resultado se obtuvo de estudio realizado en la Isla de la Juventud donde las adolescentes solteras, constituyen el grupo de mayor porcentaje en correspondencia con el estado civil.[4]

Según Gálvez, [57] predominan las adolescentes solteras, comportándose con una perspectiva más adulta, se preocupan indistintamente por los planes de estudio, trabajo, o por lograr relaciones interpersonales estables, con mayor capacidad de compromiso, así como por la adquisición de capacidades para planificar el futuro.

Como se puede apreciar, aspectos relacionados con la escolaridad y el estado civil de las adolescentes que se embarazan están influenciados por factores culturales, sociales y económicos, lo que explica, en parte, los resultados diferentes a los que llegan los autores provenientes de distintos contextos.

La obtención de información y conocimientos sobre la prevención del embarazo por parte de las y los adolescentes, no garantiza su prevención; pero la educación oportuna y concreta en relación con el ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva por parte de los diferentes actores sociales implicados, resulta determinante en el comienzo de una vida sexual responsable y en el momento adecuado.[122]

Generalmente en las adolescentes existe poco conocimiento acerca de las causas, riesgos, complicaciones y consecuencias del embarazo adolescente y su repercusión en la madre, futuro hijo, familia y comunidad, representado en un nivel bajo en el estudio. Sucede que pueden repetir parte del discurso que se trasmite, pero no están en condiciones de analizarlo de forma adecuada e incorporarlo como actitud consistente a su comportamiento habitual.

Gómez *et al.,* [123] en relación al tema de la información, confirman que, en el caso particular de los adolescentes, aun recibiendo la información por diferentes fuentes, carecen de conocimientos relativos a los riesgos del embarazo y solo consideran la prevención de este con el uso del preservativo y tabletas anticonceptivas.

En encuesta aplicada a las embarazadas adolescentes y en entrevista a profesionales expertos en la temática, se confirma en el 80,0 % que la falta de información destaca entre las causas del embarazo, la poca información sobre la sexualidad, lo cual se evidencia en las respuestas carentes de conocimientos acerca del tema.[123]

Resultado diferente obtenido por Mejía de Arce, [35] destaca que el 68,42 % de las entrevistadas poseen información de cómo prevenir un embarazo y el 31,58 % no toman en cuenta las orientaciones dadas.

La materialización de un embarazo durante la adolescencia está determinada por aspectos como: el nivel de acceso a información pertinente y de calidad, prácticas de crianza, comunicación, conflictos familiares, y proyecto de vida.[40]

El estado actual de información en relación a las percepciones de las adolescentes frente al embarazo, demuestra que las gestantes experimentan cambios psicológicos, emocionales, anatomo-fisiológicos que matizan la toma de decisiones ante situaciones presentes en la sociedad, se evidencia ambivalencia psicológica caracterizada por el conflicto interno de emociones, pensamientos y conductas positivas y negativas que son determinantes de la percepción psicoafectiva de la adolescente gestante.[124]

La percepción de las embarazadas adolescentes se resume en tres esferas, a saber: la psicológica, con emociones coexistentes o individualizadas de resignación o aceptación del estado de gravidez; la fisiopatológica con influencia de las complicaciones del embarazo o un aborto, y las sociales reflejadas en conductas de maltrato, rechazo o apoyo del entorno hacia la gestante o viceversa y si uno de estos factores se ve alterado repercutirá en los otros componentes de la esfera biopsicosocial.[125] El presente estudio revela escasos conocimientos sobre todo en relación a las consecuencias y de afectos

correspondientes de indiferencia o ambivalencia afectiva, con una aceptación por resignación y pobres valoraciones acerca de la vida futura.

Dichos resultados, en opinión del autor, se deben en gran medida al insuficiente vínculo entre la adolescente, familia, escuela y comunidad, al abordar la educación para la salud sobre el tema del embarazo adolescente y su prevención reactiva y proactiva. La educación para la salud en esta etapa de la vida juega un papel primordial.

Varios estudios indican que la maternidad en las adolescentes significa riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados.[126] En opinión del autor en la evolución del embarazo adolescente se constata que diferentes enfermedades como los trastornos hipertensivos del embarazo, la infección cérvico vaginal, sepsis urinaria, anemia, prematuridad y el bajo peso al nacer, se asocian con frecuencia al mismo, repercutiendo sobre el estado de salud de la gestante y su futuro hijo, lo que puede ser de mayor magnitud si el embarazo es no planificado y no deseado.

El resultado del estado de salud de bueno, al inicio de la investigación a criterio del autor se debió a la atención integral que reciben las adolescentes durante su crecimiento y desarrollo. No obstante, se identificaron situaciones relacionadas con anemia, infección cérvico vaginal, sepsis urinaria y trastornos hipertensivos del embarazo.

En estudio realizado por Cortés *et al*., [127] se expresa que la morbilidad estuvo representada por un 51,50 %, por lo general debido a: anemia, infección vaginal seguida de la desnutrición por defecto. En el grupo de 10 a 14 años (6,50 %) la causa principal fue la anemia (56,50 %); y en las edades de 15 a 19 años (50,50 %) la infección vaginal (36,70 %).

González *et al.,* [33] destacan entre las principales enfermedades asociadas al embarazo, la anemia con 58 (50,43 %), la infección vaginal con 48 (41,74 %) y la infección urinaria con 24 (20,87 %). Es necesario señalar que solo un 5,22 % de las gestantes embarazadas no presentan enfermedades en la gestación y que el 94,78 % tiene algún tipo de padecimiento asociado a la etapa gestacional.

La preclamsia se considera una de las complicaciones más frecuente, en un 38,0 %. Las enfermedades con mayor presencia suelen ser las infecciones de tracto urinario bajo, con predominio de la cistitis aguda en el 53,60 %; en segundo lugar, las anemias nutricionales en el 17,40 %, síndrome de flujo vaginal, desnutrición con 14,50 % y 13,0 %, respectivamente y ruptura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro, con menos del 6,0 % de cada enfermedad.[128]

González *et al*., [33] en investigación realizada en el tercer trimestre del embarazo, establece que las mayores morbilidades correspondieron a la anemia y a la infección vaginal; la adolescente tiene poca conciencia de la salud y le resulta difícil asumir su cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que este le plantea.

El embarazo de riesgo está determinado en gran medida por la presencia de enfermedades asociadas, la infección vaginal es la de mayor predominio (48,60 %), seguida de la anemia (41,80 %), la sepsis urinaria y los trastornos hipertensivos del embarazo.[4]

Al analizar la literatura confrontada, se aprecia que la hipertensión arterial, la sepsis vaginal y la anemia son las entidades que con mayor frecuencia se asocian al embarazo en la adolescencia. En una investigación realizada en el Hospital General de Santiago de Cuba, se visualiza un predominio de la sepsis vaginal y la anemia como enfermedades asociadas al embarazo en las adolescentes estudiadas, lo cual coincide con otros autores que exponen datos similares en un artículo publicado en Pinar del Río, Cuba.[4]

El embarazo a temprana edad constituye un riesgo para la protección de la vida y la salud de los niños, las niñas; sus madres; antes, durante y después del nacimiento.[129]

Calderón *et al.*, [54] exhiben resultados semejantes a los obtenidos en cuanto al estado de salud de las adolescentes durante su embarazo, el 58,0 % de ellas se considera entre excelente y bueno. Un estudio biopsicosocial confirma que la mayoría de las embarazadas con enfermedades asociadas, no padecieron de infecciones.

Castillo *et al.,* [130] en Colombia, hacen referencia a los riesgos del embarazo durante la adolescencia para el estado de salud, encuentran que el 20,0 % de las mujeres embarazadas son adolescentes, confirmando que la mortalidad materna es de dos a cinco veces más alta en esta etapa del ciclo vital que entre las mujeres de 20 a 29 años. Además, de las complicaciones materno perinatales asociadas con la inmadurez biológica, tener un hijo antes de los 20 años puede generar un impacto socioeconómico negativo, e incluso prolongarse por toda la vida.

Lo anterior señala que las consecuencias de un embarazo adolescente no solo implican problemas de salud, tanto para la madre como para el hijo, también entraña dificultades a nivel económico, que suelen ser el común denominador en la Región Latinoamericana.[131]

Okumura *et al.,* [111] en estudio realizado en Lima, en relación con el estado de salud, comprueban que existe mayor riesgo de cesárea e infección puerperal en las adolescentes menores de 15 años, así como mayor riesgo de episiotomía en las adolescentes tardías, lo que demuestra la vulnerabilidad de las adolescentes en lo que se refiere a las complicaciones obstétricas y perinatales, tales como pre eclampsia, hemorragia y parto pretérmino.

Con relación al estado de salud durante la aplicación del pre experimento y en correspondencia con los resultados obtenidos en una investigación sobre sepsis vaginal, se especifica que esta es más frecuente en las edades adolescentes que en las adultas, debido a la inestabilidad de la pareja sexual, favorecida por factores biológicos, hormonales, psicológicos, económico sociales entre otros y la deficiente cultura sobre el uso de los métodos contraceptivos de barrera debido a prejuicios, tabúes, costumbres, malos hábitos enraizados en la sociedad y otros fenómenos frecuentes en estas edades.[131]

Para Estrada *et al.,* [132] el embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las embarazadas adolescentes tienen un riesgo mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como: placenta previa, hipertensión inducida por

el embarazo, parto prematuro, anemia grave, infecciones urinarias y presentaciones fetales distócicas.

Otras complicaciones maternas se consideran: mala nutrición, mayor número de abortos espontáneos, partos prematuros, desproporción céfalo pélvica, sepsis puerperal, adinamia, atonía y rotura uterina, rotura prematura de membranas y muerte.

Relacionado con los resultados obtenidos por el autor de la investigación presente y otra aquí referenciada, se confirma que el embarazo se considera un periodo en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales.[132]Algunas mujeres conviven con estas infecciones y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la aparición de complicaciones como rotura prematura de membrana, parto pretérmino y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso.[132]

Los estudios epidemiológicos realizados al respecto concuerdan en declarar que los tres tipos más comunes de infecciones vaginales son la vaginosis bacteriana (40-50 %), seguida por candidiasis (20-25 %), y trichomoniasis (15-20 %). La vaginosis bacteriana (VB) es la más importante infección vaginal debido a su potencial de causar infección del tracto genital superior.[132]

La infección vaginal presupone una potenciación de las probabilidades de daños, discapacidad y muerte a este grupo etario. 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.[133] En un trabajo publicado por Mariño, [126] se aprecia que el síndrome de flujo vaginal y la anemia son las entidades asociadas al embarazo que más se encuentran, lo cual coincide con la mayoría de los trabajos revisados. Llanes, [134] expone una elevada frecuencia de gestantes adolescentes con flujo vaginal y lo asocia entre otros aspectos al inicio precoz de las relaciones sexuales sin protección, en coincidencia con este estudio y con otros de esta misma dimensión.[22,135] En opinión del autor de la presente investigación, los resultados del estado de salud obtenidos se deben a la atención prenatal que se le

ofrece a las embarazadas, de forma precoz, periódica, completa, dispensarizada, integral, en equipo y con la activa participación de la comunidad, característico del sistema de salud cubano.

Castañeda, [136] en investigación realizada en el contexto binacional México-Estados Unidos, concluye que “los factores asociados al embarazo y la maternidad temprana, se relacionan con un conjunto de condiciones socio-estructurales y socio-simbólicas que imperan en la familia, la escuela y la comunidad”.

El papel de la familia está relacionado con el proceso salud enfermedad, al mantener, recuperar la salud y realizar acciones de promoción en sus miembros, en lo que resulta de importancia vital en el embarazo adolescente, el funcionamiento familiar que influye en el desarrollo materno infantil, desde la captación del embarazo, desarrollo prenatal y pos natal. El resultado de la investigación que se presenta, muestra un predominio del rechazo de la familia al embarazo adolescente.

En relación con la reacción ante el embarazo adolescente, Moran y Gutiérrez, [12] señalan que se obtuvo en el primer embarazo una aceptación en 39 (59,0 %), rechazo dos, (3,0 %) indiferencia (5,0 %) y enojo 20 (30,30 %). La reacción de la familia con el segundo embarazo fue de aceptación 48 (72,70 %), rechazo uno (1,50 %), indiferencia dos (3,0 %) y enojo 15 (22,70 %).

Al observar los antecedentes de embarazo en la familia de las adolescentes y su reacción ante el embarazo de la adolescente, se percibe en las familias que tenían antecedentes de embarazo en la abuela y la madre una reacción favorable al primer embarazo de la adolescente y mucho más favorable con el segundo.[12]

En relación a los conflictos en la familia y la reacción ante el embarazo de la adolescente se presenta entre los principales conflictos el alcoholismo y el divorcio, en las familias que tenían situaciones de divorcio la reacción de aceptación ante el embarazo subsecuente y en menor magnitud el enojo.[12]

Lloredo *et al.,* [137] con relación al apoyo que reciben las embarazadas adolescentes por parte de la pareja y la familia, plantean que cuando la adolescente informa a la familia de su embarazo, habitualmente es reprendida y le generan culpa al hacerla

responsable de su decepción e incluso en ocasiones es agredida emocional o físicamente.

Guridi *et al.,* [138] señalan que en un número apreciable de las familias hubo cierta repercusión ante el evento del embarazo de la adolescente, reporta el mayor porcentaje con una repercusión moderada (32,20 %), le sigue la repercusión elevada con un 22,60 %, leve en un 20,70 % y severa 11,30 %.

A criterio del autor de la investigación, el embarazo adolescente provoca un impacto negativo en la familia, es frecuente que se desencadene una crisis familiar, lo cual afecta a todos sus miembros. El rechazo familiar genera una situación psicoemocional desfavorable, que se manifiesta de forma más evidente en embarazos no planificados ni deseados. Esta actitud causa rechazo al embarazo y manifestaciones psicosomáticas como pérdida del apetito, alteraciones del sueño, actitud indiferente al bienestar del feto, lo que coloca a la familia en situación de vulnerabilidad.

La deserción escolar significa el abandono de los estudios por diversas causas, puede ser por factores socioeconómicos, familiares, académicos, problemas de salud o de embarazo, pero todos llevan a un mismo efecto, la pérdida de oportunidad para una mejor calidad de vida a través del aprendizaje y de formación.[109]

El embarazo adolescente puede influir en la deserción escolar, al afectar, psicológicamente a la gestante, existiendo desventajas socioeducativas asociadas a la maternidad temprana, el embarazo adolescente constituye una causa importante de deserción en América Latina.[59] La baja escolaridad que alcanzan estas adolescentes y la no reinserción al sistema educativo tiene un efecto negativo en la formación de la adolescente, ya que afecta la construcción del proyecto de vida, e influye en su autovaloración, es necesaria la interacción de la familia, escuela y comunidad con la adolescente para la prevención de la deserción escolar.

La deserción escolar en relación con el embarazo adolescente se comporta de forma diferente en el área de estudio en el periodo 2015-2016, con existencia de dos deserciones por dos embarazos; en el 2016- 2017 siete deserciones y de ella

una por embarazo; 2017-2018 diez deserciones y de ellas cuatro por embarazos.[139-141]

De forma comparativa, cada día en Ecuador, 142 adolescentes entre 15 y 19 años son madres, los embarazos son la cuarta causa por la que ellas abandonan sus estudios, cada día seis adolescentes de 14 años son madres.[142] Muentes *et al*., [143] en una investigación realizada en 16 países de América Latina expresan los impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de niños y niñas de hogares pobres.

En estudio encabezado por Hubert *et al.,* [11] en México, se registra entre las adolescentes de estratos sociales medio y alto, que el 11,0 % continua en la escuela cuando nace su primer hijo; y en estratos de menores recursos esto sólo ocurre en 1,0 %.

La literatura señala que existe una gran correlación entre el embarazo adolescente y la probabilidad de deserción escolar. En otro contexto latinoamericano similar al de México, la posibilidad de abandonar la escuela entre mujeres que experimentan un embarazo o han tenido un hijo es mayor a cinco veces respecto de las que no han vivido esta experiencia.[144]

Según lo descrito por la OMS, el embarazo en adolescentes repercute en la deserción escolar, representa la interrupción brusca de las posibilidades de desarrollo educacional y la separación inesperada de las adolescentes de su grupo de amigos, pues se ven obligadas a desempeñar un nuevo papel en el ámbito familiar para el que no estaban preparadas.[127]

El embarazo adolescente trae consigo serios problemas que no solo los afecta a ellos, sino que también al núcleo familiar, ya que pierden el interés por el estudio y en muchas ocasiones se ven en la necesidad de laborar para conseguir el sustento diario, pues viene un nuevo ser que hay que sostener y en algunos casos muchos de estos jóvenes no cuentan con la ayuda de sus familiares.[145]

Desde la perspectiva sociocultural, la embarazada adolescente limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema educativo, se estaciona en un nivel de escolaridad muy

bajo, en tanto que el reingreso al sistema escolar no siempre es inmediato al nacimiento del niño.[145]

El embarazo adolescente se asocia:

-Con una mayor probabilidad de abandonar los estudios, y una menor probabilidad de continuar la escuela secundaria.

-Con la reducción de los años de escolaridad y la asistencia escolar.

-Con la disminución de la probabilidad de terminar la escuela secundaria.

-Los y las hijas de madres adolescentes tienden a la probabilidad de alcanzar peores resultados educativos.

-La probabilidad de alcanzar un título universitario en mujeres que fueron madres tempranas puede llegar a ser hasta cinco veces menor.

-El embarazo adolescente entra en conflicto con la inversión en educación que usualmente se realiza en la adolescencia, porque al tener la responsabilidad financiera de un bebé, la joven adolescente experimenta un aumento de su costo de oportunidad por el tiempo invertido en educación.[146]

La motivación escolar es uno de los factores más importantes en el desarrollo del aprendizaje con los que se pretende reducir la deserción escolar en los adolescentes con embarazo precoz.[147]

La educación es la garantía de un mejor porvenir no solo en el aspecto económico sino también en lo social, en este sentido, es un proceso social y formativo, se educa en conocimientos y en valores, dirigido a lograr la plenitud integral del ser humano.[116]

A criterio del autor, la deserción escolar en las embarazadas adolescentes en Cuba, se encuentra controlada con relación a la continuidad de los estudios, así como en los ingresos en Hogar Materno u Hospital, los centros educacionales ofrecen también esas posibilidades y en la mayoría de los casos existe apoyo familiar. Se puede afirmar que existe protección de los sistemas de salud y educación respecto al embarazo adolescente. El ministerio salud y educación emiten documento al respecto.[102]

4.2. Discusión de los resultados obtenidos en la caracterización de las embarazadas adolescentes según variable prevención reactiva y prevención proactiva del embarazo adolescente subsecuente en examen pre-test

La Educación Sexual Integral es fundamental para la prevención del embarazo en la adolescencia. Evaluaciones realizadas a programas de educación sexual, demuestran los aspectos positivos en los jóvenes, pues incentivan a prácticas y comportamientos sexuales responsables y en especial la disminución de un embarazo no deseado.[147]

Cusme y Jalil, [148] al citar a Vaillant, plantean que debido a lo temprano que está ocurriendo la iniciación sexual no solo a escala mundial, sino también en Cuba, la educación sexual debe comenzar desde edades tempranas de la vida, antes de que los adolescentes practiquen conductas sexuales que los pongan en riesgo. Existe la tendencia a iniciar las relaciones sexuales en edades tempranas, lo que eleva la probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales durante la vida.

Cortés *et al.,* [127] en estudio realizado en el municipio La Lisa, muestran que más del 75,0 % de los adolescentes tuvieron su primera relación antes de los 16 años de edad. A juicio del investigador, los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde amigos, televisión, cine, música, y revistas transmiten, frecuentemente, mensajes en los cuales las relaciones sexuales son comunes, aceptadas y a veces esperadas y, por lo general, se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad, una pobre educación del comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias de este.

Sánchez y Montoya, [149] en Santiago de Chile, identifican que el 75,0 % de los adolescentes entre 15 y 18 años reciben información de la escuela y que, solamente, el 5,0 % comunica haber recibido información de sexualidad por parte de sus padres y son los amigos quienes mayor información aportan. Las autoras concluyen que el mayor por ciento de las adolescentes encuestadas comienza sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años.

Martínez *et al.,* [115] reconocen que Ecuador tiene la tasa más alta de embarazo adolescente en Latinoamérica y El Caribe, seguido de países como Honduras y Venezuela, la edad predominante de mujeres embarazadas adolescentes se sitúa entre 17 a 19 años, sin embargo, se presentan, también, embarazos en edades que van entre los 14 y 16 años, por lo que se vislumbra una problemática que requiere atención desde las instancias de la salud.

Para la prevención del embarazo adolescente se plantea: [150]

-Mejorar el contexto para tomar decisiones saludables: marco jurídico, educación y comunicación para la población en general y para madres y padres de familia, factores psicosociales, normas sociales.

-Educación integral en sexualidad.

-Acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración incluyendo los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP).

-Intervenciones clínicas eficaces.

En Latinoamérica, el 26 de septiembre de cada año se celebra el Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en adolescentes, como campaña educativa que tiene como objetivo principal crear conciencia y que los adolescentes puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.[118]

Varios estudios expresan cifras bajas en el examen pre-test en relación al embarazo adolescente (conocimientos, factores de riesgo, prevención, sus consecuencias), así lo expresan diferentes autores.[151-153] En un estudio al evaluar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, predominó un nivel bajo de conocimiento en el 53,70 %, seguido de medio con 27,50 % y de alto con 18,70 %.[151]De manera similar se comprobó que el nivel de conocimientos en esta etapa de la vida, es bajo (70,0 %) en relación con los modos de vida y las respuestas ofrecidas en la encuesta aplicada.[152]

Otros estudios evidencian que el 76,70 % de los adolescentes encuestados poseían nivel de conocimiento inadecuado sobre los factores de riesgo del embarazo. [15,153] Resultado similar encontraron Virella *et al,* [154] al analizar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del embarazo en adolescentes.

Betancourt *et al.*, [155] en relación a las complicaciones materno infantil señalan que el nivel de conocimientos fue insuficiente en 86 adolescentes para un 80,40%. Otro estudio revela que solo el 16,70 % de los adolescentes tenía conocimientos adecuados sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia.[156] Similar resultado se encontró por otros autores, en 26 adolescentes que respondieron de forma inadecuada al no tener los conocimientos sobre la temática, lo que representa un 81,25 % y seis de adecuado para un 18,75 %. [157]

Fernández *et al.*, [156] al analizar la prevención obtuvo que el nivel de conocimientos en los adolescentes con anticonceptivos era bajo. De igual modo, en una encuesta aplicada el 75,40 % de los evaluados no tenían conocimientos previos sobre los temas de prevención y en otro estudio se encontró bajo conocimiento en relación a la prevención y otros temas subyacentes. [158,159]

El autor considera que, a pesar de existir programas dirigidos al manejo de la adolescente como Consulta de Planificación Familiar, Programa de Riesgo Preconcepcional y Círculo de Adolescentes, el tema de la prevención del embarazo adolescente no ocupa un espacio de abordaje mayoritario con este tipo de población, lo que se demuestra al indagar el nivel de conocimiento del grupo de estudio sobre embarazo en la adolescencia y los pobres resultados que se obtienen.

4.3. Discusión de los resultados obtenidos en la caracterización de las embarazadas adolescentes según variable prevención reactiva y prevención proactiva del embarazo adolescente subsecuente en examen pos-test

Es necesario empoderar a las adolescentes en relación a los conocimientos y uso de la mayor variedad posible de métodos anticonceptivos, analizando siempre en cada una de ellas las variables biológicas, psicológicas y socio económicas, así como los valores del entorno en que viven para que de esta forma se pueda impactar en la reducción de la incidencia del embarazo precoz.[126] En concordancia con los resultados obtenidos por el autor de la investigación, Cox *et al*., [142] luego de aplicada su intervención educativa plantean que existe un incremento de los conocimientos evaluados de bien hasta un 96,20 %, tres quedan evaluadas de

regular con un 3,80 %, por lo que el 100 % de las participantes modifica sus conocimientos sobre el embarazo precoz.

Las embarazadas adolescentes ampliaron sus conocimientos sobre el embarazo precoz, sus riesgos y consecuencias, métodos anticonceptivos y otros temas de interés de los que adolecían y tenían falsos conceptos. Todos estos elementos favorecen la prevención como variable esencial, en su vínculo con vivencias afectivas positivas y elaboración de nuevos comportamientos que se manifiestan en la investigación realizada por el autor. Bastida *et al*., [160] en su estudio en adolescentes destacan que los resultados de la aplicación del taller que utilizan, reflejan un desconocimiento del tema y la necesidad de abordar con las y los adolescentes las causas y consecuencias del embarazo a temprana edad y los métodos que se pueden utilizar para evitarlo.

Llama la atención que, a pesar del uso y acceso a la información en esta época, aún exista una cultura de negación o prohibición por parte de algunos padres de familia, que lejos de cimentar las bases para que sus hijos sean sexualmente sanos prefieren ignorar que la sexualidad de los adolescentes existe, omiten su responsabilidad y dejan tan importante tarea a las diversas fuentes que pueden no ser las más adecuadas.[160]

Linares *et al.,* [161]consideran que la escuela debe ser un espacio donde los adolescentes se informen y aclaren sus dudas para de esta manera sensibilizarlos y que opten por decisiones conscientes y responsables. Algunos docentes, por miedo a las reacciones de los padres de familia, por desconocimiento o incomodidad, prefieren evitar esos temas.

Rondón al evaluar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia al final del estudio, predominó la categoría de evaluación alto en 88 adolescentes que representan el 96,70 % de los casos, seguido de medio dos para un 2,20 %, bajo uno para un 1,10 %.[151]

Otro estudio revela que el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre el embarazo en esta etapa de la vida es alto (75,0 %), seguido del nivel medio con cinco que representa un 25,0 %, en relación con los modos de vida y las respuestas ofrecidas en la encuesta aplicada.[152]

Al analizar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del embarazo, se obtuvo que el 93,30 % (28) de los encuestados adquirieron conocimientos sobre los diferentes factores de riesgo.[150]También es apreciable la modificación de este indicador al analizar la segunda encuesta (pos-test).[154]

Existen estudios que evidencian que luego de la intervención, se elevaron hasta un 80,0 % y 85,0 % de las adolescentes con conocimientos adecuados relacionado con las complicaciones en el embarazo.[153,155] Un estudio sobre las consecuencias del embarazo adolescente para la madre y el futuro bebé refleja que luego de aplicada la intervención las 32 adolescentes responden adecuadamente lo que representa un 100 %, lo que demuestra la efectividad del programa educativo.[156]

En relación a la prevención tras la intervención se aprecia una mejora en el nivel de conocimientos en los adolescentes con anticonceptivos.[157] En encuesta aplicada, después de la intervención, el 100 % de los alumnos expresó tener conocimientos sobre la prevención del embarazo.[158]

De modo similar un estudio realizado en Cacocum, Cuba, demostró la elevación del nivel de conocimiento acerca del tema de prevención del embarazo en adolescente y otros temas subyacentes en un 80,0 % después de la intervención.[159]

Con relación a los resultados obtenidos en la presente investigación sobre el tema, el autor de la investigación reflexiona sobre la prevención del embarazo adolescente subsecuente en Cuba, la cual responde a un programa dirigido a la salud integral del adolescente, mediante acciones, que controlan la atención de estas, en términos de relaciones sexuales protegidas con el uso del condón, la anticoncepción futura, la salud sexual responsable; así como la información sobre riesgos y consecuencias de este tipo de embarazo. Su no tratamiento en el hogar, escuela y sociedad propicia que las adolescentes corran el riesgo de no conducir su prevención reactiva y proactiva de forma adecuada y dar al traste con el embarazo adolescente y embarazo subsecuente.

En la etapa final, la dimensión se previene resultó mayoritaria; se ubicaron todas las embarazadas adolescentes en este nivel; lo que se relaciona con la

contribución de la estrategia a la prevención reactiva y proactiva del embarazo, al incremento de los conocimientos de las adolescentes sobre el proceso del embarazo, a sus cuidados y a la evitación del embarazo subsecuente, además se fortalecieron los vínculos afectivos madre-hijo y la conducta responsable ante esta condición para el desarrollo posterior del niño.

Los adolescentes en esta etapa de la vida poseen características psicológicas específicas: tienden a ser impulsivos, no calcular sus actos, ni percibir el riesgo a pesar de la educación sexual que reciben sobre el embarazo, lo que incide de forma negativa en la puesta en práctica del conocimiento adquirido para la prevención reactiva y proactiva del embarazo.

La estrategia aplicada resultó efectiva al lograr cambios en los hábitos y estilos de vida, aumentar los conocimientos de los adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia, que abarcó desde la prevención del embarazo subsecuente hasta las complicaciones materno infantiles que este implica en esa etapa de la vida.

Al observar el comportamiento de los indicadores antes y después de la instrumentación de la estrategia, se evidencia el predominio de la dimensión se previene el embarazo adolescente subsecuente.

En Cuba, la fecundidad en las adolescentes es un problema en la Salud Pública, en aspectos de planificación familiar y educación para la salud, con embarazos no deseados ni planificados y los riesgos de la decisión de continuar o de su interrupción, en ambas situaciones con escasa percepción del riesgo en estas edades y con desconocimiento del embarazo adolescente.

Varias intervenciones nacionales se han realizado para la prevención del embarazo adolescente con resultados favorables a la misma, como: adolescentes que fortalecieron los conocimientos que incentivaron cambios en estilos de vida sexual y reproductiva, adolescentes que recibieron la información de prevención del embarazo adolescente, eficacia en la prevención, sin embargo, continua la problemática del embarazo adolescente.[162-164]

En las acciones presentes en las estrategias preventivas del embarazo adolescente subsecuente se debe interactuar con ellas, la familia, escuela y la comunidad, se

debe partir de las causas que inciden en este problema de salud y desarrollar acciones que asuman una actitud responsable en la prevención del mismo.

Estas acciones están dirigidas a los adolescentes para modificar su modo de actuar y contribuir a la prevención del embarazo, al proporcionar vías que permitan una adecuada comunicación entre las adolescentes embarazadas y la familia, para que sean capaces de interactuar en la salud sexual y reproductiva y favorecer así, la prevención del embarazo en estas edades y hacer que la escuela fortalezca su papel en la educación sexual integral y contribuya de esta forma a mejorar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, las actitudes responsables, retardar el inicio de la actividad sexual y la prevención del embarazo adolescente subsecuente.

Los programas de salud dirigidos a la prevención del embarazo adolescente en la etapa prenatal y durante el embarazo contribuyen a la reducción de la deserción escolar, a mejorar el autocuidado, calidad de vida, mantener su proyecto de vida, y la evitación del embarazo subsecuente en esta etapa del desarrollo adolescente.

Abordar las causas subyacentes del embarazo precoz, educar, valorar y alentar a las adolescentes a tomar decisiones responsables con respecto a la salud sexual y reproductiva, sobre la base de actitudes sólidas, son aspectos importantes en la prevención del embarazo adolescente subsecuente.

Es un reto para los profesionales de la salud, la prevención del embarazo adolescente subsecuente por su repercusión negativa en los aspectos biológicos, psicológicos, económicos, sociales y familiares, en una adolescente afectada por su maternidad precoz y los riesgos y consecuencias que estos representan para ella y su futuro hijo, por lo que debe prestarse a esto la máxima atención por los decisores de salud y actores implicados.

CONCLUSIONES

- La caracterización de las variables de estudio mostró que las adolescentes, con un nivel bajo de conocimientos, no se expresan abiertamente sobre el embarazo, desconocen los riesgos y los comportamientos que deben asumir para el cuidado de su salud, además al inicio, ellas en su totalidad no se plantean la posibilidad de tener un nuevo embarazo al culminar el presente con el nacimiento del hijo, así como son débiles los argumentos referidos a por qué no deben volver a embarazarse. Fue minoritario el apoyo de la pareja y la familia, prevaleciendo relaciones mediadas por el rechazo de estos al embarazo. No obstante, el estado se salud fue calificado de Bueno en la mayoría.
- Se diseñó una estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente, con énfasis en la evitación del embarazo subsecuente que permitió incidir en las adolescentes, sus familias y la comunidad.
- La estrategia biopsicosocial fue valorada por los expertos como pertinente al ser calificada por la mayoría en sus indicadores como muy adecuada y bastante adecuada.
- En el abordaje de la reactividad y proactividad de la prevención del embarazo adolescente, el componente reactivo de la prevención se perfeccionó, durante y después de aplicada la estrategia, con relación a la proactividad no se observó ocurrencia de embarazo subsecuente durante el período de estudio.

RECOMENDACIONES

- Valorar la replicación de la estrategia biopsicosocial propuesta en otros municipios de la provincia y el país, con las adecuaciones pertinentes, según las condiciones objetivas de cada territorio y de sus áreas de salud.
- Continuar el desarrollo de esta línea de investigación para contribuir de forma eficaz a la prevención reactiva y proactiva del embarazo en la adolescencia, con la utilización de diseños cuantitativos más potentes y su combinación con los métodos cualitativos de análisis.

REFERENCIAS BIBILIOGRÁFICAS

1. Calero-Yera E. Sexualidad en la adolescencia. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2020];35(2). Disponible en: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/418

2. Gamara-Choque P, Pante-Sala G. Embarazo en la adolescencia y los indicadores de salud materna y perinatal .Rev Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2022 [citado 6 Ene 2023];21(2) Disponible en: https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4226

3. Heredia-Torres JG, Yánez-Herrera CS. Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul Ibarra diciembre 2018 marzo 2019. [Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Obstetriz. Carrera de Obstetricia Internet]. Quito: UCE; 2019 [citado 4 Ene 2022]. Disponible en: https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e1a46ab8-0f28-4892-8e84-fcfb2a870376/content

4. Díaz-Curbelo A, Velasco-Boza AJ, Gutiérrez-López JI, Muro-Mesa JA, Álvarez-Sevillano JC. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud en el policlínico "Efraín Mayor Amaro" del Cotorro, La Habana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 06]; 45(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e450.pdf

5. Cuba. CNICM-BMN. Embarazo en Adolescencia. Bibliomed Suplemento [Internet] La Habana: CNICM-BMN; 2018 [citado 15 Oct 2020]. Disponible en: http://files.sld.cu/bmn/files/2018/01/bibliomed-suplemento-enero-2018.pdf

6. Madrid-Gutiérrez J, Hernández-Cordero AL, Gentile A, Caballo-Platero L. Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2020];VII(1):39-47. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/87719/files/texto_completo.pdf

7**.** Mulalu P, Wanume B, Soita DJ, Amongin D, wandawa GJ .Perceptions of adolescent mother towards adolescent repeat childbirth in soroti districo S Teso sub- región, Uganda: A phenomenological study PLoS One [Internet]. 2023 [cited

2023 Jan 6]; 27;18(4). Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0268612

8. Santana-Espinosa MC, Esquivel-Lauzurique M, Herrera-Alcázar VR, Castro-Pacheco BL, Machado-Lubián MC, Cintra-Cala D, *et a*l. Atención a la salud materna infantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018. [citado 6 Ago 2020];42:e27. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34900/v42e272018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9**.** Nawae F, Ueranantasun A, Dureh N. Repeated Teenage Pregnancy in Southernmost of Thailand. Proceedings of the international Halal Science and technology Conference. IHSATEC [Internet]. 2022 [citado 2023 Jan 4];15(1):225-223. Disponible en: https://proceeding.researchsynergypress.com/index.php/ihsatec/article/view/613/734

10. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Trends in repeated pregnancy among adolescents in the Philippines from 1993 to 2013. Reprod Health [Internet]. 2018 [cited 2020 Ago 6];15(1). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6219157/pdf/12978_2018_Article_630.pdf

11. Hubert-López C, Estrada-Márquez F, Villalobos-Hernández A, Sánchez-Pájaro A, De-Castro F, Barrientos-Gutiérrez T. Trazando la ruta: embarazos subsecuentes en adolescentes [Internet]. Mexico: Inmujeres; 2018. [citado 6 Ago 2020]; Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101316.pdf

12. Moran-Valladares DM, Gutiérrez-Gómez XE. Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes.[Internet]. 2021 [citado 6 Ago 2020]; 3. Disponible en:https://revistacienciasmedicas.unan.edu.ni/index.php/rcsem/article/download/90418

13. WHO- UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet].

Geneva: WHO-UNICEF; 2018 [citado 6 Ago 2020]; Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf

14. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Prevalence and Risk Factors of Repeat Pregnancy among South African Adolescent Females. Afr J Reprod Health. [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 15];23(1):73-87. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31034174/

15. Galvão RBF, Figueroa CO, Borovac-Pinheiro A, Paulino DSM, Faria-Schützer DB, Surita FG. Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 6];40(8):437-443. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10316929/pdf/10-1055-s-0038-1666811.pdf

16. Monteiro DLM, Miranda FRD, Bruno ZV, Cavalcante MB, Lacerda IMS, Ramos JAS, Rodríguez NCP. Repeated adolescent pregnancy in Brazil from 2015 to 2019. Rev Assoc Med Bras (1992) [Internet]. 2023 [cited 2020 Aug 6];19;69(5) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10204841/pdf/1806-9282-ramb-69-05-e20221513.pdf

17. PAHO-UNPF. Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington: Pan American Health Organization and the United Nations Population Fund; 2020. [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53133/PAHOFPLHL200019_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Cuba. Minsap. Embarazo en la adolescencia: desafío de la salud sexual y reproductiva en Cuba [Internet]. La Habana: Minsap; 2021. [citado 4 Ene 2022]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/la-fecundidad-en-la-adolescencia-desafio-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-en-cuba/

19. Cuba. Minsap. Anuario Estadístico de Salud 2022 [Internet]. La Habana: Minsap; 2023. [citado 24 Feb 2024].Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2022.pdf

20. Cuba. Onei. Anuario estadístico de salud provincial Sancti Spíritus 2020 [Internet]. Sancti Spiritus: Oficina Provincial de Estadística e Información; 2021. [citado 5 Feb 2023]. Disponible en: https://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicaciones/2022-02/AEP%20Sancti%20Spiritus.pdf

21. Garcia KM, Esquivel CH, Garney WR, Wilson KL, Farmer J. A program evaluation of the Innovative Teen Pregnancy Prevention Programs (iTP3) Project. Arch Public Health [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 63];80(1). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744042/pdf/13690_2021_Article_723.pdf

22. Estrategias Nacional para la prevencin Del embarazo adolescente. Informe Enapea Mexico [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 12]. Disponible en: https://www.gob.net

23. Estrada F, Romero-Pérez I, Campero L, Hubert C, Villalobos A. Public policy on the prevention of subsequent adolescent pregnancy: what type of policy prevails? Cad Saude Publica [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 6];38(9). Available from: https://www.scielo.br/j/csp/a/Fz3CWt3XF74XWhbJDmfLsPD/?lang=en

24. Soto Rodríguez JN. Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes Entre 15 y 19 años del Cantón Calvas [Tesis para la obtención del título de Sicólogo Clínico Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2020]. Disponible en: https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8099/1/141965.pdf

25. Porter LS, Holness NA. Breaking the repeat teen pregnancy cycle. Nurs Womens Health [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 15];15(5):368-81. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751-4851(15)30600-0

26. Lewin A, Mitchell SM, Street T, Beers J. Primary Care Intervention to Prevent Repeat Pregnancy Among Teen Mothers. Am J Prev Med [Internet]. 2019 [cited 20 Apr 2021];56(3):404-410. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379718323560?via%3Dihub

27. Smith-Battle L, Chantamito PCH, Schneider JA. Metaanalysis ofInterventions to reduce repeat pregnancy and birth among teenagers J Adolesc Fam [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 15];9(1) https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1077&context=jafh

28. Elzeblaw-Hassan H, Ragab-Eid S, Farag-Said DS. Utilitzation of emergency contraceotive pills as backkup for lactational amenorrhea method of postpartum contracepction and nuring implication. Egyptian Jouenal of care [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 2024];15(1):17-31. Available from: https://ejhc.journals.ekb.eg/article_335710_3c654210df965d18914069c49c18362d.pdf

29. Robaina-Castillo J, Hernandez-García F, Ruiz-Gómez L. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia .Universidad Medica Pinareña. [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021]; 15(1).Disponible en: https://wwwregaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/331

30. Solano-Fernández E, Valdés-Álvarez V, Figueredo-Echague GB./ Embarazo en la adolescencia como reto para el primer nivel de atención. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 [citado 5 Feb 2023];37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n4/1561-3038-mgi-37-04-e1700.pdf

31. González- Pérez RB, Rodríguez- Mateo M, Naranjo- Hernández Y,Concepción-Pacheco J. Comportamiento del embarazo adolescente en el municipio Jatibonico. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. 2021 [citado 6 Ene 2023];47(1):e707. Disponible en:https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/

32. García Odio A, González-Suárez M. Factores de riesgos asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev. De Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];22(3):416-427. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n3/rpr02318.pdf

33. González-Lorenzo L, Martín - Dipoté MI, Castro-Martínez J A. Caracterización clínica y epidemiológica en gestantes adolescentes. Mediocentro Electrónica

[Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];23(3):261-270. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000300261&lng=es

34. Batista-Roque T, Abreus-Magariño del RL, Pino-Soto M. Análisis del embarazo en la adolescencia a nivel mundial. [Segundo Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas Internet]. Manzanillo: Cibamanz; 2021. [citado 5 Feb 2023]; Disponible en: https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/136

35. OPS-OMS. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica Internet]. Ginebra: OPS-OMS; 2020. [citado 5 Feb 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/embarazo-adolescencia-america-latina-caribe-resena-tecnica-agosto-2020

36**.** Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia [Internet]. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2021. [citado 5 Feb 2023]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/GUIA%20PREVENCI%C3%93N%20EN%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTES%20GUATEMALA.pdf

37. Colombia. Gobernación Antioquia. Embarazo subsecuente en adolescentes [Internet]. Antioquia: Departamento de Antioquia; 2022. [citado 6 Ene 2023.]. Disponible en: https://vidayfamilia.antioquia.gov.co/wp-content/uploads/2022/02/BIAMP2.pdf

38. Llamazares-García A, Urbano-Contreras A. Autoestima y Habilidades Sociales en Adolescentes. Rev Educ [Internet] 2020 [citado 15 Oct 2020+];(43):99-117. Disponible en: https://www.semanticscholar.org/paper/Autoestima-y-Habilidades-Sociales-en-AdolescentesCuastumalGuadalupe/f38a0d5c222885502a824b0afdb18a5a6b9bfeed

39. Yakubu I, Jawula - Salisu w. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review Reprod Health [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 6];15(1).Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6267053/pdf/12978_2018_Article_640.pdf

40. Cox JE, Harris–Kim S, Conroy K, Engelhart T, Vyavaharkar A, Federico A, W et al. A Parenting and life skills intervention for teen Mother: A Randomized Controlled trial. Pediatrcs [Internet]. 2019 [cited 2020 Ago 6];143(3). Available from: https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/143/3/e20182303/76780/A-Parenting-and-Life-Skills-Intervention-for-Teen?redirectedFrom=fulltext

41. Perú. Ministerio de Salud. Norma técnica de la atención al adolescente. [Internet]. Perú: Minsa-Normas Legales; 2019. [citado 4 Ene 2022]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190557-007-2017-

42. Harding JF, KnabJ, Zief S, Kelly, Mc Callun D. A systematic Review of programas to promete Aspeds of teen parents Self–Sufficiency: sujoporting educationd Outcomes and heartty Birth spacing. .Matern child Health J. [Internet]. 2020; [cited 2021 Apr 20].24 (suppl2):84-104. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-019-02854-w

43. Figueroa-Oliva DA, Negrin- García VA, Garcel-Fernandez ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [Internet].2021 [citado 24 Jul 2022]; 25 (5).Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n5/1561-3194-rpr-25-05-e5051.pdf

44. Chávarry-Ysla PR. Estigmatización del sistema adolescente embarazada. Rev Cubana Enfermería [Internet]. 2020 [citado 24 Jul 2022];36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n1/1561-2961-enf-36-01-e3146.pdf

45. Arévalo-Jara DL. Anticoncepción y control de la natalidad. Braz J Health Rev [Internet]. 2023 [citado 22 Dic 2023];6(6):30601-30628. Disponible en: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65381/46723

46. Pinzón-Rondón ÁM, Ruiz-Sternberg ÁM, Aguilera-Otalvaro PA, Abril-Basto PD. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018. [citado 24 Jul 2022]; 83 (5):487-499.

Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0487.pdf
47. Ortiz-Martínez RA, Otalora-Perdomo MF, Delgado-Ana BM, Luna-Solarte DA. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 24 Jul 2022];83(5):478-486. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0478.pdf
48. Campero L, Romero I, Estrada Hubert C, Heredia-Pi IB, Villalobos-Hernandez A. Anticoncepción pos evento obstétrico y embarazo subsecuente en adolescentes: perspectiva del personal de salud en México. Salud Publica Mex [Internet].2022 [citado 6 Ene 2023]; 64:385-396. Disponible en: https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13515/12270
49. Norton M, Chandra-Mouli V, Lane C. Interventions for Preventing Unintended, Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescents: A Review of the Evidence and Lessons From High-Quality Evaluations. Glob Health Sci Pract [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 22];5(4):547-570. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5752603/pdf/547.pdf
50. Morales-Álvarez CT, Sáenz-Soto NE, Manjarres-Posada Nl, Luna-Ferrales, C, Barbosa-Martínez RC. Embarazo subsecuente en la adolescencia: causas, consecuencias y posibles soluciones. Rev enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2022 [citado 6 Ene 2023];30(1):14-20. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378894/1271-6853-1-pb.pdf
51. Hevia-Bernal D, Perea-Hevia L Embarazo y adolescencia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2020 [citado 4 Ene 2022];92(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v92n4/1561-3119-ped-92-04-e1290.pdf
52. Favier-Torres MA, Samon-Leiva M, Ruiz-Juan Y, Franco-Bonal A. Factores de riesgos y consecuencia del embarazo en la adolescencia. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];97(1). Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/18005
53. Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ Méd Bogotá (Colombia) [Internet]. 2010 [citado 6 Ago

2020];51(1):29-42. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676001.pdf

54. Calderón-Mirama LV, Calle-Ruedas GD, Villafuerte-Áreas PF, Ganchozo-Peralta FD. El embarazo y sus consecuencias en la madre adolescente Recimundo [Internet]. 2020 [citado 15 Oct 2020];4(3):174-183. Disponible en: https://recimundo.com/index.php/es/article/view/861/1364

55. Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. Bolivia: Estudio Temático del Embarazo Adolescente [Internet]. Bolivia: INE; 2018 [citado 6 Ago 2020]. Disponible en: https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/estudio-tematico-del-embarazo-adolescente/

56. Amarilla-Espinola A. Características clínicas y sociodemográficas de las adolescentes gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017**.** [Trabajo de fin de grado Internet]. Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú; 2018 [citado 15 Ago 2020]; Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/996505/caracteristicas-clinicas-y-sociodemograficas-de-las-adolescente_UbFnjei.pdf

57. Gálvez-Henry F, Rodríguez-Sánchez BA, Lugones-Botell M, Altunaga-Palacio M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 20 Abr 2021];43(3):15-27. Disponible en: https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/218/593

58. Alonso-Uría R, Rodríguez-Alonso B, Yanes-Morales C, Castillo-Isaac E. Caracterización del neonato bajo peso hijo de madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];44(1) Disponible en: http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/308

59. Velasteguí-Eguez JE, Hernández-Navarro MI, Real-Cotto JJ, Roby-Arias AJ, Alvarado-Franco HJ, Haro-Velastegui AJ *et al.* Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];34(1):37-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n1/mgi05118.pdf

60. Alfonso-Hernandez C, Valladares-González A, Rodríguez-San PL, Selin-Ganen M. Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescente en la

enseñanza preuniversitaria. Cienfuegos 2014. Medisur [Internet] 2017 [citado 20 Abr 2021];15(3):341-349. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n3/ms09315.pdf

61. Angulo-Sevillano GDJ. Complicaciones Obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital regional docente de Cajamarca de enero a diciembre 2019 [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano Internet]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020. [citado4 Ene 2022]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3854/T016_73987962_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

62. Di-Fabio J, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2021];46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46n2/1561-3127-rcsp-46-02-e2193.pdf

63. Montano-Luna JA, Prieto -Díaz VI. Factores de riesgo y enfoque preventivo. En: Álvarez Sintes. Medicina General Integral [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 15 Oct 2020 2021];369-376. Disponible en: https://www.untumbes.edu.pe//vcs/biblioteca/document/varioslibros/1331.%20Medicina%20General%20Integral.%20T1%20%20Salud%20y%20medicina.pdf

64. Cuba. Minsap. Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia [Internet]. La Habana: Minsap; 2012-2017. [citado 15 Oct 2020]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Programa%20nacional%20de%20salud%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20la%20adolescencia%20(Cuba).pdf

65. Álvarez-Fumero R, Arman-Alexadrinni GE, Piloto-Padrón M. Guía de actuación para los servicios de planificación familiar [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018 [citado 6 Ago 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/guia_actuacion_serv_planfamiliar/guia_planificacion_familiar.pdf

66. OMS. Recomendaciones sobre práctica seleccionadas para el uso de anticonceptivos [Internet].Ginebra: OMS; 2018 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1

67. OPS. Adolescent Pregnancy [Internet]. Ginebra: OPS: 2018 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

68. González-Nava P, Rangel-Flores Y, Hernández Ibarra E. Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes. Saúde Soc São Paul [Internet]. 2020 [citado 18 Ene 2021];29(3). Disponible en: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FJMMcMPd9TQkdSnVs8DjQtQ/?format=pdf&lang=es

69. Sánchez-Martín MI, Ferrer-ArnedoC, Fernández-Lasquetty Blanc B, Cortés-Borra A, Cepeda- Díez JM, Santillán-García A, *et al*. Apuntes gestión y liderazgo en cuidados de enfermería. Salud Play [Internet]. 2022 [citado 6 Ene Jul 2023]. Disponible en: https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-gestion-y-liderazgo-en-cuidados-de-enfermeria/tema-1-la-gestion-de-cuidados

70. México. Consejo Nacional de Población. Segunda Fase (Documento Marco) de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024. México: Consejo Nacional de Población; 2021. [citado 4 Ene 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/segunda-fase-documento-marco-de-la-estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-2021-2024

71. Carvajal-Reatiqui GL, Chasillacta-Amores FB. Estrategias para la prevención del embarazo en adolescentes en la comunidad de Patután. Braz J Health Rev [Internet]. 2023 [citado 22 Dic 2023]; 6(3):11258–11276.Disponible en: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60319/4351

72. Garcia KM, Esquivel CH, Garney WR, Wilson KL, Farmer J. A program evaluation of the Innovative Teen Pregnancy Prevention Programs (iTP3) Project. Arch Public Health [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 6];80(1). Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744042/pdf/13690_2021_Article_723.pdf

73. United Nations. Cepal. The 2030 agenda and the sustainable development goals. An opportunity for Latin America and the Caribbean. [Internet]. United Nations. Cepal; 2018. [cited 20 Apr 2021]. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/2030_agenda_and_the_sdgs_an_opportunity_for_latin_america_and_the_caribbean.pdf

74. Melchor-Orta G, Palacios-Calderón R. Estrategia de Intervención educativa para disminuir el embarazo en las adolescentes del Municipio Jaruco. Revista Ciencia Universitaria [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2021];18(2). Disponible en: https://revistas.unah.edu.cu/index.php/ACUNAH/article/view/1384/2495

75. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes [Internet]. Montevideo: MSP-AUCI-UNFPA; 2020. [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20de%20prevencion%20del%20embarazo%20no%20intencional%20en%20adolescente.pdf

76. Sánchez-Ramírez Ml. Implicaciones biológicas del embarazo en la adolescencia y su influencia con el entorno social. Salud y vida [Internet]. 2023 [citado 22 Dic 2023];7(13):90-103.Disponible en: http://ve.scielo.org/pdf/raics/v7n13/2610-8038-raics-7-13-90.pdf

77. Madrid. La Nave Centro de Innovación de Referencia. El modelo biopsicosocial: innovación y excelencia de la asistencia sanitaria [Internet]. Madrid: La Nave; 2020. [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: https://www.lanavemadrid.com/actividad/14890/

78. Andi-Barragán JN. Modelo Biopsicosocial: Una búsqueda de equilibrio en transición. Familia-Avance.com [Internet]. [publicado 6 Sep 2020; citado 15 Oct 2020]. Disponible en: https://familiavance.com/wp-

content/uploads/2020/09/Modelo-Biopsicosocial-Una-busqueda-de-equilibrio-en-transicion-Nicole-Andi.pdf

79. Castañeda-García PJ, Reyes-Macías I, Bordón-Suárez V de los D, Segura-Cabrera CA. Desarrollo evolutivo humano y longevidad. Un análisis bio-psicosocial. Rev iberoam psicol [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2021];13(1):117-28. Disponible en: https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.13111/1572

80. Sánchez-Jacas I. La planeación estratégica en el Sistema de Salud Cubano. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 15 Oct 2020];21(5):635-41. Disponible en http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n5/san19215.pdf

81. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 15 Oct 2020];30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005

82. Castro-Pereira S, Esmeralda-Perilla SM, Rocha- Vuelvas A. Estrategias preventivas del embarazo en adolescentes en la región de las américas: una revisión narrativa. Investigaciones Andinas [Internet]. 2017 [citado 2020 15 Oct 2020];19(34):1901-1924. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/2390/239057355008/html/

83. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. Aten Primaria [Internet]. 2019 [Citado 6 Ago 2020];51(7):424-434. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6839205/pdf/main.pdf

84. Argimon-Pallas J, Jiménez-Villa J. Métodos de Investigación Clínica y epidemiologia [Internet]. 4ta ed. España: Elsevier; 2013. p.17-21. [citado15 Oct 2020]. Disponible en: https://postgrado.medicina.usac.edu.gt/sites/default/files/documentos/investigacion_clinica_y_epidemiologica_1.pdf

85. Marín A. Técnicas de creatividad: evaluación PNI. [Next Proyecto Internet]. [publicado 06 Mayo 2021; citado 24 Jul 2022]. Disponible en: https://nextproyecto.com/2021/05/06/tecnicas-de-creatividad-evaluacion-pni/

86. Hammond M. Escala de Likert: que es como utilizarla (incluye ejemplos) Canadá [Internet]. 2023 [citado 14 febrero 2023]. Disponible en: https://blog.hubspot.es/service/escala-likert

87. Abbadia Y. ¿Qué es la triangulación en la investigación?: El camino hacia hallazgos fiables Mind the GRAPH. [Internet]. [publicado 10 Ago 2023; citado 22 Dic 2023. Disponible en: https://mindthegraph.com/blog/es/que-es-la-triangulacion-en-la-investigacion/

88. Díaz-Ferrer Y, Cruz-Ramírez M, Pérez- Pravia MC, Ortiz-Cárdenas T. El método criterio de experto en las investigaciones educacionales: visión desde una muestra de tesis doctoral Rev Cubana Educ Sup [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2021];39 (1). Disponible en: https://mindthegraph.com/blog/es/que-es-la-triangulacion-en-la-investigacion/

89. Piza-Burgos ND, Amaiquema- Márquez FA, Beltrán- Baquerizo GE. Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. Conrado [Internet]. 2019 [citado 6 Ago 2020];15(70):455-459. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v15n70/1990-8644-rc-15-70-455.pdf

90. Pina-Romero JA. Manual-básica-spss [Internet]. España: Universidad de Alicante; 2020 [citado 20 Abr 2021]. Disponible en: https://pinae.es/wp-content/uploads/2023/09/Manual-SPSS-Castellano.pdf

91. Cuba. Ministerio de Salud Pública Programa del médico y enfermera de la familia [Internet]. La Habana: Minsap; 2023. [citado 22 Dic 2023]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/programa_medicoenfermera_2daed/programa_medicofamilia_2daed.pdf

92. Unicef.Org-Cuba [Internet]. Atención integral y de calidad a adolescentes [Internet]. [publicado 2020; citado 20 Abr 2021]. Disponible en: https://www.unicef.org/cuba/atencion-integral-y-de-calidad-adolescentes

93. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/manual_atencion_salud_sexual/manual_%20salud_sexual_adolescencia.pdf

94. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. La Habana: Minsap; 1999. Disponible en: https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/#

94. Cuba. Ministerio de Justicia. Gaceta oficial # 99- Ley 156/2022 del Código de las familia [Internet]. La Habana: Ministerio de Justicia; 2022 [citado 6 Ene 2023]. Disponible en: https://www.parlamentocubano.gob.cu/sites/default/files/documento/2022-09/goc-2022-o99.pdf

95. Rodríguez-Del Castillo MA. Estrategia y Estrategia un breve recorrido para caracterizar la presencia del termino en la literatura pedagógica y una aproximación a sus peculiaridades como resultado científico de la investigación educativa. Villa Clara: Universidad Pedagógica Félix Varela; 2005.

96. Ramírez-de Armas N, González-Lorences J, Vázquez-Perdomo JM. Caracterización y diseño de los resultados científicos Como aporte de la investigación educativa. [Evento Internacional Pedagogía 2003 Internet]. [citado 15 Oct 2020]. Disponible en: https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=EChQij0AAAAJ&citation_for_view=EChQij0AAAAJ:Tyk-4Ss8FVUC

97. Márquez A. Habilidades. Proposiciones para su evaluación. Santiago de Cuba: Universidad Pedagógica “Frank País García”, 1993. MEDISAN [Internet]. 2011 [Citado 2021Jul30]; 15(12):1819-1825.Disponible en: http//scielo.sld.cu/scielo.php?script=hci_arttext&pid=S1029-30192011001200018

98. Fernández-Sotolongo J. Estrategia organizativa para la prevención de la ceguera evitable en Zulia Venezuela. 2004-2011. [Tesis para optar por el grado científico de doctor en ciencias de la salud Internet]. 2014. [citado 15 Oct 2020]. Disponible en: https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=371

99. Naranjo-Hernández Y, Ávila-Sánchez M, Concepción-Pacheco J. Las estrategias como herramienta en el desarrollo científico de Enfermería. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];22(4). Disponible en: http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5595

100. Concepción-Pacheco J. ¿Cómo estimular el desarrollo de la competencia comunicativa en idioma inglés? Edumecentro [Internet]. 2013 [citado 6 Ago 2020];2(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumec/printerfriendly/91/185

101. Villalta R, Cubias A. Las técnicas participativas Herramientas de educación popular. [Proyecto: Promoción del liderazgo y fortalecimiento de la organización comunitaria desde una base de equidad de género en 9
comunidades marginales de El Salvador Internet]. El Salvador: Material elaborado para Círculo Solidario; 2019 [citado 15 Oct 2022]. Disponible en: https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2019/05/08.-las-tc3a9cnicas-participativas-de-educacic3b3n-popular-cc3b3mo-usarlas.pdf

102. Cuba. MINED. Carta del Ministerio de Educación a cada adolescente y joven de Cuba. [Internet]. La Habana: Mined; 2019. [citado 6 Ago. 2020]. Disponible en: https://www.mined.gob.cu/wp-content/uploads/2019/04/carta_mined.pdf

103. Gómez-Suárez TR, Gómez-Sarduy A, Galván-Quintana MM, Rodríguez Piñeiro A. Acciones Educativas para cambios de comportamientos en la práctica de relaciones sexuales entre adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 [citado 2023 Nov 16]; 35(4): e22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e22.pdf

104. Martínez-Ruíz H. Metodología de la investigación [Internet]. México: Cengage Learning; 2018 [citado 2023 Nov 16].Disponible en: https://latam.cengage.com/libros/metodologia-de-la-investigacion-2/

105. Rizo-Cabrera C, Capistrous-Pérez L. Estrategias de resolución de problemas en la escuela. Revista Latinoamericana de Investigación en Matemática Educativa. RELIME [Internet]. 1999 [citado 15 Oct 2020];2(2-3):31-45. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33520304

106. Sala-Serra M, Domingo-Torrell L. Validez de un estudio: validez interna y externa. Carta metodológica. Rev Cir Esp [Internet]. 2022 [citado 6 Ene 2023]; 100(10):649-651. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X2100405X

107. Universidad en Internet (Unir). Declaración de Helsinki: regular la experimentación con personas. Ciencias de la Salud. España: Unir 2023 Unir. [Internet] 2023 [citado 22 Dic 2023]. Disponible en: https://www.unir.net/salud/revista/declaracion-helsinki/

108. García-Baños LG, Alonso-Sicilia M. Prevalencia del embarazo en adolescentes Güira de Melena 2021. [IV Convención Internacional de Salud Internet]. La Habana: Convención; 2022. [citado 22 Ene 2023]. Disponible en: https://convencionsalud.sld.cu

109. Rodríguez-Bustamante A, Vicuña Romero JJ, Zapata Posada JJ. Familia y escuela: Educación afectivo-sexual en las escuelas familia. Revista Virtual [Internet]. 2021 [citado 4 Ene 2022];(63):312-344. Disponible en: https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1268/1643

110. Guijarro S. Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. [Internet]. 2017 [citado 29 Mar 2022]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf

111. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2014 [citado 15 Oct 2020];14(4):383-39. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/B4T5xCgwByBwJckGp4bPqTf/?format=pdf&lang=es

112. Salgado S, Bello-Zamora G, Morales-Núñez L, Morales-Bello HA. Factores biopsicosociales del embarazo en la adolescencia. Manzanillo 2018. Multimedia [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2021];24(2):247-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v24n2/1028-4818-mmed-24-02-247.pdf

113. Vital-Riquenes E, Sarmiento-Ducónger R, Almeida Álvarez Y, Benítez Riquenes DG. Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 15 Oct 2020];15(5):597-603. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n5/san05511.pdf

114. Martínez-María MG, Pérez-Domínguez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfer [Internet]. 2002 [citado 15 Oct 2020];18(3):175-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300008&lng=es

115. Martínez-Enriqueta A, Montero-Gloria I, Zambrano-Rosa M. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica". Rev Espacios. [Internet]. 2020 [citado 23 Ene 2022];41(47). Disponible en: https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/20414701.html

116. Del Pilar-Niño BA, Ortiz-Rodríguez SP, Solano-Aguilar S, Amaya CM, Henao-Serrano L. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. Revista Cuidarte [Internet]. 2017 [citado 15 Oct 2020];8(3):1875-1886. Disponible en: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/448/858

117. Figueredo-Fonseca M, Fernández-Núñez D, Hidalgo-Rodríguez M, Rodríguez- Reúna R, Álvarez-Paneque T. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. CMF # 37. Níquero. Multimed [Internet]. 2019 [citado 15 Oct 2020]; 23(4):731-743. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n4/1028-4818-mmed-23-04-731.pdf

118. Soliz-Ordoñez L. Consecuencias del embarazo en la adolescencia en la zona de influencia del centro de salud Nacuma. Más Vita [Internet]. 2021 [Citado 14 Ago 2020]; *3*(1): 42–55. Disponible en: https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/166

119. Acosta-Varela ME, Cárdenas-Ayala VM. El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2012 [citado 15 Oct 2020]; 50(4): 371-4. Disponible en: https://www.redalyc.org

120. Vindell O, Josseling M, Reyes-Betancourt RI, Yareth L. Factores de riesgo que presentan las adolescentes embarazadas del municipio de San Juan de Limay, en el periodo 2018-2019. [Artículo de Discusión Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Unan-Managua - Facultad Multidisciplinaria-Farden-Estelí; 2020. [citado 4 Ene 2022]. Disponible en: https://repositorio.unan.edu.ni/13143/1/20048.pdf

121. Salvent-Tame A, Rodríguez-Lara O, Furone-Rodríguez N, Tamayo-Ramos I, Soler-María L. Adolescencia e interrupción de embarazo Policlínico Universitario "Félix Peña Díaz" San Antonio del Sur, de la provincia de Guantánamo. Revista Información Científica [Internet]. 2011 [citado 15 Oct 2020];71(3). Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757296004.pdf

122. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. Rev. Salud pública [Internet]. 2017 [citado 6 Ago 2020];19(3): 374-378.Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/

123. Gómez-Suárez TR, Gómez-Sarduy A, Galván-Quintana MM, Rodríguez-Piñeiro A. Acciones Educativas para cambios de comportamientos en la práctica de relaciones sexuales entre adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];35(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e22.pdf

124. Alonso-Muñiz GR, Quije-Segovia SK, Plua-Chancay VE, Tigua-Gutiérrez OL, Armendáriz-Parrales AS, Lino-Pionce AJ. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Pol Con [Internet] 2019. [citado 4 Ene 2022]; 3(7): 519-536. Disponible en: https://polodelconocimiento.com

125**.** Figueroa-Peñafiel M, Rivera-Solís KX, Vinueza-Domo K, Jefferson-Estiven YC, Rebolledo-Malpica D. Percepción de las adolescentes frente al embarazo: revisión sistemática. Arc Med [Internet]. 2020 [citado 4 Ene 2022];20(1). Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/2738/273862538017/273862538017.pdf

126. Mariño-Membriles ER, Ávalos-González MM. Impacto del embarazo en la adolescencia en un grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 22];46(4). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2020/cog204b.pdf

127 .Cortés-Alfaro A, Marleidys-Fiffe Y, García R. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 [citado 15 Oct 2020];23(1).Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi07107.htmmen

128. Vásquez-Cabello AA. Factores Predisponentes de Preeclampsia en Mujeres Gestantes en el Centro de Salud. Rev. Hallazgos 21 [Internet]. 2022 [citado: 6 Ene 2023];7(2):133-149.Disponible en: http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/

129. Azuera-Arias R, Trejos-Herrera AM, Reyes-Ruiz L. Percepción del embarazo adolescente en el Departamento Norte de Santander, Colombia. Rev. Salud pública [Internet]. 2017 [Citado 14 Ago. 2020];19(6):733-738. Disponible en: https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.57679

130. Castillo-Marcial E, Cantillo-Ferreiro R, Laffita-Rodríguez L, Santos-Pérez O, Valdés-Julius J. Intervención educativa sobre sepsis vaginal en el embarazo adolescente Rev Electrón Portales [Internet]. 2016. [citado 6 Ago 2020]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sepsis-vaginal-embarazo-adolescente/

131. Favier-Torres MA, Samon-Leyva M, Ruiz J, Franco-Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias. Rev Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 6 Ago 2020]; 97(1):205-214.Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view1805

132. Estrada-Velázquez A, Verde W, Rodríguez LE, Torres-Antela M, Vega-Rodríguez C, Mayeta-Padrón HC, et al. Vaginosis bacteriana en gestantes adolescentes. Reva Electrón portales Médicos [Internet]. 2014 [citado 6 Ago 2020]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/vaginosis-bacteriana-gestantes-adolescentes

133. Mota-Suárez ÁR, Di Pietrantonio-Valera KJ, Mota-Suárez AJ. Vaginosis bacteriana: aspectos colposcópicos. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2008 [citado 15 Oct 2020];68(2):87-91.Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000200004

134. Llanes-Torres HM. Intervención Educativa sobre infecciones de trasmisión sexual en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 15 Oct 2020];32(4).Disponible en: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/246

135. Gálvez-Espinosa M, Rodríguez-Arévalo L, Rodríguez-Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev

Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 6 Ago 2020];32(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/22

136. Castañeda-Camey N, Lou-de León SM, Brasil-Cruz L. Embarazo y Maternidad: percepciones de los jóvenes en un contexto binacional México-Estados Unidos. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv [Internet]. 2019 [citada 20 Oct 2020];17(1):327-342. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v17n1/2027-7679-rlcs-17-01-00327.pdf

137. Loredo-Abdala A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado 20 Abr 2021];55(2):223-229. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/1379/1982

138. Guridi-González MZ, Franco-Pedraza V, Guridi-Lueges YA, Impacto familiar en adolescentes embarazadas: Estudio en Policlínico Calabazar. Rev Psicología Científica [Internet]. 2012 [citado15 Oct 2020];14(5).Disponible en: https://psicologiacientifica.com/impacto-familiar-adolescentes-embarazadas-estudio/

139. Sancti Spiritus Departamento de Planeamiento y Estadísticas-Dirección Municipal de Educación. Deserción escolar relación con el embarazo adolescente 2015-2016. Jatibonico: Departamento de Planeamiento y Estadísticas-Dirección Municipal de Educación; 2017

140. Sancti Spiritus Departamento de Planeamiento y Estadísticas- Dirección Municipal de Educación. Deserción escolar relación con el embarazo adolescente 2016-2017. Jatibonico: Departamento de Planeamiento y Estadísticas-Dirección Municipal de Educación; 2018.

141. Sancti Spiritus Departamento de Planeamiento y Estadísticas-Dirección Municipal de Educación. Deserción escolar relación con el embarazo adolescente 2017-2018. Jatibonico: Departamento de Planeamiento y Estadísticas-Dirección Municipal de Educación; 2019.

142. Cox-Hernández Y, Brooks-Salazar M, Salgado-Rodríguez K. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia enfermería en el complejo Reynaldo Castro. El Salvador. [XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019]. La Habana: Sociedad Cubana de Enfermería; 2019. [citado 6 Ago. 2020]. Disponible en: http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/view/633/2

143. Demera-Muentes FM, Lescay-Blanco DM, Meza -Intriago HA. (2018). La prevención del embarazo en adolescentes de la educación general básica en el ecuador. REFCalE [Internet]. 2018 [citado 20 Abr 2021];6(2):211-36. Disponible en: https://refcale.uleam.edu.ec/index.php/refcale/article/view/2714/1622

144. Abandono de estudio en adolescente como factor de riesgo de embarazo almacenamiento [Internet]. 2018 [citado 24 Jul 2022]. Disponible en: https://almacenamientopan.blob.core.windows.net/pdfs/investigaciones/ABANDONO-DE-ESTUDIOS-EN-ADOLESCENTES-COMO-FACTOR-DE-RIESGO-PARA-EMBARAZO.pdf

145. Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];21(83): 109-119. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e109.pdf

146. Ayuda-Acción.Org. España [Internet]. Embarazo en la adolescencia: causa y riesgos. [publicado 27 Nov 2022; citado 6 Ene 2023]. Disponible en: https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/embarazo-adolescencia/

147. Albán-Sánche JD, Zapata-Gallegos KA, Daza-Vélez MM, Carlos Manuel Núñez-Michuy CM. Estrategias de motivación para la reducción de la deserción escolar en adolescentes con embarazo en edades de 14 a 16 años en la Unidad Educativa Calos. Pol Con [Internet]. 2021 [citado 24 Jul 2024];Vol. 6(4):995-10 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7927004

148. Cusme-Rivas JM, Jalil-Vélez NJ. Orientación familiar para la prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cognosis [Internet]. 2019. [citado 20 Abr 2021];28(2). Disponible en: https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/2227/2358

149. Sánchez-Díaz MR, Montoya-Núñez YA. Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México [Internet]. 2019 [citado 24 Jul 2022];5(25). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin25/b25-7.pdf

150. Chapa-Bravo CM, Ochoa-Encalada SC. Educación sexual y redes sociales: Estrategia innovadora para prevenir el embarazo adolescente. Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía [Internet]. 2021 [citado 24 Jul 2022];6(3):379-400. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8019905

151. Rondón-Carrasco Y, Morales-Vázquez CL, Chacón-Medina N. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2023. [citado 22 Dic 2023];8(9). Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1100/2320

152. Arias-Gómez L, Ruiz-Pupo Y, Quintero-Marrero L. Estrategia de intervención para disminuir el embarazo en la adolescencia. ROCA Revista Científica Educacional Granma. [Internet] 2023 [citado 22 Dic 2023];19(2). Disponible en: https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/3933

153. Martínez-Torres YM, Frómeta-Lores M, Matos-Laffita D, Santana-Suarez I, Fernández-Rubio M. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 [citado 6 Ene 2023]; 38(3). .Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v38n3/1561-3038-mgi-38-03-e1838.pdf

154. Virella-Trujillo ME, González-Osorio A, Chávez-Roque M, Santana-Serrano C. Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. AMC [Internet]. 2009**.** [citado 15 Oct 2020]; 13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n5/amc070509.pdf

155. Betancourt-Sánchez N, Suárez-Ramos L, Vázquez-Cervantes Y, Martell-Martínez M. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en el municipio de Nuevitas, Camagüey 2020-2021. Medisur [Internet]. 2022 [citado 22 Dic 2023];20(6):1141-1149. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v20n6/1727-897X-ms-20-06-1141.pdf

156. Fernández-Martínez B, Méndez-Muñoz P, León-Martín T, Rodríguez O. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Rev. Esp. Salud Madrid [Internet].2007[Citado 2021 Ago. 02]; 79(5):581-589.Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n5/original6.pdf

157. Figueredo-Fonseca M, Fernández-Núñez D, Hidalgo-Rodríguez M, Rodríguez-Reúna R, Álvarez-Paneque T. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. CMF # 37.Niquero Multimed [Internet]. 2019 [citado 20 Abr 2021];23(4):731-743.Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n4/1028-4818-mmed-23-04-731.pdf

158. Ortiz-Cruz CK, Macías-Díaz DN, Mercado-Nuño JA, Pedroza-Valadez AP, Vicencio-Medina DS, Guerrero-Mojica N, Efecto intervención educativa sobre educación sexual, y reproductiva anticoncepción adolescente de educación médica. Rev Med Ocronos [Internet]. 2021 [citado 22 Dic 2023];4(4):131.Disponible en: https://revistamedica.com/intervencion-educativa-salud-sexual-adolescentes-educacion-media/#Universo

159. Guerra-Figueredo M, Pérez-Hernández M, Álvarez-Remedio A. Intervención Educativa para prevenir el embarazo en adolescente, CMF2 Cacocum Cuba. [V Jornada Científica de la SOCES Internet]. Holguín: Soces; 2016 [citado 6 Ago 2020].Disponible en: http://socesholguin2016.sl.cu

160. Bastida-Izaguirre D, Martínez-Galván IA, Ramos-López KD, Ríos-Dueñas LA. Proyecto de intervención educativa sobre prevención del embarazo a temprana edad. Rev Iberoa mInvestig Desarro Educ [Internet]. 2020 [citado 20 Abr 2021];11(21).Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/ride/v11n21/2007-7467-ride-11-21-e021.pdf

161. Linares-Cánovas LP, Linares-Cánovas LB, Lazo-Herrera LA. Tecnologías de la información y las comunicaciones: su uso racional en el proceso docente educativo. Edumecentro [Internet]. 2018 [citado 6 Ago 2020];10(2):217-222. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v10n2/edu17218.pdf

162. Gómez-Suárez RT, Rodríguez LM, Gómez A. Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. [Internet]. 2017 [6 Ago 2020]; 43(2):180-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu05217.pdf

163. Mosqueda-Padrón L. Educación Sexual: camino al a prevención del embarazo precoz, Edu Sol [Internet]. 2020 [citado 6 Ago.2020];20(72):160-174 Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/eds/v20n72/1729-8091-eds-20-72-160.pdf

164. Martínez-Torres YM, Frómeta-Lores M, Mato-Laffita D, Santana-Suarez I, Fernández-Rubio M. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 [citado 6 Ene 2023]; 38(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v38n3/1561-3038-mgi-38-03-e1838.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta.

Nivel de conocimientos sobre embarazo en adolescentes. Policlínico Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico Sancti Spíritus

I. PRESENTACIÓN:

Estoy realizando un trabajo de investigación con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre embarazo en la adolescencia, los datos recolectados serán procesados con total discreción, agradecemos su participación.

II. INSTRUCCIONES:

Lea atentamente cada una de las preguntas planteadas que a continuación, se le presenta que usted responderá según criterio propio. La encuesta tendrá una duración de 20 minutos. Si usted tiene alguna duda puede pedirla aclaración respectiva. Le agradeceremos nos brinde información verdadera para favorecer el éxito del estudio.

Datos Generales:

1. Edad _____

2. Escolaridad: Primaria sin terminar----
Primaria terminada------
Secundaria sin terminar-----
Secundaria terminada -------
Preuniversitario sin terminar------
Estudia:

Sí--- No ---- motivo --

3- Estado Civil: Soltera -----Casada -----

4-Antecedentes obstétricos: Gestaciones ----Partos —Abortos---

5- Durante el embarazo ha presentado:

a) Anemia Sí--- No ---- b) Sepsis urinaria Sí--- No ---- c) Infección cérvico vaginal Sí--- No ---- d) Rechazo de la familia Sí--- No ---- e) Rechazo de la pareja Sí--- No ----

6- ¿Si tuvo un embarazo anterior, presentó?

a) Diabetes gestacional Sí--- No ----

b) Hipertensión inducida por el embarazo Sí--- No d) Abandono escolar Sí--- No ---- e) Otras----

CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO:

1. ¿Qué es el embarazo?

a. Es la ausencia de la menstruación

b. Cuando el óvulo es fecundado por el espermatozoide

c. Es tener relaciones sexuales sin protección

2. ¿Qué es embarazo adolescente?

a. Es aquel embarazo que se da entre los 7 a 9 años

b. Es aquel embarazo que se da entre los 10 a 19 años

c. Es aquel embarazo que se da entre los entre 20 a 25 años

3. ¿Por qué cree que las adolescentes se embarazan a temprana edad?

a. Por tener escasa información sexual o por relaciones sexuales coitales- sin protección

b. Por tener escasa información sexual o por relaciones sexuales coitales- con protección

c. Por tener adecuada información sexual o porque ya están preparadas para ser madres

4. ¿Cómo se previene un embarazo adolescente?

a. A través de la abstinencia sexual o relaciones sexuales coitales con protección

b. A través de la abstinencia sexual o relaciones sexuales coitales con una sola pareja

c. A través de la abstinencia sexual o relaciones sexuales coitales múltiples parejas

5. ¿Cuándo existe más riesgo de quedar embarazada?

a. Una semana antes de la fecha de inicio de la menstruación.

b. Una semana después de la fecha de inicio de la menstruación.

c. Durante la menstruación.

6. ¿Cuándo deben iniciarse las relaciones sexuales?

a. Cuando se tiene deseo sexual, cuando hay presión de los amigos

b. Cuando empiece a asumir mis acciones con responsabilidad

c. Cuando hay presión de los amigos, cuando se tiene 20 años

7. ¿Cuántas relaciones sexuales-coitales- sin protección son necesarias para quedar embarazada?

a. Una Vez

b. De vez en cuando

c. Con frecuencia

8. ¿Quiénes cree usted que deben orientar a los adolescentes sobre el embarazo?

a. Los padres, maestros y/o personal de salud

b. Los amigos, tíos o maestros

c. Los abuelos, maestros o los amigos

9. ¿Es la comunicación con los padres fundamental para evitar un embarazo a temprana edad?

a. Si

b. No

c. A veces

10. ¿Quién está realmente preparada para asumir el rol de la maternidad?

a. La adolescente

b. La mujer adulta

c. Lo abuela

11. ¿Cuáles son las consecuencias que generalmente produce un embarazo adolescente?

a. Deserción escolar, complicaciones para la madre y el niño

b. Aborto, complicaciones para la madre, lograr con éxito sus estudios

c. Complicaciones para el niño, lograr con éxitos sus estudios

12. ¿Qué complicaciones trae el embarazo adolescente en la madre?

a. Aumento de peso y manchas en la piel

b. Partos por cesárea, anemia, y hemorragia uterina

c. Dolores de cabeza y malestar estomacal

13. ¿Qué complicaciones puede traer el embarazo adolescente en el niño?

a. Nacer antes de tiempo, sufrimiento fetal e inmadurez de los órganos vitales

b. Náuseas, vómitos y fatiga

c. Presión alta y muerte

14. ¿Cómo se puede prevenir un nuevo embarazo?

a. Teniendo relaciones sexuales de vez en cuando

b. No se puede prevenir

c. Con los métodos anticonceptivos

15. ¿Qué es lo primero que debe hacer una adolescente al enterarse que está embarazada?

a. Comunicar a sus padres o tutores.

b. Asumir el embarazo y/o quedarse callada.

c. Abortar y/o salir de casa

16. ¿Cuál cree Ud. ¿Qué son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?

a. La falta de acceso a educación sexual, problemas económicos y/o disfunción familiar y la baja autoestima.

b. Antecedentes de embarazo adolescente en el entorno familiar, el alcohol y las drogas.

c. Todas las anteriores.

17. ¿Cuál cree Ud. que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?

a. Mayor acceso de los adolescentes a la educación sexual integral y/o abstinencia de los adolescentes al inicio de las relaciones sexuales.

b. Mayor participación de los padres y de los medios de comunicación en la educación sexual hacia los adolescentes.

c. Todas las anteriores.

18. ¿Crees que una adolescente embarazada pueda llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente?

a. Sí.

b. Si, con ayuda de los padres.

c. No

19. ¿Estuviste embarazada alguna vez?

a. Si ()

b. No ()

c. Tal vez ()

20. ¿Qué son para usted los métodos anticonceptivos?

a. Son medidas que permiten evitar el embarazo no deseado.

b. Son métodos que permiten que la mujer no sufra de cáncer.

c. Son medios que permiten evitar contagiarse del SIDA.

Anexo 2. Ficha de recolección de datos sobre el nivel de conocimiento del embarazo en adolescentes. Policlínico Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico Sancti Spíritus.

Edad: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Actitud de la pareja y familia ante el embarazo adolescente: _____

Deserción escolar: _____

Conocimiento sobre embrazo en adolescentes.				
Ítems	**Si conoce**	**%**	**No conoce**	**%**
1. ¿Qué es el embarazo?				
2. ¿Qué es embarazo adolescente?				
3. ¿Por qué cree que las adolescentes se embarazan a temprana edad?				
7. ¿Cuántas relaciones sexuales-coitales- sin protección son necesarias para quedar embarazada?				
8. ¿Quiénes cree usted que deben orientar a los adolescentes sobre el embarazo?				
16. ¿Cuál cree Ud. Que son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?				
TOTAL				
Conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes				
4. ¿Cómo se previene un embarazo adolescente?				
9. ¿Es la comunicación con los padres fundamental para evitar un embarazo a temprana edad?				
10. ¿Quién está realmente preparada para asumir el rol de la maternidad?				
14.¿Cómo se puede prevenir un nuevo embarazo?				
17. ¿Cuál cree Ud. que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?				

TOTAL				
Conocimiento sobre riesgos en el embarazo en adolescentes				
5. ¿Cuándo existe más riesgo de quedar embarazada?				
6. ¿Cuándo deben iniciarse las relaciones sexuales?				
TOTAL				
Conocimiento sobre consecuencias del embarazo en adolescentes				
11. ¿Cuáles son las consecuencias que generalmente produce un embarazo adolescente?				
12. ¿Qué complicaciones trae el embarazo adolescente en la madre?				
13.¿Qué complicaciones puede traer el embarazo adolescente en el niño?				
15.¿Qué es lo primero que debe hacer una adolescente al enterarse que está embarazada?				
TOTAL				
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos del adolescente				
19. ¿Estuviste embarazada alguna vez?				
20. ¿Qué son para usted los métodos anticonceptivos?				
TOTAL				

Fuente: Ficha de recolección de datos “Nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes. Policlínico Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico Sancti Spíritus.

Anexo 3. Guía de observación 1

Para ser llenada en las visitas quincenales a los consultorios del GBT.

Se evalúa en la consulta del médico:

- Calidad de la relación médico paciente. Aquí se valora la comunicación entre el médico, la adolescente y la familia, la confianza, esclarecimiento de dudas, ofrecimiento de apoyo.
- Actualiza los datos contenidos en la historia clínica (HC).
- Calidad del interrogatorio con consideración de los elementos biopsicosociales (indicadores clínicos, características de la adolescente, de la familia, embarazo deseado o no, limitaciones sociales para el estudio o su sistema habitual de relaciones).
- Interpretación de los comentarios y el examen físico (parámetros clínicos)
- Certeza del diagnóstico.
- Orientaciones: A la adolescente, a su pareja si esta se presenta, a la familia. Se valora si estas se refieren a lo médico-biológico, psicológico o social.
- Presencia o no de orientaciones referidas a la prevención del embarazo subsecuente.

Anexo 4. Guía de observación 2.

Objetivo: Observar criterios de medida en la evaluación de resultados de la estrategia biopsicosocial incluidos en el PNI.

Aspectos a observar:

-Entra sola o acompañada; por quién o quiénes.

-Disposición para entrar en la consulta.

-Estado emocional: alegre, triste, molesta, indiferente, otros.

-Disposición a participar, interviene oralmente, dialoga.

-Expresiones y actitudes relacionadas con el embarazo.

-Actitud ante las orientaciones: de aceptación, rechazo, indiferencia.

-Muestra independencia o dependencia con respecto a las orientaciones e indicaciones.

-Muestra confianza o desconfianza con relación a los entrevistadores.

-Estado emocional a la salida de la sesión: alegre, triste, molesta o irritada, indiferente, otras.

-Comunicación con acompañante.

Anexo 5. Entrevista semiestructurada.

1**.** ¿Adoptaste alguna medida para evitar el embarazo actual o querías quedar embarazada?

2. ¿Qué preocupaciones tienes acerca de tu salud y la del bebe por nacer?

3. ¿Te sientes preparada para enfrentar todo el proceso de la maternidad y sus cuidados?

4. ¿Necesitas más información en relación a tu embarazo? ¿Qué quisieras saber?

5. Expresa con toda confianza ¿qué sientes al pensar que pronto serás mamá?

6. ¿Tienes apoyo de tu familia en relación al embarazo y sus cuidados?

7. ¿Qué actitud mantiene el papá de tu hijo? ¿Cómo te sientes en relación a esto?

8. ¿Qué piensas en relación a quedar embarazada de nuevo? ¿Esto ha constituido una preocupación para ti o no habías pensado en ello?

9. ¿Qué consecuencias te podría traer otro embarazo para tu salud y tus planes futuros?

9. ¿Cómo crees que puedes evitar un nuevo embarazo?

10. ¿Tu familia te alerta con respecto a tener cuidados para no volver a embarazarte?

11. ¿A quién acudirías para obtener información acerca de cómo prevenir otro embarazo en la adolescencia?

12. ¿Qué emociones sientes cuando piensas en la posibilidad de tener otro hijo en esta etapa de tu vida?

Anexo 6. Examen pre y pos-test.

Encuesta para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.

Demanda de cooperación: A continuación, le haremos algunas preguntas relacionadas con el embarazo adolescente subsecuente con el objetivo de perfeccionar su atención. Deseamos expresar nuestro agradecimiento por su colaboración y le pedimos sea sincera al responder. Muchas gracias.

Preguntas:

1. ¿Considera Ud. que se puede prevenir el embarazo adolescente subsecuente?

[Una opción de respuesta]

___Siempre

___Nunca

___ A veces

2. ¿Considera usted que el médico y la enfermera de la familia constituyen el personal adecuado para brindarle información sobre el embarazo adolescente subsecuente? [Una opción de respuesta]

___Siempre

___Nunca

___ A veces

3. ¿Considera usted que el embarazo adolescente subsecuente constituye un riesgo para su salud? [Una opción de respuesta]

___Siempre

___Nunca

___ A veces

4. ¿Considera usted que el embarazo adolescente subsecuente constituye un riesgo para su futuro bebé? [Una opción de respuesta]

___Siempre

___Nunca

___ A veces

5. ¿Valora usted como necesaria la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo adolescente subsecuente? [Una opción de respuesta]

___Siempre

___Nunca

___ A veces

6. Según su criterio, ¿la escuela, familia y comunidad pueden influir en una adecuada atención prenatal en el embarazo adolescente subsecuente?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

7. ¿Considera usted que un nuevo embarazo en un tiempo menor de dos años al actual, pudiera afectar:

-la salud de la madre. Siempre ____ Nunca ____ A veces ____

-la salud del feto. Siempre ____ Nunca ____ A veces ____

-la salud del futuro hijo. Siempre ____ Nunca ____ A veces ____

9. ¿Considera usted que la adolescente está preparada en su desarrollo biológico para un embarazo?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

10. ¿Considera usted que la adolescente está preparada en la esfera psicológica para un embarazo?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

11. ¿Opina usted que el embarazo adolescente subsecuente puede favorecer:

-el abandono escolar: Siempre ____ Nunca ____ A veces

- el rechazo familiar: Siempre ____ Nunca ____ A veces

- el rechazo de la pareja: Siempre ____ Nunca ____ A veces

12. ¿Considera usted que el embarazo adolescente subsecuente puede afectarlas en:

- el desarrollo educativo: Siempre ____ Nunca ____ A veces ____
- las relaciones sociales: Siempre ____ Nunca ____ A veces ____
- la situación económica: Siempre ____ Nunca ____ A veces ____

13. Usted piensa que el embarazo adolescente subsecuente puede traer consecuencias desfavorables para la familia y la comunidad?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

14. ¿Considera Ud. que la comunicación con los padres es importante para evitar complicaciones durante un embarazo en la adolescencia?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

15. ¿Considera usted que la educación general en la sexualidad favorece la prevención del embarazo adolescente subsecuente?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

16. Piensa usted que la atención prenatal (del embarazo hasta el parto) es importante para evitar complicaciones durante el embarazo y el puerperio (pos-parto)?

___Siempre

___Nunca

___ A veces

Anexo 7. Encuesta para la selección de los expertos

Estimado profesor (a), a continuación, se le solicitan datos que gracias a su voluntad y gentileza de colaborar son ineludibles para que usted evalúe la caracterización de las acciones y actividades y la estrategia biopsicosocial elaborada para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad, a través de la aplicación del método de evaluación de criterio de expertos.

Datos generales Nombres y apellidos: _____ Especialidad: _____ Labor que realiza: _____ Grado científico y título académico: _____ Categoría docente: _____ Años de experiencia: ____ Años de experiencia en la formación inicial: ____ Para valorar la descripción de las acciones y actividades y la estrategia biopsicosocial se contará con la tabla, contentiva de una escala ordinal creciente a través de la cual podrá expresar su nivel de conocimiento al respecto. Marque con una X los espacios en blanco donde usted considere. El cero (0) corresponde al mínimo y el 10 al máximo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Para poder argumentar sus criterios acerca de la caracterización de las acciones y actividades y la estrategia biopsicosocial diseñada, podrá tener en cuenta sus conocimientos, experiencia, intuición, etc. Señale con una X la influencia que tienen los elementos expuestos en la tabla en la argumentación de los criterios que usted puede ofrecer sobre el tema.

Fuentes de argumentación para valorar.	Alta	Media	Baja

Análisis teóricos, prácticos y metodológicos realizados por usted en el tema.			
Experiencia adquirida como profesional de la salud.			
Revisión y análisis de trabajos de autores nacionales sobre la temática.			
Revisión y análisis de trabajos de autores extranjeros sobre la temática.			
Conocimiento sobre el estado actual del problema en el ámbito internacional.			
Su intuición acerca de la necesidad de proponer nuevas formas de trabajo.			

Anexo 8. Información de los expertos seleccionados

#	Analísisteórico, práctico y metodológico	Exp	Revisión y análisis de trabajos nacionales	Revisión y análisis de trabajos extranjeros	Conocimiento sobre el estado actual del problema en el ámbito internacional	Su intuición acerca de proponer formas de trabajo	Ka	Kc	K
1	0,2	0,4	0,05	0,04	0,04	0,04	0,77	0,9	0,84
2	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	0,9	0,95
3	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	0,9	0,95
4	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	1	1,00
5	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	1	1,00
6	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,04	0,86	0,9	0,88
7	0,2	0,5	0,05	0,04	0,04	0,04	0,87	1	0,94
8	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,04	0,99	1	1,00
9	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,9	0,89
10	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	0,9	0,95
11	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,9	0,89
12	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	0,9	0,95

13	0,3	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,97	0,9	0,94
14	0,3	0,5	0,05	0,05	0,05	0,05	1	0,8	0,90
15	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,8	0,84
16	0,2	0,5	0,04	0,05	0,04	0,05	0,88	0,9	0,89
17	0,2	0,5	0,04	0,05	0,04	0,05	0,88	1	0,94
18	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,04	0,86	1	0,93
19	0,2	0,5	0,04	0,05	0,04	0,05	0,88	1	0,94
20	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	1	0,94
21	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,9	0,89
22	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,04	0,86	0,9	0,88
23	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,04	0,86	0,9	0,88
24	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,04	0,86	0,8	0,83
25	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,04	0,86	0,9	0,88
26	0,2	0,4	0,04	0,04	0,04	0,05	0,77	1	0,89
27	0,2	0,5	0,05	0,04	0,04	0,05	0,88	1	0,94
28	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,9	0,89
29	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,9	0,89
30	0,2	0,5	0,04	0,04	0,04	0,05	0,87	0,9	0,89

Anexo 9. Encuesta para evaluar la pertinencia de las acciones y actividades y la estrategia biopsicosocial

Estimado profesor(a), a partir de que usted posee la preparación requerida y experiencia en diferentes áreas de desempeño, se considera que su coeficiente de experticia es elevado, por lo que sus criterios serán tomados en cuenta en esta investigación titulada “ESTRATEGIA BIOPSICOSOCIAL PARA LA PREVENCIÓN REACTIVA Y PROACTIVA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE SUBSECUENTE EN LA COMUNIDAD”. Por ello se precisa que responda el siguiente cuestionario teniendo en cuenta las siguientes instrucciones: Utilice la escala del 1 al 5 que se le propone para evaluar cada ítem, la cual se interpreta de la siguiente forma: inadecuado (1), poco adecuado (2), adecuado (3), bastante adecuado (4) y muy adecuado (5).

Se le propone además una pregunta para recoger las opiniones que no se han tenido en cuenta al responder los otros ítems, la cual se encuentra al final del cuestionario.

Cuestionario

#	Indicador que se evalúa	Escala de valoración				
		1	2	3	4	5
Al evaluar la caracterización de las acciones y actividades valore en qué nivel usted aprecia:						
1	La definición de las acciones y actividades incluidas en la estrategia biopsicosocial.					
2	Las indicadores a tener en cuenta para el desarrollo de la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.					

3	La pertinencia de las definiciones utilizadas al caracterizar las acciones y actividades incluidas en la estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.					
4	Las relaciones entre las acciones y actividades incluidas en la estrategia biopsicosocial y los indicadores para el logro de la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.					
5	La precisión y claridad de los términos utilizados.					
6	La correlación de la caracterización efectuada con las exigencias de los documentos normativos.					
Valore en qué nivel usted considera la estrategia biopsicosocial elaborada para contribuir a la prevención proactiva del embarazo adolescente subsecuente						
7	La precisión de las características que tipifican la estrategia biopsicosocial.					
8	La fundamentación de los elementos teóricos que sustentan la estrategia biopsicosocial, así como sus exigencias.					
9	La correspondencia entre el objetivo general de la estrategia y los objetivos específicos.					

10	La relación de las acciones y actividades propuestas en la estrategia biopsicosocial para lograr la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.					
11	Posibilidades que ofrecen las acciones y actividades para asegurar la información necesaria para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.					
12	Posibilidades que ofrecen las acciones y actividades para la motivación hacia la prevención.					
13	Posibilidades que ofrecen las acciones y actividades para la reflexión en la interacción adolescente embarazada-GBT-familia-comunidad durante la actividad preventiva en los diversos contextos.					
14	Posibilidades que ofrecen las acciones y actividades para la adquisición y transmisión del saber intercultural sobre la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente.					
15	Posibilidades de aplicación de la estrategia biopsicosocial.					

Otras sugerencias o cuestionamientos que desee opinar:

_____

_____

_____

_____

Anexo 10. Tabulación de los resultados de la evaluación de los indicadores por los expertos

Frecuencia absoluta por indicador

Indicadores			Categorías				Total
	MA	BA	A	PA	I	NR	
1	17	10	3	0	0		30
2	22	8	0	0	0		30
3	24	6	0	0	0		30
4	30	0	0	0	0		30
5	28	2	0	0	0		30
6	29	1	0	0	0		30
7	22	8	0	0	0		30
8	23	7	0	0	0		30
9	25	5	0	0	0		30
10	28	2	0	0	0		30
11	28	2	0	0	0		30
12	25	5	0	0	0		30
13	24	6	0	0	0		30
14	28	2	0	0	0		30
15	29	1	0	0	0		30

Puntos de corte y escala

Indicadores	Categorías				Suma	Promedio	N-Promedio	Categoría
	MA	BA	A	PA				
1	0.1679	1.28	3.49	3.49	8.43	4.17	1.41	MA
2	0,6229	3,49	3,49	3,49	11,09	5,39	0,19	MA
3	0,8416	3,49	3,49	3,49	11,31	5,45	0,14	MA
4	3,49	3,49	3,49	3,49	13,96	6,11	-0,52	MA
5	1,5011	3,49	3,49	3,49	11,97	5,61	-0,03	MA
6	1,8339	3,49	3,49	3,49	12,30	5,69	-0,11	MA
7	0,6229	3,49	3,49	3,49	11,09	5,39	0,19	MA

8	0,7279	3,49	3,49	3,49	11,20	5,42	0,17	MA
9	0,9674	3,49	3,49	3,49	11,44	5,48	0,11	MA
10	1,5011	3,49	3,49	3,49	11,97	5,61	-0,03	MA
11	1,5011	3,49	3,49	3,49	11,97	5,61	-0,03	MA
12	0,9674	3,49	3,49	3,49	11,44	5,48	0,11	MA
13	0,8416	3,49	3,49	3,49	11,31	5,45	0,14	MA
14	1,5011	3,49	3,49	3,49	11,97	5,61	-0,03	MA
15	1,8339	3,49	3,49	3,49	12,30	5,69	-0,11	MA

Tabulación de los resultados del cálculo del coeficiente de correlación multidimensional

A- Para los juicios brindados sobre la caracterización de las acciones y actividades.

$$r_0 = 1 - \frac{12\sum_{p=1}^{n}\sum_{j=1}^{N} d^2{}_{pj}}{(n^2-n)(N^3-N)} = 1 - \frac{12(5405.00)}{(30^2-30)(6^{3-}6)} = 0.75$$

B- Para los juicios brindados sobre la estrategia biosocial para la prevención del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad.

$$r_0 = 1 - \frac{12\sum_{p=1}^{n}\sum_{j=1}^{N} d^2{}_{pj}}{(n^2-n)(N^3-N)} = 1 - \frac{12(10016.00)}{(30^2-30)(9^{3-}9)} = 0.77$$

Rangos para la determinación del grado de conexo

Positivos de r_{pj}	Grado de conexo	Negativos de r_{pj}
1$> r_{pj} > 0.9$	Muy alto conexo	-1$> r_{pj} < -0.9$
0.89 $> r_{pj} > 0.8$	Alto conexo	-0.89$> r_{pj} < -0.8$
0.79$> r_{pj} > 0.7$	Conexo	-0.79$> r_{pj} < -0.7$
0.69 $> r_{pj} > 0.6$	Algún conexo	-0.69$> r_{pj} < -0.6$

0.59$> r_{pj} > 0$	No existe conexo Es poco fiable	-0.59 $> r_{pj} < 0$

Anexo 11. Tabla 2.1. Evaluación individual de las acciones y actividades incluidas en la estrategia biopsicosocial. Criterios de medida.

		Indicadores de resultado					
Acción	Actividad	Embarazadas adolescentes participantes	Embarazadas que causaron baja	Embarazadas que no asistieron a consulta	Positivo	Negativo	Interesante
1	1	35	-	-	Clima adecuado en torno a la relación médico-paciente	-	Comunicación verbal efectiva entre la embarazada y el Grupo Básico de Trabajo
2	2	35	-	-	Relaciones interpersonales entre las embarazadas adolescentes y el Grupo Básico de Trabajo	-	Identificación de necesidades, motivaciones y estados afectivos ateniendo a la situación actual de salud.
3	3	35	-	-	Respeto a la diversidad, la aceptación, la tolerancia y el cumplimient	-	Transmisión de experiencias con clima de respeto y aceptación.

					o de reglas y normas.		
4	4	35	-	-	Acercamiento de las embarazadas adolescentes a su Grupo Básico de Trabajo	-	Análisis de necesidades biopsicosociales en el embarazo adolescente sub secuente.
5	5	35	-	-	Recepción de información sobre el embrazo en la adolescencia, causas, consecuencias y prevención. Comportamiento ajustado al desarrollo del embarazo y a la protección para no reembarazar.	-	Mostrar los métodos anticonceptivos (métodos de barrera, físico biológicos, hormonales y permanentes) empleados en el control de la reproducción.
6	6	35	-	-	Cambios de actitud en la	-	Clima de aceptación,

					familia respecto al embarazo en la adolescencia.		comprensión, confianza y comunicación de la adolescente embarazada y el GBT.
7	7	35	-	-	Motivación de la gestante para el aprendizaje y la inclusión en su vida diaria.	-	Orientación y comprensión sobre la relación existente entre: la embarazada adolescente y el Grupo Básico de Trabajo sobre apoyo emocional de la misma.
8	8	35	-	-	Conductas responsables en el embarazo adolescente Subsecuente. Cambio en el estilo de vida.	-	Recepción de la repercusión negativa de los hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas) en el embarazo.

9	9	35	-	-	Adecuación de temas biológicos fundamentales para las actividades comunitarias a tratar con la embarazada adolescente	-	Aceptación de conductas generadoras de salud: dieta, reposo físico, relaciones sexuales en el embarazo, prevención de la sepsis urinaria, de enfermedades virales e ITS.
10	10	35	-	-	Evaluación del embarazo como dimensión biológica en consultas y visitas al hogar.	-	Valoración de la dimensión biológica del embarazo en la Atención Primaria de Salud.
11	11	35	-	-	Interconsulta con los miembros del Grupo Básico de Trabajo.	-	Reformulación de acciones y actividades de salud en correspondien

					Independencia alcanzada.		cia con las necesidades de las embarazadas.

Anexo 12. Tabla 2.2. Caracterización de la muestra de estudio según estado de salud al comienzo del período de experimentación. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020

Año	Adolescentes embarazadas	Altura uterina	%	Circunferencia abdominal	%	TA	%	Examen de piel	%	Examen de mucosa	%	Curva de peso materna	%	Frecuencia respiratoria	%	Pulso	%	Examen con espéculos	%	Valoración nutricional	%
2019	35					3	8.57	0	0	3	8.57	2	5.71	-	-	-	-	4	11.42	4	11.42
	1																				
	2																	x		x	
	3																				
	4																	x		x	
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
	9																				
	10																				
	11																				
	12																				
	13					x						x									
	14																				
	15																	x			
	16																				
	17																				
	18																	x			

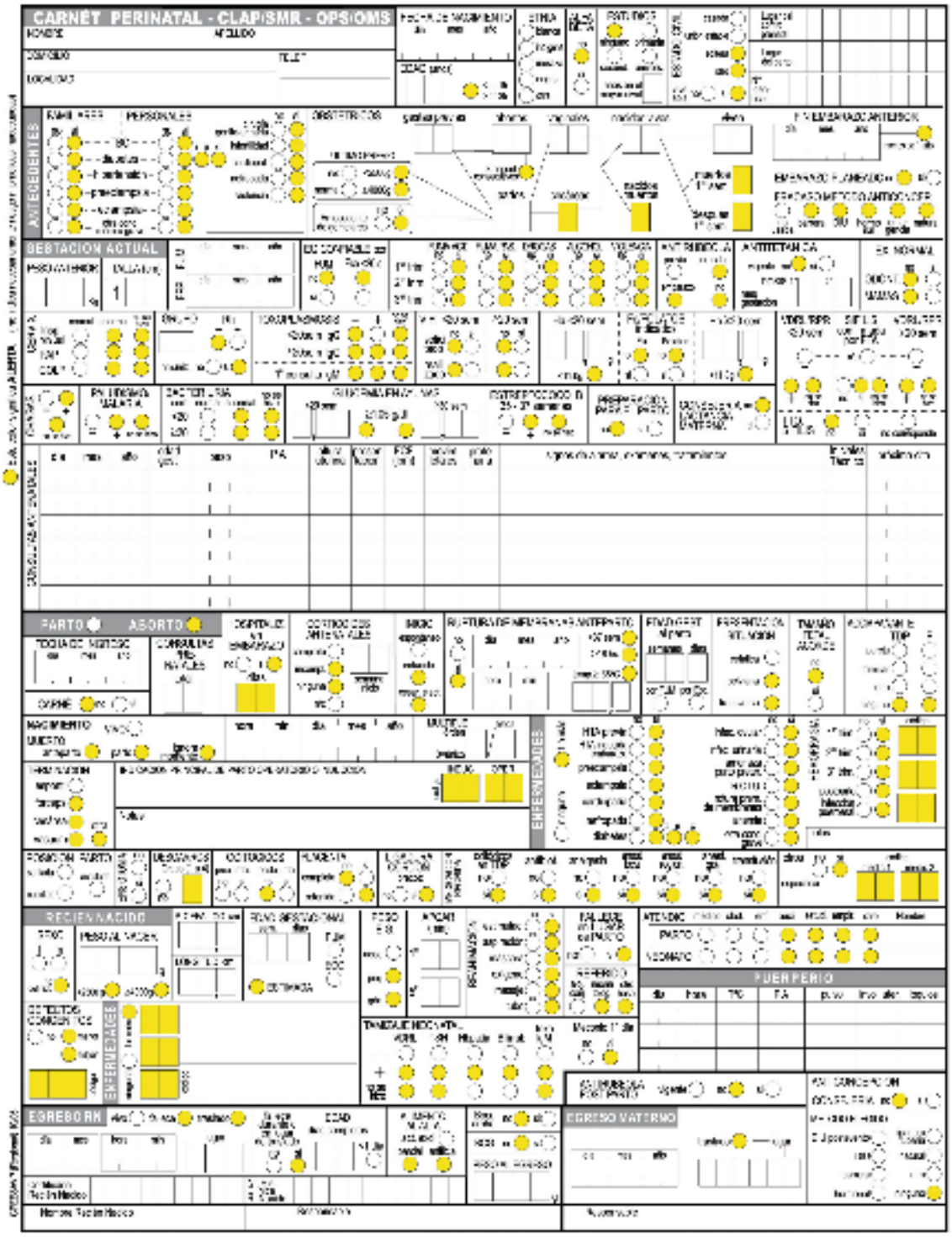
	19									x											
	20																				
	21																				
	22																				
	23											x									
	24																				
	25																			x	
	26					x															
	27																				
	28																				
	29																				
	30																				
	31																				
	32																				
	33									x											
	34					x														x	
	35									x											

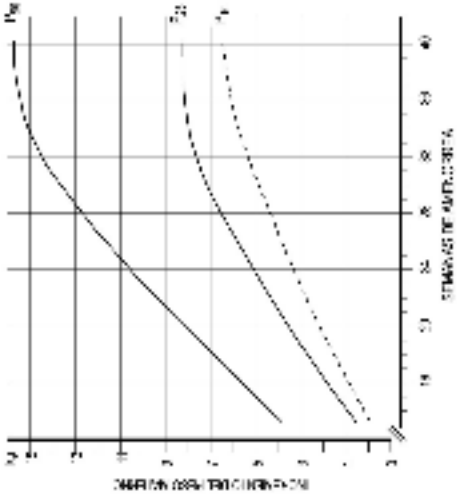
Anexo 13. Tabla 2.3. Caracterización de la muestra de estudio según estado de salud durante período de experimentación. Área de salud Policlínico II Arcelio Suárez Bernal, Jatibonico, 2019-2020

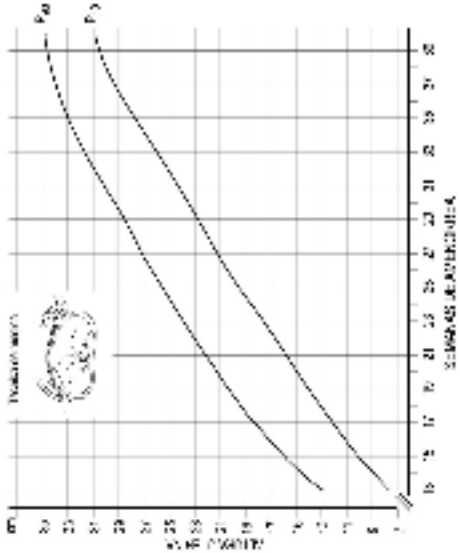
Año	Adolescentes embarazadas	Altura uterina	%	Circunferencia abdominal	%	TA	%	Examen de piel	%	Examen de mucosa	%	Curva de peso materna	%	Frecuencia respiratoria	%	Pulso	%	Examen con espéculos	%	Valoración nutricional	%
2019	35	2	5.71	2	5.71	3	8.57	0	0	3	8.57	2	5.71	-	-	-	-	12	34.28	4	11.42
	1																				
	2																	x		x	
	3																				
	4	x		x														x		x	
	5																				
	6																				
	7																				
	8																				
	9																				
	10																				
	11	x		x														x			
	12																	x			

	13					x						x									
	14																				
	15																	x			
	16																				
	17																				
	18																	x			
	19									x											
	20																				
	21																				
	22																	x			
	23											x									
	24																				
	25																	x		x	
	26					x															
	27																				
	28																				
	29																				
	30																				
	31																	x			
	32																				
	33									x								x			
	34					x												x		x	
	35									x								x			

Anexo 14. Carné obstétrico







EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Día	Mes	

HOSPITALIZACIÓN

	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

Lugar de control prenatal

Lugar del parto

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. en todo momento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

LOCALIDAD

(DETACHABLE)

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Anexo 15. Consentimiento informado de las adolescentes.

La que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación titulada “Estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad”. En el policlínico 2, Arcelio Suárez Bernal del municipio Jatibonico, provincia de Sancti Spíritus, 2019-2021, previa explicación ofrecida por el Dr. Rogelio Barbaro González Pérez.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor a los ____ Días del mes de _____ del ____

_____ _____

Firma de paciente Firma Jefe del proyecto

Anexo 16. Consentimiento informado a madre, padre, tutor o representante

Yo: _____, quien suscribe este documento, autorizo a la adolescente a mi cuidado ----------, para que participe en la investigación “Estrategia biopsicosocial para la prevención reactiva y proactiva del embarazo adolescente subsecuente en la comunidad”, del Policlínico “Arcelio Suárez Bernal”. Los especialistas me informaron, que esta investigación forma parte del perfeccionamiento del actuar médico en la comunidad, a la luz del redimensionamiento de la Atención Primaria de Salud. Está dirigid por un equipo básico de salud y el propósito, es ayudar con la investigación, a caracterizar el embarazo adolescente subsecuente de su Consultorio Médico de la Familia. Los instrumentos seleccionados para las mediciones no son dañinos, son de fácil aplicación y se utilizan de manera rutinaria en otras investigaciones.

La participación es completamente voluntaria, toda la información que se aporte, será confidencial. Se utilizará con fines estadísticos, será codificada y los identificadores personales (nombre y dirección) no se incluirán en la base de datos. Las entrevistas originales se custodian por el investigador principal.

Se me aclara, además, que, si decido no participar, no tendrá consecuencias negativas para el tipo de atención médica que actualmente recibe, que estará en libertad de no responder alguna(s) pregunta, y que la participación puede ser interrumpida en cualquier momento. Se aclara que si durante la investigación, se identificara algún problema de salud, del cual usted no estaba al tanto, o no se trató apropiadamente, con nuestro consentimiento, será remitido al servicio especializado que requiera. Para que conste, y por mi libre voluntad, firmo este documento, de consentimiento informado, junto con el entrevistador que me proporcionó las explicaciones a los ___ días del mes de _____del_____ año_____

Firma de la madre, padre, tutor o representante Firma del entrevistador