UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TRABAJO DE INVESTIGACION:

"IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA LA PREVENCION DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO HUARAZ.2016"

Investigador Responsable
Mag. ADA RODRIGUEZ FIGUEROA

Investigador Corresponsable
Dra. MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ

Colaborador
Psicóloga. MERIJHIN DEPAZ RODRIGUEZ

Huaraz – 2017

INDICE

1. TITULO: 3

2. RESUMEN 4

3. INTRODUCCION 8

4. ESTADO DEL ARTE 14

5. MATERIALES Y METODOS 44

6. RESULTADOS 46

7. DISCUSION 57

8. CONCLUSIONES 61

9. **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS** 62

10. ANEXOS 66

1. **TITULO:** "IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA LA PREVENCION DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO. HUARAZ. 2016"

Investigador Responsable:

Mag. ADA EUDOCIA RODRIGUEZ FIGUEROA, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

Email: adita02_2@hotmail.com

Investigador Corresponsable:

Dra. MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ, Docente de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

Email: mquispe@hotmail.com

Colaborador:

Psicóloga. MERIJHIN ADA DEPAZ RODRIGUEZ, Gerente de la Empresa Sanamente-Huaraz. Ex trabajadora de la Oficina General de Estudios de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

Email: meryjhin@gmail.com

2. RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, que trae consecuencias múltiples y devastadoras, afectando de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes; no obstante, esta problemática puede ser prevenida por la sociedad, por lo cual se realizó el presente estudio de investigación titulado "Impacto de un programa de educación sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016", con el objetivo de evaluar el impacto de un Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016. El estudio fue de tipo analítico, de enfoque cuantitativo, y aplicativo ya que se contribuyó con la intervención de un programa de Educación Sexual para prevenir los embarazos en adolescentes, con un diseño cuasiexperimental de grupo único con pre-test y post-test. La población estuvo conformada por 60 estudiantes del I y II ciclo de la Escuela profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Semestre Académico 2016-II, la muestra estuvo conformada por el 100 % de la población; utilizando como instrumentos de recolección de datos un cuestionario de alternativas múltiples y una escala tipo Likert, cuya aplicación se dio antes y después de la intervención del Programa de Educación Sexual para prevenir embarazos en adolescentes. La validez de los instrumentos estuvo dada por la prueba binomial aplicada por los jueces expertos, y la confiabilidad se realizó mediante el Alpha de Cronbach. La hipótesis, un programa de Educación Sexual es efectivo para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad

de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016. Se realizó la contrastación de la hipótesis mediante la prueba de diferencia de dos promedios para muestras relacionadas y la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras relacionadas o apareadas con distribución t Student. Resultados: El 91.7 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 20016-II, tienen un nivel de conocimiento Bajo. Un 0.0 % de conocimiento Alto para la prevención de embarazos en adolescentes, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual. El 53.3 % de estudiantes, tienen un nivel de conocimiento Bajo. El 25.0 % tienen un nivel de conocimiento Medio y el 21.7 % un nivel de conocimiento Alto, para la prevención de embarazos en adolescentes, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual. El 46.7 % de estudiantes, tienen actitudes Negativas. El 28.3 % actitudes Indiferentes y el 25.0 % actitudes Positivas hacia la prevención de embarazos en adolescentes, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual. El 38.3 % de estudiantes, tienen actitudes Indiferentes y Positivas respectivamente. El 23.3 % tienen actitudes Negativas hacia la prevención de embarazos en adolescentes, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Se concluye, observando los resultados del estadístico t=6.15 está en la región de rechazo de la Hipótesis nula (Ho) por lo tanto afirmamos que el Programa de Educación Sexual, es efectivo para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Huaraz. 2016, a una confianza de 95%. De lo manifestado anteriormente se cumple la hipótesis de investigación que se ha planteado en el presente trabajo.

Palabras Clave: Programa de Educación sexual, embarazos en adolescentes.

ABASTRACT

Pregnancy in adolescence is a public health problem, which has multiple and devastating consequences, affecting in a decisive way the future and the project of life of the adolescents; However, this problem can be prevented by the society, for which the present research study titled “Impact of a sex education program for teenage pregnancy prevention at the Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016, "with the objective of evaluating the impact of a Sexual Education Program for the prevention of teenage pregnancies in students of the Professional School of Obstetrics of the Faculty of Medical Sciences of the Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016. The study was an analytical, quantitative approach, and application, since it was contributed by the intervention of a Sexual Education program to prevent teenage pregnancies, with a single group quasi-experimental design with pre-test and post-test. The population consisted of 60 students of the I and II cycle of the Professional School of Obstetrics of the FCM-UNASAM. Semester Academic 2016-II, the sample consisted of 100% of the population; Using as a data collection instrument a questionnaire of multiple alternatives and a Likert-type scale, whose application was given before and after the intervention of the Sexual Education Program to prevent pregnancies in adolescents. The validity of the instruments was given by the binomial test applied by the expert judges, and the reliability was performed by Cronbach's Alpha The hypothesis, a Sexual Education program is effective for the prevention of pregnancies in adolescents in students of the Professional School of Obstetrics of the Faculty of Medical Sciences of the National University Santiago Antunez de Mayolo. Huaraz. 2016. We tested the hypothesis using the difference test of two averages for related samples and the test of mean difference hypothesis for samples related or paired with t-Studen distribution Results: 91.7% of students in the Professional School of Obstetrics of the 1st and 2nd Cycles of the Academic Semester 20016-II, have a low level of knowledge. A 0.0% knowledge High for the prevention of pregnancies in adolescents, before the application of the Sexual Education Program. The 53.3% of students have a low level of knowledge. . 25.0% have an average level of knowledge and 21.7% have a high level of knowledge for the prevention of teenage pregnancies after the implementation of the Sexual Education

Program. 46.7% of students have Negative Attitudes. The 28.3% Attitudes Indifferent and the 25.0% Positive Attitudes towards the prevention of pregnancies in adolescents, before the application of the Program of Sexual Education. The 38.3% of students have Indifferent and Positive Attitudes, respectively. The 23.3% have Negative attitudes towards the prevention of pregnancies in adolescents, after the application of the Program of Sexual Education. It is concluded, observing the results of the t = 6.15 statistic is in the rejection region of the null hypothesis (Ho) therefore we affirm that the Sexual Education Program Is effective for the prevention of pregnancies in adolescents in students of the I and II cycle of the Professional School of Obstetrics of the FCM-UNASAM. Huaraz. 2016, to a confidence of 95%. From what has been stated above, the research hypothesis presented in this paper is fulfilled.

Keywords: Sex education program, teenage pregnancies.

3. INTRODUCCION

El inicio temprano de la actividad sexual en jóvenes hoy en día constituye un problema de salud pública en el mundo y especialmente en Latinoamérica, dada la exposición temprana a la presencia de embarazos no deseados, abortos inducidos, etc., considerados malos resultados ya que tienen el potencial de comprometer su salud y, por ende, su futuro profesional y productivo. En un estudio realizado por Díaz, en Colombia el año 2012, se reporta que el 50% de jóvenes entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, un 25% de ellos se embaraza. El 60% de estos embarazos ocurre en los primeros seis meses posteriores al inicio de la actividad sexual, y entre el 60-70% de esos embarazos no son deseados, también se ha descrito que la mitad de los que tienen reacción serológica positiva a VIH se contagiaron cuando tenían entre 15 y 24 años de edad (1).

Por otro lado, la universidad concentra una importante población de personas entre los 17 y los 19 años. La libertad que caracteriza la vida universitaria promueve un estilo de vida más permisivo, que puede llevar a comportamientos sexuales no saludables, como el no uso de preservativos, relaciones sexuales casuales y bajo efecto del alcohol o las drogas y, por ende, malos resultados en la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En un estudio realizado por Pascual en Venezuela, en el año 2010, reporta cifras del uso del condón en universitarios de solo el 27 al 31% (2). En cuanto al consumo de alcohol o el uso de otras drogas, al disminuir las inhibiciones en jóvenes y su capacidad de discernimiento frente al riesgo, aumenta su ya presente vulnerabilidad y se vuelven más propensos a ser sexualmente activos e involucrarse en relaciones sexuales sin protección, embarazos no deseados (3).

Por otra parte, el desconocimiento respecto a ello se encuentra en todos los grupos de edades. Sin embargo, según la Organización Mundial (OMS), es más frecuente entre los adolescentes; quienes son sexualmente más activos, pocos

mantienen relaciones sexuales estables y tienen escaso acceso a los servicios de atención de estas enfermedades y a programas de educación sexual (4). Debido a la deficiencia de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, sobre todo de los países en desarrollo, los adolescentes tienen poco acceso para la atención en estos servicios (5). La situación de las ITS es influenciada por la cultura, los comportamientos sexuales y el nivel socioeconómico de cada población; observándose el riesgo de infección a edades cada vez más tempranas. Se estima que una de cada 20 mujeres adolescentes adquiere una infección bacteriana por contacto sexual; motivo por el cual se deben promover las intervenciones orientadas a prevenir y tratar dichas infecciones en esa población, además de disminuir la estigmatización y discriminación existentes (6).

Según el reporte del 2006 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa de incidencia del SIDA para Venezuela fue de 4,19 por cada 100.000 habitantes, sin variaciones significativas durante el período 2004-2006. Las complicaciones en el embarazo representan a nivel mundial una de las principales causas de muerte en las mujeres de 15 a 18 años, al igual que el cáncer de cuello uterino y la infertilidad. Se estima que 16 millones de mujeres, comprendidas en este rango de edades, tienen un parto al año, de los cuales el 95% se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de los nacimientos en el mundo. En Venezuela, el embarazo en adolescentes es el segundo gran problema de Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, siendo el primero la mortalidad materna cuya tasa para el 2007 fue de 56,8 por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva. El riesgo de defunción materna es cuatro veces mayor en las mujeres menores de 16 años, en comparación con las de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos es alrededor de un 50% superior, debido a complicaciones por la corta edad de la madre, falta de información, escaso nivel de conocimiento y cuidados prenatales, entre otros (7).

Según Ramírez, en el año 2012, Ecuador, presentó una tasa de embarazos no deseados de 20,5%; siendo superada por Nicaragua con un 24% y República Dominicana con un 20,7%. Esto conlleva a que 2 de cada 5 adolescentes ecuatorianos abandonen sus estudios y un 6,4% se practiquen un aborto. La

pobreza y la falta de educación sexual representan un riesgo 4 veces mayor de embarazos no deseados; observándose el uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) sólo en un 30% de la población. En consecuencia, si no se toman las medidas preventivas a través de programas sobre educación sexual las tasas de embarazos no deseados, y el aborto, seguirán siendo frecuentes en los adolescentes (8).

De igual modo, estudios realizados por Corredera en el año 2014, la incidencia en España de embarazos no deseados, han aumentado, a pesar del creciente interés social e institucional y las numerosas campañas de información sobre educación sexual dirigidas a los adolescentes. Las Interrupciones Voluntarias de Embarazos (IVE) van en aumento, son más frecuentes entre los 15-19 años, existiendo en la última década un incremento del doble entre las adolescentes. En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha el porcentaje de IVE en el 2014 fue del 0,2% en menores de 15 años y del 13,5% entre los 15-19 años. En el 2015 hubo un aumento en la demanda de anticoncepción de emergencia, siendo del 0,2% entre los 15-19 años, el doble que en la franja de edad 20-24 años. En estadísticas más recientes de un área de salud de Madrid se recoge la cifra de 4,45% en menores de edad. Aunque en la última década el número de casos de SIDA en España ha disminuido debido al avance de los tratamientos antirretrovirales, el 32,9% se había diagnosticado en menores de 29 años. Según estadísticas del 2001 el 2,7% de contagios en varones y el 5,9% en mujeres entre 15-19 años fueron debidos a relaciones heterosexuales de riesgo (9).

Aunque hubo experiencias educativas con resultados dispares para tratar de prevenir tanto los embarazos no deseados en adolescentes, hay varias circunstancias que hacen que los mensajes educativos no lleguen de forma efectiva a ellos: la escasa percepción del riesgo en este grupo de edad., la rebeldía hacia los mensajes procedentes de sus «mayores» y la consideración por parte de los jóvenes del preservativo como un «elemento externo» que resta espontaneidad a la relación. Por ello los adolescentes continúan siendo una de las poblaciones donde la intervención comunitaria es primordial. Las relaciones sexuales y las prácticas de riesgo, se inician cada vez antes, a partir de los 14 años, haciendo necesarios los programas de prevención en estas edades, para

mejorar el nivel de conocimiento sobre el embarazo. Uno de los ámbitos idóneos para el desarrollo de estas actividades preventivas son los centros universitarios que albergan adolescentes en los primeros ciclos de estudios, estos establecimientos educativos, poseen importantes recursos administrativos y organizativos propios (10).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar **(**ENDES) del año 2014, en el Perú, el 14,6% de mujeres entre 15 y 19 años están embarazadas o han tenido hijos, lo que representa un aumento en comparación con la misma encuesta del año 2013, donde la cifra llegó a 13,9% Es decir que, en nuestro país de cada 100 adolescentes**,** 14 se encuentran embarazadas o han tenido un hijo. Algo preocupante si se le añade que el 59% de estos casos son no deseados **o** no estaban en sus planes tener uno (11**)**. En Lima, el aumento es notorio si se compara con la encuesta del año 1991/92 cuando el porcentaje fue de 4,4% mientras que en el 2013 llegó a 10,6%. Este incremento tiene una clara relación con la poca o nula información sobre métodos anticonceptivos. La ENDES también contrasta la variable de educación con un resultado llamativo, aunque ya conocido: el 34,1% de las mujeres solo con educación primaria en ese rango de edad, 15 a 19 años, ya son madres o se encuentran en estado, lo que contrasta con el 14,2% de mujeres que llegaron a la secundaria y el 6,4% a educación superior. Por último, el estudio de la ENDES señala que el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años sexualmente activas pero que no tienen una pareja estable que usan métodos anticonceptivos modernos es de 62,6%, l**o** que representa una ligera disminución con el 63,7% del año pasado**,** por su parte las adolescentes con pareja o conviviente que utilizan estos métodos pasó de 46,9% a 42,9%**.** (11).

La ausencia de información adecuada en temas de salud sexual para las y los adolescentes influye marcadamente en las tasas de embarazos no deseados. A esto se suma la baja tasa de uso de anticonceptivos en los adolescentes en nuestro país. Según el especialista, Oswaldo González**,** de la red de Mediocentros de Arcángel y de la Maternidad de Lima**,** *"El principal factor que se encuentra relacionado a estos casos tiene que ver con la educación. No solo hablamos de educación sexual, sino desde todos los ámbitos (12). Se habla*

mucho también que muchos de los embarazos no deseados en esta etapa se dan en la amazonia peruana por el clima tropical y los escasos programas educativos sobre educación sexual" (13). Adolescentes mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas usan un método anticonceptivo moderno y el 8% de las adolescentes mujeres no conocen formas de evitar la infección por el VIH/SIDA. En nuestra sociedad, como en muchas otras, los jóvenes constituyen un grupo de la población con escasa accesibilidad y uso restringido de los servicios de planificación familiar debido a tabúes sociales, o barreras económicas o geográficas, la escasa confidencialidad de los servicios, al desconocimiento de la existencia de estos programas o de los métodos anticonceptivos o lugares donde obtenerlos; de esta forma la posibilidad de obtener información adecuada a través del medio indicado es baja, dejando a los jóvenes expuestos a tomar conductas de riesgo y sufrir las consecuencias que de ella se derivan que van desde un embarazo no planificado hasta una ITS, incluyendo el VIH/SIDA, limitando las oportunidades de desarrollo educativo, social y laboral durante toda su vida (13).

Una actividad sexual a temprana edad sin la debida información sobre educación sexual conlleva riesgos e implicancias no solo de Salud Pública sino también del tipo económico y social para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general. Actualmente, son numerosos los gobiernos, que se encuentran trabajando en esta área de la salud, en fomentar e implementar programas preventivos promocionales dirigidos a los adolescentes y jóvenes, como una forma de prevenir los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos. Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias. Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades. Finalmente, los

embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad (14).

En la Región Ancash, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2012 se aprecian cambios en la fecundidad de adolescentes en los últimos tres años. Según los resultados de la encuesta, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 12,9 % ya estuvo alguna vez embarazada, de éstas el 9,0 % ya eran madres y el 3,9 % estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren de los obtenidos en la encuesta 2009. Al igual que en la encuesta del 2009 la del 2012 muestra el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 5,4 % entre las de 15 años hasta el 37,7 % en las de 19 años. Respecto a las adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan diferencias entre las mujeres con educación primaria 25,5 % y las de educación superior 7,6 %. Así, el 88,8 % de las mujeres de 15 a 19 años de edad y el 86,8 % de las de 20 a 24 años de edad, iniciaron la contracepción antes de tener hijas y/o hijos o con apenas una hija y/o hijo (15).

A nivel local, no se ha realizado la intervención educativa sobre educación sexual en los adolescentes ingresantes o con estudios hasta el segundo ciclo como es el caso de la Escuela Profesional de Obstetricia (EPO) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM); según el currículo de estudios de la EPÖ, existe la asignatura de Sexualidad Humana del quinto ciclo, los estudiantes cuando ingresan a la EPO, conocen temas de educación sexual, como un contenido en la asignatura de Introducción al Estudio de la Obstetricia, no realizándose en forma continua la enseñanza sobre educación sexual, probablemente ello influye que exista embarazos a temprana edad, que conlleva al atraso en sus actividades educativas. Frente a ello, existe una preocupación en la plana docente, administrativos de la EPO-FCM de la UNASAM que los estudiantes no tomen medidas preventivas para evitar embarazos no deseados a pesar de pertenecer a las carreras de las ciencias de la salud. Frente a lo manifestado se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el impacto de un Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en los estudiantes de la Escuela

Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016?. Teniendo como Objetivo General Evaluar el impacto de un Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016. Los Objetivos Específicos fueron, Identificar el nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Conocer las actitudes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Aplicar el Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia. Identificar el nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Identificar las actitudes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Evaluar la efectividad del Programa de Educación Sexual en el nivel de conocimiento y actitudes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia.

La presente investigación tiene como Hipótesis. Un programa de Educación Sexual es efectivo para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016. Las variables del estudio están conformados por, programa de educación sexual (variable independiente) y prevención de embarazos en adolescentes (variable dependiente).

4. ESTADO DEL ARTE

Definición:

El **estado del arte** proviene originalmente del campo de la investigación técnica, científica e industrial y significa, en pocas palabras, la situación de una determinada tecnología. Lo más innovador o reciente con respecto a un arte específico. Esta noción ha pasado a los estudios de investigación académica como "el estado o situación de un tema en la actualidad". Es una forma de aludir a lo que se sabe sobre un asunto, lo que se ha dicho hasta el momento que ha sido más relevante (47).

A. ADOLESCENCIA

a. Definición:

Según Organización Mundial de la Salud OMS, 2013, define a la adolescencia como el vocablo que viene del latín adolecere, crecer, se trata de la etapa de la vida del individuo que se inicia con la pubertad, culmina en la aptitud fisiológica para la reproducción y termina cuando se está preparado física, emocional y socialmente, este periodo comprende entre los 10 y 19 años de edad (18).

La adolescencia constituye un período especial del desarrollo y crecimiento en la vida de cada individuo. Es una fase de transición entre un estadio infantil, para culminar en el adulto. Se trata de una etapa de elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individualización adulta. Esta etapa tiene 3 características fundamentales: la adolescencia como duelo por el mundo infantil, como renovación de la problemática psíquica establecida en la infancia y su resolución y finalmente por ser una etapa llena de nuevas expectativas, ilusiones y descubrimientos vitales (18).

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Una etapa en la que gradualmente tiene que ir abandonando el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil. Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente. De acuerdo a las características y los cambios que se van experimentando en la adolescencia se debe de evaluar el nivel de adaptación que los

adolescentes logran en las diferentes esferas de su vida. Debido a la inestabilidad emocional, búsqueda de identidad y planeación de proyectos de vida, el interés por lo prohibido, la influencia de los amigos, para ellos y la revelación en contra de los padres, los medios de comunicación y el deseo o curiosidad de experimentar cosas nuevas son los principales determinantes que van a exponer al adolescente a situaciones poco favorables para su salud (19).

Aragón & Bosques (2012) sugieren la incrementación de factores positivos que influyan en una buena adaptación del adolescente. Estos factores positivos son en cuanto a la relación con los padres, la comunicación familiar respetuosa, afectiva en las familias, así como los padres tienen el deber de estar al pendiente de las actividades de sus hijos, de sus amigos y brindarles aceptación, cariño, respeto, comprensión y apoyo. Todos estos factores determinaran la 17 adaptación del adolescente que va a influir de manera positiva en su desarrollo físico y emocional previniendo problemas psicológicos que lo conlleven a riesgos o peligros (20).

b. Etapas y Cambios en la Adolescencia

Durante el inicio de la pubertad aparecen los caracteres sexuales primarios y secundarios en hombres y mujeres. En las niñas es en edad más temprana y el primer signo de la iniciación de maduración sexual es el desarrollo de los senos; poco después aparece el vello púbico, axilar y entra la menarquia (primera menstruación). En el niño, por el contrario, el primer carácter sexual secundario es el vello púbico, puesto que ya ha comenzado a aumentar el tamaño del órgano genital; después aparece el vello axilar y facial (21). Las etapas del desarrollo del adolescente se dividen en tres y cada una tienes sus cambios en el desarrollo físico, cognitivo y social-emocional (22).

1) La adolescencia temprana aproximadamente de 10-13 años de edad

- **Desarrollo físico:**

-Pubertad: crecimiento del vello corporal, aumento de la transpiración y de la producción de aceite en el cabello y la piel,

-Mujeres: el desarrollo de la cadera, el inicio de la menstruación

-Hombres: crecimiento de los testículos y el pene, los sueños húmedos, engrosamiento de la voz

-Crecimiento físico: el aumento de la altura y el peso.
-Mayor interés sexual

- **Desarrollo cognitivo:**

-Mayor capacidad para el pensamiento abstracto
-Los intereses intelectuales se expanden y se vuelven más importantes.

- **Desarrollo social-emocional:**

-Sentirse incómodo acerca de uno mismo y el propio cuerpo; preocuparse por ser normal
-Aumento de los conflictos con los padres
-El aumento de la influencia del grupo de amigos
-El deseo por la independencia
-Tendencia a volver al comportamiento "infantil", sobre todo cuando está estresado
-Mal humor
-Mayor interés en la intimidad

2) Adolescencia media de 14-16 años de edad aproximadamente

- **Desarrollo físico:**

-La pubertad se completa

-El crecimiento físico se ralentiza para las niñas, continúa para los niños.

- **Desarrollo cognitivo:**

-Continuo crecimiento de la capacidad para el pensamiento abstracto
-Una mayor capacidad de fijación de metas
-Interés en el razonamiento moral
-Pensar en el sentido de la vida

- **Desarrollo social-emocional:**

-Ajuste continuo de los cambios del cuerpo, se preocupa por ser normal
-Tendencia a distanciarse de los padres.
-Obligados a hacer amigos y la mayor dependencia de ellos, la popularidad puede ser un problema importante.

-Los sentimientos de amor y pasión.

3) Adolescencia tardía de aproximadamente 17-19 años de edad:

- **Desarrollo físico:**

-Las mujeres jóvenes, por lo general, están completamente desarrolladas.
-Los jóvenes siguen ganando altura, el peso, la masa muscular y del vello corporal

- **Desarrollo cognitivo:**

-Capacidad para pensar
-Examen de experiencias internas
-Aumento de la preocupación por el futuro
-Interés continúo en el razonamiento moral

- **Desarrollo social emocional:**

-Firme el sentido de identidad
-El aumento de la estabilidad emocional
-El aumento de la preocupación por los demás
-El aumento de la independencia y la autosuficiencia
-Las relaciones entre compañeros siguen siendo importantes
-Desarrollo de relaciones más serias

c. Educación Sexual en la Adolescencia

De acuerdo a la Pan American Health Organization PAHO (2001) en el documento Sexual health promotion. Recommendations for action; definen a la sexualidad como dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basado en el sexo, incluye género, las identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas roles y relaciones (23).

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional que varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. En los años 60

aproximadamente aparece la llamada revolución sexual, con la cual la sexualidad humana adquirió un nuevo significado y se acepta ya como un instinto natural que debe ser entendido en todas sus dimensiones y desde un prisma de igualdades entre el hombre y la mujer. Tradicionalmente se inculcaba la idea de que en el sexo existía una forma como debe ser, un ideal de expresión sexual cuya prioridad era como norma una expresión de conducta heterosexual, coital y con fines meramente reproductivos. Lo que era considerado normal o anormal estaba influenciado por la cultura, las costumbres, la moral, las religiones, el país y variaba con el paso del tiempo (24).

La educación sexual se define como educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad, como parte de la formación integral de quien se está educando. Su objetivo es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarle para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de manera sana, consciente y responsable dentro de su cultura, época y sociedad. Consiste en impartir información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad (25).

En base a sexualidad se debe educar de manera que el individuo vaya dando sentido, valor y trascendencia a todos los actos que realiza con y ante sus semejantes, para que viva con plenitud cada momento de su vida en su contexto histórico, económico y cultural. La sexualidad se inicia desde que nace el individuo, todo intento de mejorar la educación sexual debe enfocarse inicialmente hacia los padres, pues casi siempre los niños tienen problemas en las mismas áreas que los padres que los educaron. El primer canal de socialización, proceso mediante el cual el individuo adquiere normas, pautas de conducta, creencias y valores de su grupo sociocultural, está constituido por la familia (26).

La educación de la sexualidad es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, se inicia desde el nacimiento dentro del grupo familiar y transcurre durante toda la vida en los sucesivos vínculos que establecen las personas al

interactuar con diferentes grupos. Hoy se aprecian importantes cambios de conductas, actitudes y valores en lo referente a la sexualidad de los jóvenes y adolescentes de distintos sexos (27).

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre. La adolescencia y la juventud son edades aún tempranas, que resultan favorables para modificar enseñanzas rígidas, mitos, tabúes, creencias y formas de conductas que hayan influido en su formación, y así contribuir a que en su etapa de adultos manifiesten autorresponsabilidad en el cuidado de su salud. Los jóvenes en ocasiones carecen de los medios y la preparación para lograrlo, esto se comprueba en la poca percepción de riesgo, en la no protección en sus relaciones sexuales, en el cambio frecuente de parejas y en los embarazos no deseados (27).

La educación de la sexualidad forma parte del proceso de educación de la personalidad. En concordancia con estos criterios se encuentran los de las doctoras Alicia González y Beatriz Castellanos, quienes se refieren a la familia como el primer agente de socialización de la sexualidad, que forma parte de la personalidad, y como el grupo de referencia más estable a lo largo de la vida en cuanto a formación de valores, convicciones, normas de comportamiento y actitudes sexuales. La función educativa se centra en la influencia que ejerce la familia en sus miembros, esta contribuye junto a la escuela y otras instituciones sociales, al proceso de formación y desarrollo de la personalidad individual. De ahí la importancia de que la familia juegue un rol de avanzada en la educación sexual para la prevención de embarazos en la adolescencia (28).

La OMS ha establecido que la salud sexual es una integración de los aspectos biológicos, emocionales e intelectuales del ser sexual, que enriquece la personalidad para la comunicación y el amor y para lograrlo se necesitan 3 aspectos (26):

a) La capacidad de disfrutar las conductas sexuales y reproductivas, de acuerdo con una ética social y personal.

b) Estar libre de temores, vergüenza y culpa; de factores psicológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones socio-sexuales.

c) Estar libre de perturbaciones, enfermedades y deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexual y reproductiva.

d. Conductas y Prácticas Sexuales de Riesgo en la Adolescencia

Las conductas sexuales de riesgo son definidas por Garduño (2012) como acciones pasivas o activas que involucran peligro para el desarrollo de los adolescentes pues traen consecuencias negativas para su salud, su educación y desarrollo comprometiendo el plan de vida de los adolescentes (29).

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. En una comunidad se fomentan los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas (29).

La adolescencia y la juventud son momentos de la vida en el que las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos, por otra parte, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan la autoconstrucción de la salud (27).

El comportamiento es la conducta asumida por el adolescente respecto a su salud sexual y reproductiva y está muy vinculada con los conocimientos que en este sentido posee. Sin embargo, esto no significa, necesariamente que un buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida. En los adolescentes los

cambios profundos en su vida, como su acercamiento a otras personas para establecer amistad y el inicio de relaciones amorosas. Los hacen verse a sí mismos como un ser sexual, capaz de adaptarse a las emociones sexuales y establecer una relación amorosa, cuestiones estas que valoran como elementos importantes para el logro de la identidad sexual. Por su parte en relación con el comportamiento que asumen en la práctica de su sexualidad, en aspectos tales como protegerse en la relación sexual para evitar un embarazo o una enfermedad, en los adolescentes está mediada por variables muy ligadas a la conducta y al contexto social

Los embarazos precoces, los abortos y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, son resultados de conductas de riesgos, que en los adolescentes limitan sus oportunidades para el desarrollo de un proyecto de vida adecuado y proporcionan afectaciones a su salud que en ocasiones varía según el enfoque de género (30).

B. EL EMBARAZO

a. Definición

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo (31).

b. Cambios durante el embarazo según trimestre:

- **Primer trimestre:**

Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y a partir del tercer mes, feto. En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar, o que al menos reduzca su número de cigarrillos a un máximo de cuatro o cinco al día. Además, no debe de abusar de las bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente con su médico. Se evitará, en la medida de lo posible las vacunas y la exposición a cualquier tipo de radiaciones. Durante el segundo mes de gestación comienzan a

aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo.

Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos. Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegándose a crear un estado de desnutrición. Si los vómitos y las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de alimentos sea más frecuente y en pequeñas cantidades. Los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos. Se aconseja tomarlos fríos o a una temperatura ambiental, nunca calientes.

La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene buco-dental y visitar, de vez en cuando, al odontólogo. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período. En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello.

Durante el tercer mes de gestación las probabilidades de abortar son mayores, con lo que es importante tomar ciertas precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas, fatigarse o beber alcohol. Además, no emprenderá largos viajes en coche. Los viajes en avión sólo serán peligrosos en los casos en que se viaje a grandes alturas, ya que una disminución del oxígeno (hipoxia), puede provocar malformaciones congénitas. Las relaciones sexuales deben espaciarse durante todo el primer trimestre.

En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Quedan entonces prohibidos las relaciones sexuales y los viajes durante todo este período y se aconseja acudir al tocólogo ante cualquier síntoma, además de guardar

reposo en cama. Con estas precauciones y los preparados hormonales que ahora existen se consigue, en la mayoría de los casos, salvar el embarazo (32).

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el bebe sufren los siguientes cambios:

Mes 1

El bebé:

Día 1: fecundación. Día 4: el huevo llega al útero. Día 7: se inicia la implantación del huevo en la cavidad uterina. Se forma el tubo neural, primitiva médula espinal. Una extremidad se abulta: es la cabeza. Día 25: comienza a latir su corazón. Se le conoce como embrión. Mide 9 Mm. y pesa 0,5 grs.

La Madre:

La pared uterina aumenta su espesor y vascularización. La placenta y cordón comienzan a formarse. Se segrega gonadotrofina corionica, la cual es detectada en la orina confirmando el embarazo. El útero tiene el tamaño de una pelota de ping-pong.

Mes 2

El bebé:

Se perfila su cara. Se forman sus ojos y tiene párpados. Crecen sus brazos y piernas. Sus huesos largos, sus órganos internos y su cerebro van desarrollándose. El embrión flota en su saco lleno de líquido amniótico. Mide 4 cm. y pesa 5 grs.

La Madre:

El cordón umbilical tiene su forma definitiva. El líquido amniótico protege al feto, manteniendo constante la temperatura y facilitando sus movimientos. El útero tiene el tamaño de una pelota de tenis.

Mes 3

El Bebé:

Mueve brazos y piernas. Puede orinar. Se puede distinguir su sexo. Toma el nombre de feto, midiendo 10cm.y pesando 20 grs.

La Madre:

La cavidad uterina está llena de líquido amniótico que se renueva constantemente. La placenta es pequeña pero cumple su función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona. El útero tiene el tamaño de un pomelo. La embarazada podrá sentir mareos y vómitos, cansancio, molestias en la pelvis, necesidad de orinar más frecuentemente. Notará un aumento de tamaño en sus pechos acompañado de cambio de color en la areola. Su atención se centrará en los cambios físicos.

Es frecuente que tenga cambios bruscos de humor y sentimientos contradictorios acerca de la maternidad.

- **Segundo trimestre:**

El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riego de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación.

En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que controlar. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula. En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa pre-mamá, holgada y cómoda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Para combatirlo, es conveniente consultar al tocólogo, quién indicará el laxante más apropiado. En ocasiones un vaso de agua tibia en ayunas y una dieta adecuada es suficiente. Si el estreñimiento vaya acompañado de hemorroides, dilataciones venosas alrededor del ano, tendrá que evitarse necesariamente. Para ello se aplicará una pomada específica.

Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo. Es recomendable practicar una gimnasia que favorezca la circulación periférica. Es muy recomendable la natación, en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor.

A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable. En este segundo trimestre se suele aumentar unos 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los límites normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre la dieta y una correcta alimentación. La embarazada debe comer para dos y no por dos. Hay que cuidar tanto la cantidad como la cualidad de los alimentos.

Los requerimientos en proteínas aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (mejor de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la leche y sus derivados como el yogur, etc. Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. Por eso resulta muy beneficioso tomar un comprimido diario de

hierro junto con las comidas, aunque eso lo decidirá el tocólogo. Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos lácteos como la leche y derivados. Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento. En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megalobástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico.

Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 400 gr semanales aproximadamente. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar cierto tipo de grietas. En este mes es recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor. La finalidad de estos cursos es la de preparar a la futura madre tanto física como psíquicamente para el parto, y hacerle ver que el parto es algo natural, y que puede evitarse el dolor durante éste.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el bebe sufren los siguientes cambios:

Mes 4

El Bebé:

Su piel es transparente y fina. Su intestino se llena de meconio. Traga líquido amniótico. Sus dedos tienen uñas y huellas dactilares. A veces tiene hipo. Mide 15 cms. y pesa 90 grs.

La Madre:

El fondo del útero alcanza el hueso del pubis. La placenta cumple

sus funciones de nutrición, respiración y secreción hormonal. El líquido amniótico aumenta. El útero tiene el tamaño de un coco.

Mes 5
El Bebé:
Su cuerpo se cubre de lanugo y vernix caseosa (fino vello y unto) Tiene pelo, pestañas y cejas. Se chupa el dedo. Duerme de 18 a 20 horas al día. Mide 25 cms.
La Madre:
El útero alcanza el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de un melón.
Mes 6
El Bebé:
Cuando está despierto se mueve mucho. Abre sus ojos. Adquiere grasa debajo de su piel. Mide 30 cms. y pesa 640 grs.

La Madre:
El útero supera el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de una sandía. Han desaparecido las náuseas y los vómitos. Se puedes sentir los movimientos del feto. A veces se sienten pequeñas molestias como ardor de estómago, constipación, congestión nasal. Puede engordar de 250 a 500 grs. a la semana. Se puede acrecentar el interés por el bebé, soñando con el día y noche. Los cambios físicos motivan sentimientos contradictorios. Sientes que el tiempo pasa rápidamente.

- **Tercer trimestre:**

En el sétimo mes, las clases del denominado parto psico-profiláctico no deben suspenderse ni un solo día. El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso. En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios de gimnasia que ayudan a corregir eficazmente las modificaciones (ortostáticas). Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol. Dada la frecuencia de hiper-pigmentaciones y cloasma, son recomendables las cremas protectoras (33).

A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. Es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes. También deben tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como él bebe sufren los siguientes cambios:

Mes 7

El Bebé:

Responde a los ruidos exteriores con movimientos. Empieza a faltarle sitio en la cavidad uterina. Algunos se colocan cabeza abajo. Mide 40 cms. y pesa 1500 grs.

La Madre:

El útero aumenta notoriamente su tamaño. Disminuye la cantidad de líquido amniótico.

Mes 8

El Bebé:

Es el mes que acumula más grasa. Su piel toma la coloración que tendrá al nacer. Mide 45cm. y pesa 2500 grs.

La Madre:

La parte superior del útero se palpa a unos 8 cm. del ombligo. La musculatura uterina comienza a contraerse.

Mes 9

El Bebé:

El lanugo se ha caído casi completamente. Logra oír sonidos exteriores disfrutando de la buena música. Sus pulmones están preparados para funcionar en el exterior. Mide 50cm. y pesa entre 3300 y 3500 grs.

La Madre:

La altura del útero puede llegar a unos 33cm. Hay aumento en las contracciones uterinas. Pueden aparecer dolor de espalda, ardor de estómago, dificultad para respirar, hemorroides, tobillos hinchados y frecuentes ganas de orinar. La atención se centra en el parto. Hay una mayor necesidad de afecto, atención y cuidados. El tiempo parece detenerse.

c. Cuidados durante el embarazo:

- **Higiene física**:

Es muy importante que durante toda la gestación la mujer mantenga la piel muy limpia, ya que las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma muy notoria. El baño y la ducha de todo el cuerpo con agua y jabón están recomendados para ser practicados diariamente, pues el agua, aparte de estimular la circulación de la sangre, sirve de relajante general. Los baños deben tomarse a una temperatura templada, alrededor de los 37 grados. No es conveniente que sean muy prolongados y si se usa la ducha deben evitarse los chorros violentos.

Es particularmente recomendable la higiene de los órganos genitales, que debe ser minuciosa, ya que los flujos y secreciones vaginales aumentan. Por este motivo, es conveniente que se practique por la mañana y por la noche. Las irrigaciones vaginales han sido completamente rechazadas por el peligro que entrañan de introducción de gérmenes.

Hacia la mitad del embarazo, hay que cuidar los pezones, ya que comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua y jabón.

Cuando la mujer se encuentra hacia la mitad del embarazo, debe cuidar sus pezones, ya que comienzan a segregar un líquido denominado calostro que puede producir irritaciones si no se lavan bien con agua tibia y jabón, aplicándoles, además, una pomada adecuada a base de lanolina para mantenerlos suaves. De esta manera, se evitará la formación de grietas que, en algunas ocasiones, suelen aparecer más tarde cuando comienza la lactancia.

En el caso de que la futura madre tenga los pezones invertidos, un cuidadoso masaje diario los devolverá a su posición normal. También a partir del quinto mes suelen aparecer estrías en la piel del abdomen en algunas mujeres. Para evitarlas, son igualmente aconsejables los masajes con una crema grasa o aceite natural que penetre en la piel y la conserve flexible.

También es precisa una higiene dental rigurosa después de cada comida, ya que en algunas mujeres embarazadas suelen aparecer algunas pequeñas hemorragias en las encías y caries dentales a causa de la gran necesidad de calcio que la futura madre tiene en esta época, debido primordialmente a que comienzan a formarse los huesos del futuro niño, el cual, como es natural, extrae de la madre el calcio que necesita.

Esta extracción de calcio que sufre la futura madre debe compensarse con vitaminas y un régimen alimenticio rico en calcio y sales minerales. El control de la dentadura por parte de un odontólogo es, pues, muy recomendable. En algunos casos, también suele aparecer la caída del cabello, que parece mucho más frágil durante el embarazo, por lo que se debe lavar adecuadamente con un champú suave, evitando los tintes y las permanentes enérgicas (34).

- **Higiene mental:**

Entendemos por higiene mental de la mujer gestante la preparación psicológica positiva, esperanzada y optimista ante su embarazo, aceptando las limitaciones de su estado y colaborando conscientemente en todos los aspectos del mismo hasta llegar al parto.

Algunas mujeres sufren problemas psicológicos derivados a su deformación física o de la ansiedad ante el acontecimiento que se aproxima. Unos y otros deben desecharse racionalmente. Conviene, por lo tanto, rechazar durante el embarazo las situaciones conflictivas, los disgustos, depresiones de ánimo, exceso de trabajo, preocupaciones, etc., situaciones que, en algún caso, podrían llegar a provocar un aborto o malformaciones del feto.

El más positivo estímulo que puede recibir la embarazada es la comprensión, delicadeza y esperanza confiada del esposo, responsable como ella del acontecimiento que se aproxima.

El marido o compañero es, sin duda, la persona que más y mejor puede ayudar a la embarazada, no sólo animándola, sino ayudándole en muchas de las tareas cotidianas del hogar que en los últimos meses quizás resulten más pesadas para ella. También es muy interesante que el padre se interese por todas las circunstancias del embarazo y se esfuerce en comprender los estados de ánimo de la futura madre, interesándose por sus preocupaciones, tratando de distraerla y animarla y colaborando con ella en los preparativos del próximo nacimiento (35).

- **Visitas médicas:**

Durante todo el embarazo así como en el parto, el médico realiza una serie de exámenes periódicos a la mujer embarazada, a fin de mantener un control estricto

sobre la viabilidad del niño, las dificultades que éste pueda presentar al nacer, la salud de las madres, etc.

- **Alimentación:**

Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada para conservar la salud y la del niño. A lo largo del embarazo el peso aumentará entre 9 y 13 K. Es recomendable:

1. Que los alimentos como la carne o el pescado sean cocinados a la plancha o hervidos, sobre todo si existe un aumento de peso excesivo.
2. Que se aumente en forma moderada las frutas, verduras, pan con preferencia integral, arroz, pasta y legumbres.
3. Beber entre medio y un litro de leche al día, o su equivalente en yogur o queso fresco.
4. Que se reduzca los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.
5. Que se reduzca los alimentos con mucha azúcar, como pasteles, dulces, especialmente aquellos prefabricados, caramelos, chocolates, etc.
6. Evitar consumir mucha sal que podría hacerla retener líquido e hincharse.
7. Evite alcohol, tabaco y drogas.
8. Aumentar las cantidades de calcio consumiendo productos lácteos o suplementos de calcio diariamente, preferiblemente en la noche. Un adecuado suministro de calcio al organismo la hará menos susceptible a calambres.
9. Moderar las cantidades. No "comer por dos". Una ganancia elevada de peso puede hacer la labor de parto mucho más difícil. Se recomienda no ganar más de 13 kg. durante todo el embarazo.
10. Minimizar la ingesta de alimentos procesados o enlatados e intentar comer alimentos preparados frescos. Mientras se está embarazada, se es más susceptible a las intoxicaciones. Algunos aditivos e ingredientes artificiales pueden ser dañinos para el bebé e inclusive causar daños congénitos
11. Mantener una dieta balanceada que le permita a la mujer adquirir todos los nutrientes necesarios para su bienestar y el de su bebé. Debe asegurarse que la dieta incluya suficientes vitaminas y nutrientes (36).

- **Vestido y calzado**:

Durante el embarazo es aconsejable que se cumplan las siguientes recomendaciones:

1. Utilizar vestidos cómodos y holgados.
2. El zapato debe ser confortable, evitando el tacón alto así como el excesivo plano.
3. La faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario su empleo, salvo en los casos en los que el médico lo aconseje
4. Las medias y calcetines que produzcan comprensión local de la pierna pueda favorecer el desarrollo de várices, por lo que no son aconsejables.

- **Relaciones sexuales:**

Si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestas para la madre. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultarle molestoso; si es así, puede adoptar posiciones que sean más cómodas. Deben evitarse las relaciones sexuales cuando existe hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o rotura de las bolsas de las aguas. Se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 2 o 3 últimas semanas del embarazo (37).

- **Acudir a consulta**:

Además de las consultas periódicas recomendadas se debe poner en conocimiento del médico cualquier anomalía, especialmente:

1. Vómitos intensos y persistentes.
2. Diarrea.
3. Dolor al orinar.
4. Dolor de cabeza no habitual.
5. Hinchazón en zonas distintas a los pies y tobillos por la tarde, o en estos lugares si no desaparecen con el reposo nocturno.

- **Acudir a emergencias**:

Se deberá acudir inmediatamente al médico si se observa:

1. Hemorragia por los genitales.
2. Pérdida de líquidos por los genitales.
3. Dolor abdominal intenso o contracciones uterinas dolorosas.
4. Fiebre elevada.

C. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Conceptos generales

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

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 213 en el mundo había 900 millones de adolescentes y se estima que en el 2020 llegarán a 2,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años (38).

- **La etapa de la adolescencia**

Según la OMS, una adolescente es una persona que tiene entre 10 a 19 años de edad mientras que el término más amplio de joven se refiere a las personas que tiene entre 15 y 24 años de edad no solo hoy en día hay mayor número de jóvenes que nunca anteriormente, sino que se está ampliando el período definido como adolescencia, la llegada a la pubertad se está produciendo antes y la edad al contraer matrimonio se está retrasando así pues la gente joven . Se enfrenta a un periodo más largo de tiempo durante el cual son sexualmente maduros y pueden ser sexualmente activos, pero el que el embarazo y llegada de los hijos pueden no ser ni deseados ni socialmente ser padres. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

-Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías;

no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

-Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

-En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes (38).

D. CAUSAS Y FACTORES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- **Causas**

Es difícil determinar con exactitud las razones del embarazo en adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí. Por lo general, la información se obtiene ya ocurrido el embarazo y no puede confirmarse que los motivos que ellas señalan, sean los mismos que las condujeron a éste. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008) ha observado que sus causas son:

-Descenso de la edad de la menarca o primera menstruación
-Iniciación temprana de la actividad sexual
-Aumento del número de adolescentes sexualmente activas
-Periodo de adolescencia más prolongado

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: elementa las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia

de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente. La madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les pone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediatas (39).

El embarazo sería una de las maneras de la joven para satisfacer necesidades que no ha podido cubrir, o podría tomarse como una buena salida para el exceso de independencia o dependencia a la que se ven sometidas. Mediante la posibilidad o fantasía de tener una relación estable de pareja, la adolescente "muy independiente" puede volver a restablecer algo de su dependencia, ahora ya tiene a alguien que la cuide y la proteja. Por otro lado, la adolescente muy forzada a permanecer en casa y a no independizarse, puede fantasear que alcanzaría cierta autonomía con una relación de pareja y salir de su familia. La gravidez de las mujeres jóvenes se da en quienes tienden a depender de alguien y a ser pasivas, confusas, de pobre autoestima, con escasa o ninguna comunicación con sus padres, en especial en lo referente al sexo; viven sentimientos de rechazo, abandono y soledad, carecen de confianza en sí mismas y por lo mismo buscan atención y ayuda.

Se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes o con amigas o hermanas embarazadas en la adolescencia, se embarazan a la misma edad. La adolescente encinta suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá. Algunas jóvenes quedan embarazadas porque no vislumbran otra alternativa para su existencia y carecen de mayores aspiraciones, además de encontrar en las relaciones sexuales un apoyo y correspondencia emocionales que las ayuda a afirmar su femineidad. También idealizan y exigen demasiado de la maternidad,

considerándola como una oportunidad para definirse a sí mismas. Así, su embarazo se convierte en una forma de "escapar" al proceso de maduración en la adolescencia (40).

Entre las explicaciones de este fenómeno está que el ambiente del hogar es muy estresante o que provengan de familias inestables, con una figura paterna, marcada por la ausencia física del padre. La comunicación de problemas personales con la madre es poca o no existe. Con sus amigas tampoco platican mucho de relaciones sexuales premaritales o del uso de anticonceptivos. El tema más frecuente respecto a la conducta sexual y anticonceptiva, es el número de hijos que quisieran tener. Su nivel de conocimientos de cómo se embaraza alguien, es relativamente alto pero, al pasar al de la anticoncepción, decrece.

Las adolescentes más jóvenes, de 12 a 15 años, son las que tienen mayor probabilidad de quedar encinta en la primera o segunda relación sexual, son naturalmente impulsivas y es poco probable que actúen de forma planeada. Que una adolescente use o no métodos anticonceptivos depende de su grupo social o amistades, las circunstancias de su educación sexual, la cultura y las características de su compañero, del tipo de relación que lleve con él, y de las expectativas que tenga de su futuro.

Respecto a la educación sexual, en muchos grupos persiste el mito de que proporcionar a los jóvenes información sobre la sexualidad, la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, provoca relaciones a edad temprana y promiscuidad. Este es uno de los muchos factores que aumenta los embarazos no planeados, ya que este tema se convierte en prohibido y origina que las jovencitas tengan ideas vagas y distorsionadas. La adolescente tiene, en general, relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Las razones de esta carencia son una mezcla de ignorancia de la fisiología de la reproducción y una negación mágica de las consecuencias de la actividad sexual. Simplemente no cree que pueda embarazarse por la edad o por la infrecuencia de las relaciones. Otra causa es pensar que los anticonceptivos quitan romanticismo a la relación o que su uso trae el riesgo de que "otros" lo sepan y sería mal vista. Muchas adolescentes evitan el conflicto de usar anticonceptivos y prefieren arriesgarse a una concepción y sufrir consecuencias consideradas remotas, como ser vistas con mucho interés en las relaciones sexuales, enfrentar y aceptar que es activo sexualmente, lo cual daña la imagen ideal de sí misma.

- **Factores asociados al embarazo en adolescentes**

-Factores predisponentes

1. Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre su Sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la

vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
13. Menor temor a enfermedades venéreas (41).

-Factores determinantes

1. Relaciones Sin Anticoncepción
2. Abuso Sexual
3. Violación

-Otros factores de riesgo

- El uso temprano del alcohol y/o otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir dela escuela, la carencia de un grupo de apoyo o poco amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.

-Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada

Asíncrona madurativa físico – emocional
Baja autoestima
Bajo nivel de instrucción
Ausencia de interés
Pérdida reciente de personas significativas
Embarazo por violación o abuso
Intento de aborto
Propósito de entregar el hijo en adopción
Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
Trabajo no calificado

Pareja ambivalente o ausente

Condición económica desfavorable

Marginación de su grupo de pertenencia

Difícil acceso a los centros de salud

-Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente

Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < 1 año

Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m

Estado nutricional deficiente

Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional

Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad

Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)

Tatuajes

Más de 2 parejas (42).

E. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- **Consecuencias para los adolescentes**

Las consecuencias de estos embarazos trascienden al chico y a la chica tomados individualmente y pueden afectar considerablemente a la relación que ambos mantienen entre sí (43).

- **Consecuencias para la adolescente**

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzadamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres

tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza (43).

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

- **Consecuencias para el hijo o hija**

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales. Especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

Un hijo no deseado de padres adolescentes puede verse afectado, desde el mismo momento del parto y hasta su adolescencia, por toda una serie de problemas de distinta índole tanto durante el parto, postparto, como durante su infancia y adolescencia (43).

- **Consecuencias iniciales (parto y postparto)**

Dadas las características de estos embarazos, existe en estos niños una mayor incidencia de problemas orgánicos tales como prematuridad, bajo peso para su edad gestacional, y mayor mortalidad en los días próximos al parto y durante su primer año de vida, tras revisar la literatura sobre el tema, concluyen que también son mayores las posibilidades de sufrir problemas neurológicos, epilepsia, parálisis cerebral, sordera y ceguera. Un hijo de madre adolescente tiene entre dos y tres veces más posibilidades de morir durante su primer año que un hijo de madre no adolescente. Esta cifra se dispara en madres menores de 15 años.

- **Consecuencias durante la infancia**

Dadas las escasas habilidades parentales, las erróneas expectativas sobre el desarrollo del hijo, la pobre motivación, el elevado nivel de estrés y ansiedad, y el reducido apoyo social y económico de los que suele disponer la madre y, en su caso, el padre, y dado el bajo estatus socioeconómico al que suelen pertenecer, es muy frecuente que estos niños reciban peores y más escasas atenciones tanto físicas como psicológicas, lo que tendrá importantes consecuencias no sólo durante su infancia, sino también durante la adolescencia.

Es menos probable que estos niños lleguen a establecer vínculos de apego seguros y las posibilidades de sufrir negligencia y malos tratos son mayores. Tienen una mayor incidencia de trastornos orgánicos y son más frecuentes en ellos los problemas de conducta, el fracaso escolar y el bajo rendimiento intelectual, así como otros problemas psicológicos. Además, suelen vivir en hogares con pocos recursos, con todo lo que ello conlleva.

- **Problemas en la vinculación afectiva**

Existen tres patrones característicos de interacción madre-hijo.

En ocasiones se ha observado falta de sensibilidad y respuesta ante las necesidades físicas y afectivas del niño, y disgusto ante el hecho de tener que realizar actividades como cuidarlo, vestirlo, alimentarlo, o sacarlo a pasear. En este caso, según los mencionados autores, es frecuente que el niño reaccione con pasividad y apatía, viéndose afectados su desarrollo afectivo y motor. Otras madres, por el contrario, exhiben un comportamiento caracterizado por una "sobrepreocupación ansiosa", lo que hace que el niño presente intranquilidad, tensión y ansiedad. Finalmente, un tercer grupo pasan alternativamente del rechazo y privación a la sobreprotección. Esto hace que el niño muestre una inestabilidad que puede desembocar en un sentimiento general de incertidumbre, especialmente referida a si es o no es amado.

- **Consecuencias orgánicas**

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al

hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por La OMS. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

- **Consecuencias psicológicas**

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente (44).

- **Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales**

Estos embarazos, acarrean gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

F. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL PERÚ

Según el Ministerio de Salud, en el Perú del año 2014.

En el Perú de cada cinco madres gestantes, ¡una es adolescente! Alrededor de 218,448 mujeres adolescentes llegan a ser madres antes de cumplir los veinte años de edad.

1. El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, porque el ser madre en esta etapa de la vida no sólo tiene consecuencias negativas para la precoz progenitora en los aspectos económicos y de educación,

sino también le ocasiona dificultades de salud en el periodo de gestación, del parto y finalmente con repercusiones en el niño.

2. Los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).

3. Las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil deben elaborar estrategias encaminadas a reducir el embarazo adolescente, mediante el fomento de la educación sexual de las niñas, escuela de padres, entre otras. Según el Movimiento Manuela Ramos, la cifra en el año 2010 fue de 179 mil adolescentes embarazadas en el Perú. Ese mismo año, la población de mujeres Adolescentes en el Perú de 15 a 19 años ascendía aproximadamente a 1 millón 332 mil y representaban el 19,4% del total de mujeres en edad fértil (MEF), de ésta población el 16,4% de mujeres se convierten en madres aun siendo adolescentes; es decir, antes de cumplir los 20 años. La población adolescente es el único grupo de toda la población femenina donde la fecundidad se ha incrementado y está en una tasa de 77 por mil. Del total de madres gestantes el 22,8 % son adolescentes (45).

- **Causas del embarazo precoz en el Perú:**

Según Terrones en su estudio (2014), menciona, en cuanto al área de residencia se observa que existe mayor incidencia de madres precoces en el medio rural que en el medio urbano: 25 de cada 100 son madres antes de los 20 años en el medio rural, frente a 13 de cada 100 en el medio urbano. El bajo nivel de educación es uno de los factores subyacentes de la fecundidad precoz en el Perú, tanto en el medio urbano como en medio rural. Los resultados de estudios sobre mujeres entre 15 a 49 años muestran que 43.7 % de mujeres con estudio de primaria, 43.2 % con estudio de secundaria y 6.6 % con estudio superior; tuvieron un hijo antes de los 20 años. La proporción de madres adolescentes que viven en familias no nucleares es 8.9%, con una tasa de fecundidad más elevada (TEF = 0.040) frente a las que residen en hogares nucleares (TEF = 0.024). La tasa de fecundidad es mayor en las adolescentes en orfandad materna (TEF = 0.059), en comparación con aquellas que tienen madre viva (TEF=0.031) (46).

5. MATERIALES Y METODOS

5.1. Tipo de Estudio

Este estudio fue analítico, de enfoque cuantitativo, y aplicativo ya que se contribuyó con la intervención de un programa de Educación Sexual para prevenir los embarazos en adolescentes.

5.2. Diseño de la Investigación

El diseño del estudio fue cuasi-experimental de grupo único con pre-test y post-test. Se aplicó un Cuestionario sobre el Nivel de Conocimiento Sobre Educación Sexual" con un pre-test, al finalizar se evaluó con el mismo Cuestionario para conocer el impacto del programa de Educación Sexual con un post-test. Cuyo diagrama fue el siguiente:

G= 01 X 02

O1 y O2 = Pre-test y Pos-test

X = Variable experimental (módulo educativo)

5.3. Población y Muestra

5.3.1. Población

La población estuvo conformada por 60 estudiantes entre las edades de 17-19 años, del primer y segundo ciclo del Semestre Académico 2016-II de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Para la selección de los elementos muéstrales, se tomó en cuenta los siguientes criterios:

-**Criterios de inclusión**:

- Estudiantes matriculados en el primer y segundo ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM
- Estudiantes con asistencia académica periódica.
- Estudiantes con edades entre 17 y 19 años.
- Estudiantes mujeres y varones

- Estudiantes con participación permanente a las sesiones educativas según el Programa de Educación Sexual propuesto, así como en el pre y post test
- Estudiantes que desean participar de manera voluntaria en el estudio, previo Consentimiento Informado

-Criterios de exclusión:

- Estudiantes de otros ciclos de estudio de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM
- Estudiantes que no presentan asistencia académica periódica.
- Estudiantes cuyas edades no se encuentras en los rangos mencionados.
- Estudiantes que no participen en forma permanente a las sesiones educativas según el Programa de Educación Sexual propuesto, así como en el pre y post test
- Estudiantes que no desean participar de manera voluntaria en el estudio.

5.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por el 100% de la población, con las propias características mencionadas (edades de 17-19 años y estudiantes del primero y segundo ciclo de estudios de la EPO-FCM-UNASAM, etc.).

5.4. Instrumentos de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos que se utilizo fue un Cuestionario (Anexo N°02) de 30 preguntas cerradas aplicadas antes y después de la intervención. Consta de dos partes: la primera de aspectos generales, que incluye la edad, el sexo y el ciclo de estudios y la segunda que incluye 30 preguntas cerradas para medir el nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en los adolescentes. Para medir el nivel de conocimiento se usó la Escala Vigesimal de 0 a 20 puntos (Touron 1984).

Calificación sobre el nivel de conocimiento:

- Alto: 14-20 puntos
- Medio: 7-13 puntos
- Bajo: 0-6 puntos

Para identificar las actitudes hacia la prevención de embarazos en los adolescentes, se utilizó la Escala de Likert (Anexo N°03). Conformada por 25

ítems de cinco alternativas de respuesta, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitudes hacia la prevención del embarazo en Adolescentes.

La validez del instrumento se efectuó a través del juicio de expertos: Dos Obstetras con especialidad en Salud Sexual y Reproductiva, una Psicología y una docente especialista en educación. (Anexo N° 04). Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto en 10 estudiantes de primer ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM, cuyos estudiantes no formaron parte del estudio para la cual se utilizó el Alpha de Cronbach. (Anexo N°05).

6. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación, se realizó en la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, se implementó el Programa de Educación Sexual para prevenir embarazos en adolescentes, se trabajó con 60 estudiantes del I y II ciclo del Semestre Académico 2016-II, 40 (primer ciclo) y 20 (segundo ciclo). Quienes participaron según el Programa programado en el presente estudio. Para mayor comprensión se presenta a continuación los siguientes resultados:

EVALUACION DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA LA PREVENCION DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN ESTUDIANTES DEL I Y II CICLO DE LA EPO-FCM-UNASAM. HUARAZ. SEMESTRE ACADEMICO 2016-II.

Tabla N° 01

Nivel de Conocimiento para la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM-UNASAM, Antes de la Aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016-II.

Nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la EPO-FCM, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual	**N°**	**%**
Bajo	55	91.7
Medio	5	8.3
Alto	0	0.0
Total	**60**	**100.0**

Fuente: Cuestionario Aplicado a Estudiantes del I y II Ciclo-EPO-FCM-Semestre Académico 2016-II

En la Tabla N° 01, podemos observar, el 91.7 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 20016-II, tienen un nivel de conocimiento Bajo. Un 0.0 % de conocimiento Alto para la prevención de embarazos en adolescentes, antes de la Aplicación del Programa de Educación Sexual, resultados que nos impulsa a seguir educando a esta población.

Tabla N° 02

Nivel de Conocimiento para la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM-UNASAM, Después de la Aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016-II.

Nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la EPO-FCM, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual	**N°**	**%**
Bajo	32	53.3
Medio	15	25.0
Alto	13	21.7
Total	60	100.0

Fuente: Cuestionario Aplicado a Estudiantes del I y II Ciclo-EPO-FCM-Semestre Académico 2016-II

En la Tabla N° 02, podemos observar, el 53.3 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 2016-II, tienen un nivel de conocimiento Bajo. El 25.0 % tienen un nivel de conocimiento Medio y el 21.7 % un nivel de conocimiento Alto, para la prevención de embarazos en adolescentes, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Resultados que fueron incrementados, sin embargo, no sobrepasa por lo menos el 50% que deberían tener un nivel de conocimiento Medio o Alto.

Tabla N° 03

Actitud Hacia la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM-UNASAM, Antes de la Aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016-II

Actitud hacia la prevención de embarazos en adolescentes estudiantes de la EPO-FCM, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual	**N°**	**%**
Negativa	28	46.7
Indiferente	17	28.3
Positiva	15	25.0
Total	**60**	**100.0**

Fuente: Escala de Likert Aplicado a Estudiantes, I y II Ciclo-EPO-FCM-Semestre Académico 2016-II

En la Tabla N° 03, podemos observar, el 46.7 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 2016-II, tienen actitudes Negativas. El 28.3 % actitudes Indiferentes y el 25.0 % actitudes Positivas hacia la prevención de embarazos en adolescentes, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Estos resultados tienen relación con los niveles de conocimiento encontrados antes de la aplicación del Programa en mención.

Tabla N° 04

Actitud Hacia la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM-UNASAM, Después de la Aplicación del Programa de Educación Sexual, Huaraz. Semestre Académico 2016 II.

Actitud hacia la prevención de embarazos en adolescentes estudiantes de la EPO-FCM, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual	**N°**	**%**
Negativa	14	23.3
Indiferente	23	38.3
Positiva	23	38.3
Total	**60**	**100.0**

Fuente: Escala de Likert Aplicado a Estudiantes, I y II Ciclo-EPO-FCM-Semestre Académico 2016-II

En la Tabla N° 04, podemos observar, el 38.3 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 2016 II, tienen actitudes Indiferentes y Positivas respectivamente. El 23.3 % tienen actitudes Negativas hacia la prevención de embarazos en adolescentes, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Las actitudes Negativas disminuyeron y se incrementaron las actitudes Indiferentes y Positivas.

Tabla N° 05

Comparación del Nivel de Conocimiento para la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia- FCM-UNASAM, Antes y Después, de la Aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016 II.

Nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la EPO-FCM	**Antes**		**Después**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Bajo	55	91.7	32	53.3
Medio	5	8.3	15	25.0
Alto	0	0.0	13	21.7
Total	**60**	**100.0**	**60**	**100.0**

Fuente: Cuestionario Aplicado a Estudiantes del I y II Ciclo-EPO-FCM-Semestre Académico 2016-II

En la Tabla N° 05, podemos observar, el 91.7% de estudiantes tienen un nivel de conocimiento Bajo, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual, disminuyo a 53.3 % después de la aplicación del Programa, mientras que el nivel de conocimiento Medio de 8.3 % y Bajo de 0.0 % se incrementaron a 25.0 % y 21. 7 % respectivamente, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia. Significa que la aplicación del Programa de Educación Sexual ha dado resultados para la disminución del nivel de conocimiento Bajo e incremento del nivel de conocimiento Medio y Alto.

Tabla N° 06

Comparación de las Actitudes Hacia la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia FCM-UNASAM, Antes y Después, de la Aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016 II.

Actitudes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la EPO-FCM	**Antes**		**Después**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Negativa	28	46.7	14	23.3
Indiferente	17	28.3	23	38.3
Positiva	15	25.0	23	38.3
Total	**60**	**100.0**	**60**	**100.0**

Fuente: Escala de Likert Aplicado a Estudiantes, I y II Ciclo-EPO-FCM-Semestre Académico 2016-II

En la Tabla N° 06, podemos observar, el 46.7 % de actitudes que fueron Negativas en los estudiantes del I y II ciclo de la EPO antes de la aplicación del programa, disminuyeron a 23.3 %, después de la aplicación del Programa, mientras que las actitudes Indiferentes de 28.3 % y Positivas de 25.0 % encontradas antes de la aplicación del Programa, se incrementaron a 38.3 % en ambos casos, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes.

Contrastación de Hipótesis de Investigación

Para contrastar la hipótesis de investigación se usó la prueba de hipótesis de diferencia de dos promedios para muestras relacionadas con los siguientes pasos.

a) Planteamiento de las Hipótesis Estadísticas.

H0: $\mu_{Antes} = \mu_{Después}$ $(\mu_{d0} = 0)$ (El puntaje promedio de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual es igual al puntaje promedio de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, antes de la

aplicación del Programa de Educación Sexual), es decir el Programa de Educación Sexual no es efectivo para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Huaraz. 2016.

H1: $\mu_{Antes} > \mu_{Después}\ (\mu_{d0} > 0)$ (El puntaje promedio de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual es mayor al puntaje promedio de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual), es decir el Programa de Educación Sexual es efectivo para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Huaraz. 2016.

b) Nivel de Significancia

Nivel de significancia =0.05

c) Muestra

Se presenta en la siguiente Tabla, mediante el análisis descriptivo

Tabla N° 07

Estadísticas Descriptivas de los Puntajes de Conocimiento para la Prevención de Embarazos en Adolescentes en Estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia -FCM-UNASAM, Antes y Después de la Aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016 II.

Análisis descriptivo	Estadístico

Puntaje de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la EPO-FCM, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual.	Media		8.922
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	8.378
		Límite superior	9.466
	Mediana		9.333
	Desviación estándar		2.105
	Mínimo		5.333
	Máximo		13.333
Puntaje de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes de la EPO-FCM, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual	Media		12.067
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	11.143
		Límite superior	12.990
	Mediana		11.000
	Desviación estándar		3.574
	Mínimo		8.000
	Máximo		18.000

d) Estadístico de Prueba

Se usa la prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras relacionadas o apareadas con distribución t Student.

$$T = \frac{\bar{d} - \mu_{d0}}{\frac{S_d}{\sqrt{n}}}$$

Donde:

T: es la distribución t Student.

$\bar{d}$: Es el promedio de las diferencias entre el puntaje antes y después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes en las estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM.

S_d: Es la desviación estándar de las diferencias entre el puntaje antes y después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para la prevención de

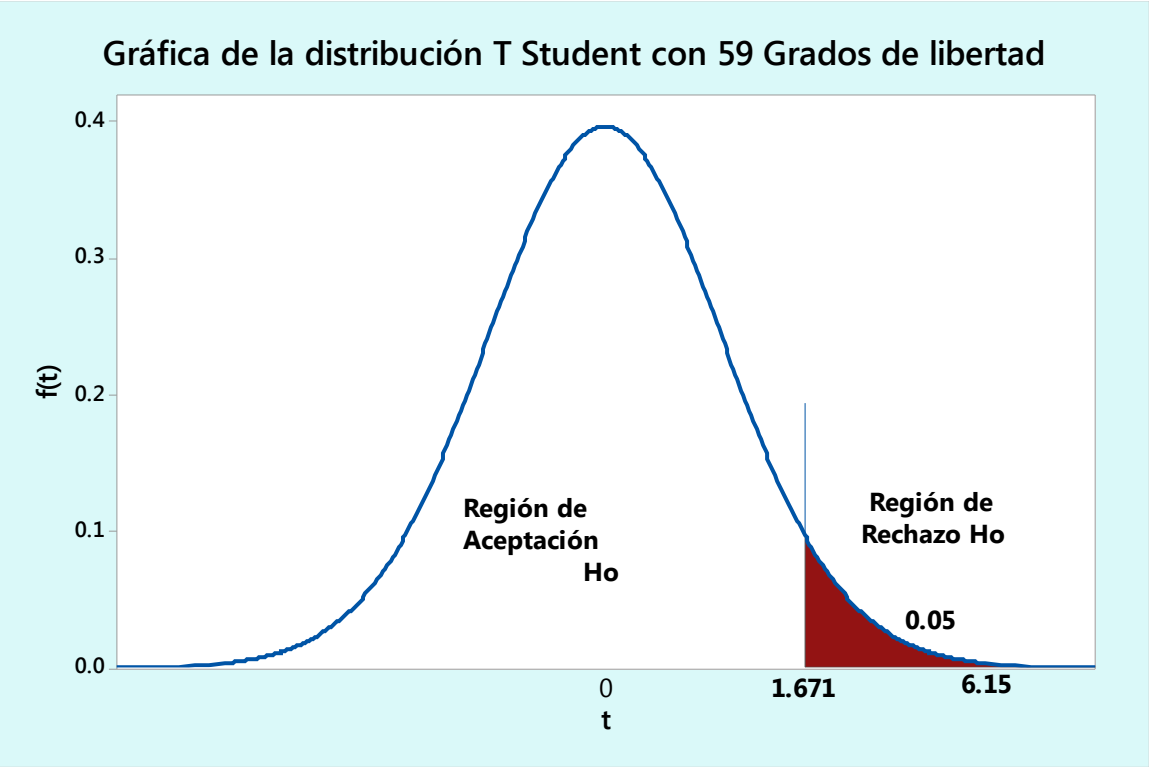
embarazos en adolescentes en las estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM.

n: Cantidad de estudiantes participantes en el estudio

Reemplazando los valores en la formula tenemos los datos:

$$T = \frac{\bar{d} - \mu_{d0}}{\frac{S_d}{\sqrt{n}}} = \frac{3.14 - 0}{\frac{3.96}{\sqrt{60}}} = 6.15 \text{ con 59 grados de libertad.}$$

e) Gráfico de áreas de la distribución



f) Decisión

Observando los resultados del estadístico t=6.15 está en la región de rechazo de la Hipótesis nula (Ho) por lo tanto afirmamos que el Programa de Educación Sexual, <u>es efectivo</u> para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y

II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Huaraz. 2016, a una confianza de 95%.

De lo manifestado anteriormente se cumple la hipótesis de investigación que se ha planteado en el presente trabajo.

7. DISCUSION

En la Tabla N° 01 se observa los resultados del nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes (I y II Ciclo) de la Escuela Profesional de Obstetricia-FCM-UNASAM, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual. Huaraz. Semestre Académico 2016-II, el 91.7 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II ciclo, tienen un nivel de conocimiento Bajo. Un 0.0 % de conocimiento Alto para la prevención de embarazos en adolescentes, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual.

Estos resultados son semejantes al estudio realizado por Calle, observo que del 100% (156) de participantes, el 12.18% (19) presentaron un nivel de conocimientos bajo, 87.82% (137) estudiantes obtuvieron un nivel de conocimientos medio y ningún participante logró obtener un nivel de conocimientos alto (5).

Por otro lado, Diaz en su Taller de Educación Sexual y Reproductiva, antes de la aplicación del pre test en el grupo experimental, encontró que un 5% tenía un nivel de conocimiento bueno sobre Salud Sexual y Reproductiva y el 50% tenía un nivel de conocimiento malo (8).

Esto resultados podrían ser debido a la exposición de medios de información inadecuados o erróneos, incrementando así el riesgo a presentar embarazos adolescentes y con ello las consecuencias que trae este problema social

En la Tabla N° 02, se observa los resultados, donde el 53.3 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 2016-II, tienen un nivel de conocimiento Bajo. El 25.0 % tienen un nivel de conocimiento Medio y el 21.7 % un nivel de conocimiento Alto, para la prevención de embarazos en adolescentes, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual.

Estos resultados se asemejan a lo encontrado por Dascual, en su trabajo, respecto a las frecuencias y porcentajes del nivel de conocimientos de los y las estudiantes del 5to. de secundaria sobre prevención del embarazo, los estudiantes están en el nivel medio: con 47.38% (n=181), en el nivel alto: con 32.72% (n=125), y en el nivel bajo: con 19.9% (n=76), después de la aplicación del Programa Educativo para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Se deduce que los y las estudiantes adolescentes de estas jurisdicciones investigadas tienen un nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo, de medio a bajo, ya que constituyen un 67.28% (n=257) (9).

Por tanto, la conclusión es que hay eficacia en el Programa de Educativo, esto evita efectos negativos que repercuten en el bienestar, en el desarrollo normal, y en la calidad de vida de los adolescentes, que es un sector sumamente vulnerable del país.

En la Tabla N° 03, se observa, el 46.7 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 2016-II, tienen actitudes Negativas. El 28.3 % actitudes Indiferentes y el 25.0 % actitudes Positivas hacia la prevención de embarazos en adolescentes, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual.

Resultados encontrados por Olivera, en su estudio, reporto, respecto a las frecuencias y porcentajes de las actitudes sobre prevención del embarazo no deseado de los y las estudiantes del quinto de secundaria, que del 35.34% de encuestados: el 26.96% de varones presentaron actitudes indiferentes respecto a la prevención del embarazo en adolescentes; y el 44.24% mostraron actitudes indiferentes a lo mismo, antes de la aplicación del pre test (16).

Las actitudes tienen una destacada importancia en el campo de la vida social y en la estructura general de la personalidad, porque actúan como variables en favor o en contra del objeto al que se dirigen.

En la Tabla N° 04, se observa, el 38.3 % de estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia del I y II Ciclo del Semestre Académico 2016 II, tienen actitudes Indiferentes y Positivas respectivamente. El 23.3 % tienen actitudes Negativas hacia la prevención de embarazos en adolescentes, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual.

Resultados semejantes fueron encontrados por Olivera, en su estudio, donde las actitudes respecto a la sexualidad fueron indiferentes el 29.7% y positivas el 60 %, después de la aplicación del post test (16).

Las actitudes se caracterizan por los rasgos o elementos comunes: se aprenden a través de la experiencia y la interacción social, predisponen a la acción, a comportarse de una determinada manera, están dotadas de carga afectiva, son variables en intensidad, tienen una dimensión temporal.

En la Tabla N° 05, los resultados demuestran, el 91.7% de estudiantes tienen un nivel de conocimiento Bajo, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual, disminuyo a 53.3 % después de la aplicación del Programa, mientras que el nivel de conocimiento Medio de 8.3 % y Bajo de 0.0 % se incrementaron a 25.0 % y 21. 7 % respectivamente, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para la prevención de

embarazos en adolescentes en los estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia.

Estos resultados son semejantes al estudio realizado por Olinso, donde los resultados abordados fueron, antes de la aplicación del taller en el grupo experimental, que un 5% tenía un nivel de conocimiento bueno de la prevención del embarazo en adolescentes y el 50% tenía un nivel de conocimiento malo, y después de aplicar el taller de prevención del embarazo en el grupo experimental, se obtuvo en el post test un 47.5% con un nivel de conocimiento regular y con 62.5% con un nivel de conocimiento bueno (15).

La aplicación de un Programa de Educación Sexual para prevenir embarazos en adolescentes, influye significativamente en la mejora del nivel de conocimiento de los estudiantes, ya que se incrementa el nivel de conocimiento después de aplicar el respectivo Programa. Por ello, es necesario la implementación de programas de Educación Sexual que permitan aumentar los conocimientos en padres y adolescentes.

En la Tabla N° 06, se observa los resultados, el 46.7 % de actitudes Negativas de los estudiantes del I y II ciclo de la EPO, disminuyeron a 23.3 %, después de la aplicación del Programa, mientras que las actitudes Indiferentes de 28.3 % y Positivas de 25.0 % se incrementaron a 38.3 % en ambos casos, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes. Estos resultados demuestran, con una intervención educativa de manera constante, las actitudes Negativas e Indiferentes disminuirían y se incrementarían las actitudes Positivas, al incrementarse el nivel de conocimiento Alto en los estudiantes que participaron en el estudio.

Estos resultados son semejantes a lo encontrado por Aragón, en su estudio, donde concluye, lo principal de un Programa Educativo de Educación Sexual,

es efectivo, produciéndose modificación de actitudes desfavorables a favorables (100%) de la muestra participante (1).

Las actitudes cumplen una serie de funciones en la economía social del sujeto que permiten comprender el mundo en que se vive, protegen la autoestima, facilitan el ajuste al medio y favorecen la expresión de los valores personales. La familia es el primer agente de formación de actitudes para sus miembros más pequeños. Como es lógico, la educación familiar debe tender a forjar en los hijos el mayor cúmulo posible de actitudes positivas. Las actitudes que se presentan en los adolescentes frente a la prevención del embarazo adolescente son desfavorables ya que los factores que contribuyen e influyen directamente en el desarrollo de un embarazo son en muchos casos cuando los adolescentes provienen de familias disfuncionales, actitudes negativas de los padres frente a la sexualidad, comportamientos de riesgo.

8. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo Semestre Académico 2016 II de la Escuela Profesional de Obstetricia fue Bajo en un 91.7 %, Medio el 8.3 % y Alto el 0.0 %, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual.
- El nivel de conocimiento para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo Semestre Académico 2016 II de la Escuela Profesional de Obstetricia fue Bajo el 53.3 %, Medio el 25.0 %, Alto el 21.7 %, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual.
- Las actitudes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo Semestre Académico 2016 II de la Escuela Profesional de

Obstetricia fue Negativa el 46.7 %, Indiferente el 28.3 % y Positiva el 25.0 %, antes de la aplicación del Programa de Educación Sexual.

- Las actitudes hacia la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo Semestre Académico 2016 II de la Escuela Profesional de Obstetricia fue Negativa el 23.3 %, Indiferente el 38.3 % y Positiva el 38.3 %, después de la aplicación del Programa de Educación Sexual.
- Observando los resultados del estadístico t=6.15 está en la región de rechazo de la Hipótesis nula (Ho) por lo tanto afirmamos que el Programa de Educación Sexual, es efectivo para la prevención de embarazos en adolescentes en estudiantes del I y II ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Huaraz. 2016, a una confianza de 95%.
- De lo manifestado anteriormente se cumple la hipótesis de investigación que se ha planteado en el presente trabla.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aragón y Bosques. 2012. Sexualidad en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia.

American Academy of Child and Adolescente Psychiaty. Recuperado de: http://es.slideshare.net/SVargasG/plan-de-desarrollo-concertado.

Barreda, Gabriel. 1996. Problemas sociales del adolescente. Tomo II del Compendio de Puericultorio y Pediatría. Ediciones Interamericana, Mc Graw – Hill. Pág. 291-300.

Burroughs, Arlana .1994. Enfermería Materno Infantil de Bleier. 6ta. Edición. Interamericana. Mc Graw-Hill

Calle, María. 2014. Aplicación de una estrategia educativa sobre embarazos en Adolescentes del Instituto Superior Pedagógico Intercultural Bilingüe. Recuperado de: http://europepme.org/abstract/med/10175522.

Camaguay, Cepio. 2007. Intervención educativa sobre ITS en adolescentes en el Municipio-Cuba. Recuperado de: http://www.revenf.ucr.ac.cr/desgaste.pdf>

Castillo, Rosa. 2012. Sexualidad en la adolescencia. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Díaz, Shirley. 2012. Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia, 2012.
Rev. Esp Salud Publica.80 (1), 303-320. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/resp/v80n4/original 13.pdf

Dascual, Yuliana. 2010. Efectividad de una intervención educativa de salud sobre ETS, embarazo precoz y MAC en adolescentes. Acta Medica, 22 (2), 192-197.

Enales, Roberto. 2010. Comportamiento sexual en adolescentes. Acta Científica estudiantil-UCV,25 (3),183-185.

Encuesta Nacional de Salud. 2014. Embarazo en adolescentes. Recuperado de http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/.

GOMEZ, Elba. 1999. Trastorno hipertensivo durante el embarazo. Revista Cubana de de Ginecología y Obstetricia. 90 (7), 167-170.

Gonzalez, Oswaldo. 2010. Embarazo adolescente-Perú. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010.

Lillo, Rosa. 2014. Adolescencia. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Olinso, Yisel. 2011. Propuesta educativa sobre el nivel de conocimiento del embarazo en adolescentes. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 56 (3), 67-70.

Olivera, Carmen. 2008. Intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 98 (5), 9-14.

Organización Mundial de la Salud. 2010. Sexualidad en adolescentes. Acta Paulista de Enfermagem, 35 (5), 120-125.

Organización Mundial de la Salud. 2011. Embarazo en la adolescencia. Acta Paulista de Enfermagem, 25 (6), 20-25.

Organización Mundial de la Salud. 2013. La adolescencia. Revista Portales Médicos. 40 (3). 24-28.

Organización Panamericana de la Salud. 2006. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. Revista Portales Médicos. 40 (3). 24-28.

PACHECO, José 1999. Ginecología y Obstetricia. 1ra. Edición, pág. 893, edit. Mad Corp.

Quinteros, Pedro. 2012. Estrategia de intervención educativa para prevenir el Embarazo en la adolescencia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 12 (45 (5), 29-38.

Ramírez, Katty. 2012. Programa educativo sobre el nivel de conocimiento del embarazo no deseado. Revista Portales Médicos. 49 (6), 78-92.

Rordra, Francisco. 2014. Intervención educativa en conductas de riesgo en salud Sexual y Reproductiva. Portales Mecidos. 76 (8), 234-340.

Sapetillo, Edith. 2007. Programa de educación sexual asertiva para la prevención y afrontamiento del embarazo en adolescentes universitarios. Revista Acta Médica. 68 (3), 56-60.

Secretaria de Educación Pública. 2012. Sexualidad en la adolescencia. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/05PlanEstrategico/Archiv.

Normas APA: American Psychological Association. Recuperadode: http://normasapa.com/que-son-las-normas-apa/

10. ANEXOS

ANEXO N°01

"PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS Y LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO. HUARAZ. 2016"

I. PRESENTACIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de interés público por su incidencia en la reproducción de la pobreza, por el riesgo que implica para la salud de las adolescentes y el recién nacido, así como por el impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general. Según la última ENDES (2011) el 13.7% de las adolescentes peruanas ha cursado un embarazo. En el caso peruano la prevalencia del embarazo en adolescentes se concentra de manera cada vez más clara, en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como, niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas, como los grupos indígenas.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), El embarazo adolescente en el Perú subió al 14,6 % en 2014, lo que representó un incremento del 1,6 % desde el 2000, mientras que la población total de Perú asciende a 31.151.643 habitantes. Respecto a la maternidad temprana, el reporte indicó que, en los últimos 14 años, creció en un 1 % el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0,6 % en las que quedan embarazadas por primera vez. El embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1,0 % a 1,9 %, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4,7 % a 5,4 %, y en las de mayor edad pasó de 22,3 % a 26,7 %. Del total de mujeres de 15 a 19 años de edad con educación primaria, el 29,3 % ya eran madres el año pasado; porcentaje que baja a 11,2 % entre las adolescentes con educación secundaria y a 4,9 % entre las jóvenes con educación superior.

La Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes se ha convertido en una prioridad mundial. Comparado con cualquier otro grupo etario, los y las adolescentes sexualmente activos/as tienen las tasas más altas de infecciones de transmisión sexual

(ITS). Durante la adolescencia actúan varios factores que incrementan las posibilidades de adquirir una ITS y el VIH. Entre otros, los factores socioculturales impiden al adolescente acceder a información y a posibilidades de prevención como, por ejemplo, el uso del condón. Algunos estudios a nivel mundial, han demostrado la efectividad del uso de condón en la reducción de las ITS y la prevención del VIH5. En el Perú, aunque hay estudios que muestran que se reconoce su importancia, su uso es aún reducido.

En el Perú, usando los datos del informe del Programa Nacional de ITS y SIDA (PROCETSS), los casos de esta enfermedad en adolescentes representan el 15% del total. Esta etapa de la adolescencia en la que factores biológicos, psicológicos, de desarrollo y socioculturales actúan en concierto incrementando las probabilidades de adquirir una ITS, es muy singular en la vida. Las estrategias efectivas para la prevención de las ITS en adolescentes requieren involucrar diversos participantes, como la familia (madres, padres) e instituciones que trabajen con jóvenes. Éstas deben incluir actividades en diferentes medios: intervenciones educativas con programas basados en la escuela, en las universidades, programas para acceder a jóvenes fuera de las escuelas y programas que busquen disminuir las barreras del acceso al condón, mejorando las capacidades de negociación de uso y asegurando la distribución y accesibilidad para las poblaciones que lo necesiten.

Por ello, el Programa de Educación Sexual para la prevención de embarazos en adolescentes y las ITS, es una herramienta para mejorar la educación sexual y la salud reproductiva de los adolescentes que se encuentran en los primeros ciclos de estudios de la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM de la UNASAM, buscando impulsar el ejercicio de los derechos de los adolescentes, a fin de empoderar a las mujeres y fomentar la participación de los varones en las responsabilidades que conllevan las prácticas sexuales protegidas que puedan prevenir los embarazos no deseados y por ende las ITS.

II. CONTENIDO

A. POBLACIÓN OBJETIVO: Estudiantes adolescentes del primero y segundo ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo (UNASAM), con matrícula regular

y de asistencia académica periódica, en el Semestre Académico 2016-II.

B. DIAGNÓSTICO: Adolescentes con riesgo a presentar embarazos, ITS, relacionado a déficit de conocimientos y actitudes preventivas.

C. ASPECTOS ORGANIZATIVOS:

Localización: Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas-UNASAM

Escenario: Auditorio de la Facultad de Ciencias Médicas-UNASAM

Duración: 6 semanas

Total, de sesiones educativas: 5

Número de participantes: 60 estudiantes del primero y segundo ciclo

Horario: Jueves y Viernes.

Personal responsable: Mag.Ada Eudocia Rodríguez Figueroa

D. OBJETIVO: El Programa de Educación Sexual logrará en los participantes

- Disminuir el riesgo a presentar embarazos adolescentes.
- Incrementar los conocimientos sobre prevención del embarazo adolescente.
- Favorecer al cambio de actitudes frente al embarazo adolescente.
- Promover buenas prácticas de prevención del embarazo en adolescentes
- Disminuir el riesgo de presentar ITS.

E. JUSTIFICACION:

Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples y devastadoras, afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, pero especialmente los de estas últimas. Entre las implicaciones más notorias del embarazo en la adolescencia destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y sus familias, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar, y universitaria; las barreras para el acceso a trabajar, sea presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas e inclusive, el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes. Por otro lado las ITS no solo aumentan las probabilidades de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sino que son en sí mismas un grave problema de salud. Los y las adolescentes constituyen un grupo vulnerable de contraer algunas de estas infecciones, ya que en esta

etapa del desarrollo es donde el individuo comienza a mostrar interés por las relaciones sexuales; pero aún le falta madurez psíquica, entendida esta como la capacidad para mantener uniones estables.

Investigaciones realizadas muestran que la existencia y ascenso de las IITS están muy ligados a diferentes factores entre los que se destacan el cambio en el comportamiento sexual y social debido a la urbanización, industrialización, tendencias al cambio frecuente de parejas sexuales unido a las relaciones sexuales cada vez más tempranas, entre otros. Este cambio frecuente de pareja sexual unido al comienzo temprano de las relaciones sexuales coitales es característico en la adolescencia, pues en esta etapa comienza a gestarse el ejercicio de la sexualidad desde el punto de vista biológico, psicológico y social, que al no ser asumido responsablemente favorece las ITS, debido a la inmadurez que caracteriza también a esta etapa del desarrollo. Según la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Etapa de Vida Adolescente del Ministerio de Salud del Perú, juega un rol relevante la educación en salud; por ello se plantea la ejecución del Programa de Educación Sexual para prevenir embarazos no deseados y las ITS en la Escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM. Con el objetivo de incrementar el conocimiento y obtención de actitudes favorables dirigidas a la prevención del embarazo adolescente y las ITS, ello desencadenará un cambio de conducta en los adolescentes y actuaran en base a buenas prácticas preventivas disminuyendo así la incidencia de embarazos adolescentes y las ITS en nuestro país.

Es de importancia mencionar que el programa de Educación Sexual, presenta dicho distintivo nominal puesto que el adolescente expresara ideas, informaciones, sentimientos, actitudes y conocimientos sobre los tema propuestos, generando, discusiones y planteamientos con el equipo de trabajo, logrando de esta manera los objetivos propuestos.

F. METODOLOGÍA:

El Programa de Educación Sexual se desarrolla en base a la fusión y complemento de diversas técnicas educativas, destacando las siguientes:

Transmisión de información: Exposición, lectura comentada, conferencias magistrales.

Análisis de situaciones: Mesa redonda, conversatorio. Debates, panel, diálogos simultáneos.

Reflexión personal: Lluvia de ideas, frases incompletas, fichas temáticas y/o informativas, dibujos.

Vivenciales: Sociodrama, juego de roles.

Decodificadores: Fotonovelas, fotografías, carteles, posters ilustrativos, periódicos, mapas conceptuales y/o semánticos, cuadros sinópticos, cuadros de doble entrada, comerciales, collages, burbujas informativas.

Audiovisuales: Videos.

Ensayo: Análisis de casos, historietas, simulación

Evaluación: Preguntas y respuestas.

Las técnicas educativas tienen diferente utilidad dependiendo de los objetivos de aprendizaje que se plantean en cada sesión educativa y se adaptan a la población objetivo.

G. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA EDUCATIVO:

El Programa de Educación Sexual se desarrollará en relación a las 5 sesiones educativas que se presentan de la siguiente manera:

(Presentación de la sesión educativa)

- *Tema*
- *Objetivos terminales*

(Estrategia)

- *Introducción*
- ***E****xploración*
- ***C****onceptualización*
- ***A****plicación*

(Agregados)

- *Objetivos capacitantes*
- *Actividades de aprendizaje*
- *Estrategias educativas*

H. MATERIALES EDUCATIVOS Y OTROS RECURSOS DIDÁCTICOS

Los materiales educativos necesarios y empleados para la adquisición de aprendizaje son: Data display, computadora, CDs, diapositivas, pizarra acrílica, rotafolios, trípticos, dípticos, materiales de escritorio, papelógrafos, cartulinas, hojas de colores, etc.

I. INDICADORES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La evaluación del aprendizaje es un proceso continúo dirigido a recopilar e interpretar una información que permite medir el éxito del proceso de enseñanza.

La evaluación de los participantes se efectuará mediante la aplicación de un pre y post-test dónde se medirán conocimientos a través de un cuestionario; todo ello para determinar la efectividad del programa educativo.
Los participantes contarán con total de 30 minutos para la solución de los instrumentos de evaluación.

PROGRAMACIÓN DE APLICACIÓN DE PRE Y POST-TEST:

TEST	DESCRIPCION
Pre-test: • Cuestionario	El cuestionario elaborado se aplicará para la medición del nivel de conocimiento que presenta el participante para la prevención del embarazo adolescente y está conformado por 30 preguntas de alternativas múltiples. Al término de la aplicación de los test se dará a conocer el contenido del Programa de Educación Sexual y posterior a ello se dará inicio a las 5 sesiones educativas programadas.
Post-test: • Cuestionario	Al finalizar las 5 sesiones educativas se tomará nuevamente los test señalados en el apartado anterior para la comparación de resultados y determinar la efectividad del programa educativo propuesto.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

SESIÓN EDUCATIVA Nº1

- *Prevención del embarazo adolescente*
- *La adolescencia y problemas asociados.*
- *Cambios biológicos y psicológicos en la adolescencia*.

OBJETIVOS TERMINALES:

Al concluir la primera sesión educativa se espera que los adolescentes puedan *Adoptar como medida preventiva del embarazo conocimientos sobre aspectos generales de la adolescencia.*
Identificar los problemas más frecuentes presentados en la adolescencia.

SESIÓN EDUCATIVA Nº2

 Embarazo en la adolescencia.
 Causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia

OBJETIVOS TERMINALES:

Al concluir la segunda sesión educativa se espera que los adolescentes participantes sean capaces de:

-*Conocer aspectos fundamentales del embarazo en la adolescencia*

-*Identificar las causas del embarazo adolescente.*

-*Concientizar las consecuencias del embarazo adolescente.*

SESIÓN EDUCATIVA Nº3

 Habilidades sociales, autoestima y sexualidad para la prevención del embarazo adolescente.

OBJETIVOS TERMINALES:

Al concluir la tercera sesión educativa se espera que los adolescentes participantes puedan:

-*Conocer los diferentes medios preventivos del embarazo en la adolescencia.*

-*Conocer aspectos relevantes de la sexualidad del adolescente*

-*Describir y detallar sistemáticamente las habilidades sociales en la adolescencia.*

-*Identificar la importancia de las habilidades sociales en la prevención del embarazo adolescente.*

SESIÓN EDUCATIVA Nº4

 Anticoncepción en la adolescencia.

OBJETIVOS TERMINALES:

Al concluir la cuarta sesión educativa se espera que los adolescentes participantes puedan:

-*Conocer los aspectos generales de la anticoncepción en la adolescencia*

-*Identificar los métodos anticonceptivos más usados*

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante: Recibe un saludo cordial, somos docentes de la escuela Profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM, estamos realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo de evaluar el impacto de un programa de educación sexual para prevenir embarazos no deseados en estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2016, por ello solicito tu colaboración para responder el presente cuestionario, el cual es anónimo.

A continuación, se presentan preguntas con sus respectivas alternativas de respuesta, elige para cada una de ellas solo una respuesta y marque con una (X) la respuesta que creas conveniente. Utiliza solo lapicero azul o negro. No dejes preguntas sin contestar. Si desconoce la respuesta marque "No sé". Usted dispone de 30 minutos.

I. DATOS GENERALES:

- **Ciclo de estudios:**
- **Edad:**
- **Sexo:**

II. CONTENIDO:

1. La adolescencia es el periodo de vida que se da:

a) Entre los 10 y 19 años caracterizándose por cambios biológicos y psicológicos

b) Entre los 12 y 20 años caracterizándose por cambios biológicos en la mayoría de las personas.

c**)** Entre los 10 a 15 años caracterizándose por solo cambios psicológicos profundos.

d**)** No sé

2. Señale verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente

a). En la etapa tardía de la adolescencia se producen cambios biológicos intensos. ( )

b). El embarazo precoz es uno de los problemas que se presenta en la etapa adolescente ( )

c). El adolescente cambia de pensamiento concreto a pensamiento abstracto. ( )

d). La aceleración del crecimiento corporal se presenta en la adolescencia intermedia ( )

3. Lea los enunciados y marque verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

a)**.** La primera menstruación o menarquia ocurre frecuentemente entre los 8 y los 16 años ()

b). La menarquia indica el inicio de la capacidad reproductiva ( )

c). Las hormonas que intervienen en el ciclo menstrual son: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) ( )

d). La menarquia sucede a pesar de presentarse un sistema reproductivo femenino inmaduro ( )

4. Relaciona cada etapa de la adolescencia de la columna A con su respectiva característica psicológica de la columna B:

Columna A:	**Columna B:**
1.Adolescencia temprana	Búsqueda de autonomía. ( )
2.Adolescencia Intermedia	Preocupación por lo físico y emocional. ( )
3.Adolescencia tardía	Avance en la elaboración de la identidad. ( )

5. Señale cuáles son los tres duelos o pérdidas que sufre el adolescente:

a). Duelo por el cuerpo infantil ( )

b). Duelo por los amigos infantiles ( )

c). Duelo por los padres infantiles ( )

d). Duelo por la escuela infantil ( )

f). Duelo por su identidad infantil ( )

6. El embarazo adolescente es el que ocurre:

a) Antes del periodo de la pubertad y cuando el adolescente no ha adquirido independencia social ni madurez.

b) Entre los 10 y 19 años y cuando el adolescente ha alcanzado la madurez física y emocional para afrontar la situación.

c) Entre los 10 y 19 años y antes de que la adolescente haya alcanzado la suficiente

madurez física y emocional.

d**)** No sé

7. Indique cuáles son las causas del embarazo adolescente:

a). Tener varios enamorados(as). ( )

b). Inicio precoz de las relaciones sexuales. ( )

c). Deficiente manejo de habilidades sociales. ( )

d). Inicio precoz del consumo de drogas. ( )

e). Formar parte de “pandillas estudiantiles”. ( )

f). No utilización de método anticonceptivo eficaz. ( )

g). Presentar bajas condiciones socioeconómicas. ( )

h). Limitado conocimiento sobre sexualidad. ( )

8. Indique cuáles son las consecuencias del embarazo adolescente:

a). Maternidad en soltería ( )

b). Muerte paterna ( )

c). Ausentismo escolar ( )

d). Estabilidad económica ( )

e). Muerte materna ( )

f). Discriminación racial. ( )

g). Abortos ( )

h). Disminución de carga social ( )

i). Desequilibrio emocional ( )

9. La sexualidad es solo lo biológico o anatómico:

a) Sí

b) No

c) No sé.

10. Lea los enunciados y marque verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

a). La fecundación es la unión del óvulo con el espermatozoide. ( )

b). El enamoramiento es una forma de vivir la sexualidad. ( )

c). Existe respuesta sexual durante el sueño. ( )

d). La masturbación es mala para la salud ya que produce alteraciones físicas y psicológicas ( )

11. ¿Qué son las habilidades sociales?

a) Conjunto de conductas generadas por un individuo en relación a un propósito e un determinado contexto.
b) Comportamientos interpersonales donde las personas influyen en otras de manera favorable.
c) Respuestas inadecuadas que se aplican en un contexto social en la interacción con pares.
d) No sé.

12. ¿Cómo ayudan las habilidades sociales a prevenir el embarazo adolescente?

a) Creando conductas preventivas para el manejo de situaciones de riesgo.
b) Evitando situaciones de riesgo sin respuesta activa frente al problema.
c) Obteniendo soluciones para cada problema presentado en la etapa adolescente.
d) No sé.

13. ¿Cuáles son las habilidades sociales?

a). Comunicación asertiva ( )
b). Solución de problemas ( )
c). Relaciones interpersonales ( )
d). Toma de decisiones. ( )
e). Expresiones corporales. ( )
f). Control de la ira. ( )

14. ¿Cómo define usted métodos anticonceptivos?

a) Son todas las prácticas sexuales que realizan hombres y mujeres en el momento previo a las relaciones sexuales
b) Son sustancias orales que toman las mujeres para evitar el embarazo.
c) Son procedimientos naturales, artificiales y quirúrgicos para evitar el embarazo.
d) No sé.

15. Según el criterio de selección de los métodos anticonceptivos en adolescentes, escriba verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente.

a). El método anticonceptivo debe ser irreversible. ( )
b). Facilidad y comodidad de uso del método elegido. ( )

c). Conocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles. ( )

d). No depende de la edad de la mujer. ( )

e). Adecuada a la frecuencia de relaciones sexuales. ( )

16. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por:

a) Sólo la mujer

b) La pareja

c) Sólo el hombre

d) No sé

17. Lea los siguientes enunciados y marque verdadero (V) o falso (F) según crea conveniente:

a). Las pastillas anticonceptivas producen cáncer, alteran los nervios, engordan y producen esterilidad ( )

b). Todos los anticonceptivos están contraindicados en embarazo o sospecha de embarazo ()

c). Se puede usar de forma normal los anticonceptivos cuando se presenta cáncer o lesiones del cuello uterino. ( )

d). Los métodos anticonceptivos naturales son los más efectivos. ( )

18. Los métodos anticonceptivos se clasifican en:

a) Parciales y constantes

b) Temporales y permanentes

c) Temporales y parciales

d) No sé

19. Los métodos anticonceptivos temporales son los:

a). Hormonales ( )

b). Quirúrgicos ( )

c). Artificiales ( )

d). De barrera y espermicidas ( )

e). Complementarios ( )

f). Naturales ( )

20. Relacione cada método anticonceptivo hormonal de la columna A con la principal función que cumplen de la columna B:

COLUMNA A	COLUMNA B
a). Hormonales orales	Cambia la consistencia del moco cervical y elimina el desplazamiento normal de los espermatozoides ( )
b). Hormonas inyectables	Inhibe la ovulación y genera adelgazamiento del endometrio. ( )
c). Dispositivo Intrauterino hormonal (DIU)	Inhiben la ovulación y cambia la consistencia del moco cervical. ( )

21. ¿El método de barreras más conocidos es?

a) El dispositivo intrauterino (DIU)

b) La ligadura de trompas de Falopio.

c) El condón.

d) No sé

22. ¿Cuál es la clasificación de los principales métodos anticonceptivos naturales?

a). Método de la ovulación. ( )

b). Método continuado. ( )

c). Temperatura basal del cuerpo. ( )

d). Método multiplicativo. ( )

e). Método del ritmo. ( )

23. Los métodos anticonceptivos naturales están indicados en mujeres con periodos menstruales irregulares.

a) Sí

b) No

c) No sé

24. El condón es el único método anticonceptivo que protege contra el VIH / SIDA y las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS):

a) Sí

b) No

c) No sé

25. ¿Cuál de los métodos es 100% seguro para prevenir el embarazo?

a) El condón.

b) El método del ritmo.

c) La abstinencia constante.

d) No sé.

26. ¿Cuál de estos métodos es el menos seguro para prevenir el embarazo?

a) Anticonceptivos inyectables.

b) Método del ritmo.

c) El condón.

d) No sé.

27. ¿Qué es para usted la abstinencia constante?

a) Tener relaciones sexuales esporádicamente, pero con protección.

b) No tener relaciones sexuales ni juegos sexuales de ningún tipo.

c) No tener relaciones sexuales en mi periodo menstrual.

d) No sé.

28. Los anticonceptivos permanentes son considerados:

a) Técnicas quirúrgicas que modifican la estructura del endometrio.

b) Técnicas naturales que evitan el embarazo en forma permanente.

c) Técnicas quirúrgicas que evitan el embarazo en forma permanente.

d) No sé.

29. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos permanentes más conocidos?

a). Hormonales inyectables. ( )

b). Ligaduras de trompas de Falopio. ( )

c). Dispositivo Intrauterino (DIU). ( )

d). Hormonales orales. ( )

e). Vasectomía. ( )

30. El anticonceptivo de emergencia es un método que se utiliza para prevenir un embarazo no deseado:

a) Después de una relación sexual no protegida.

b) Antes de una relación sexual no protegida.

c) Evitando la ovulación.

d) No sé.

ANEXO N°03

ESCALA TIPO LIKERT

INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante: Recibe un saludo cordial, somos docentes de la Escuela profesional de Obstetricia de la FCM-UNASAM, estamos realizando un trabajo de investigación que tiene como uno de los objetivos determinar la efectividad del Programa de Educación Sexual en las actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente, por ello solicito tu colaboración para responder la presente escala, la cual es anónima. A continuación, se presentan una serie de ítems con cinco alternativas de respuesta, las cuales se muestran de la siguiente forma:

TD: Totalmente en desacuerdo.

D: Desacuerdo.

I: Indiferente.

A: Acuerdo.

TA: Totalmente de acuerdo.

Elige para cada ítem solo una respuesta y marque con una (X) la respuesta que creas conveniente. A continuación, se presenta un ejemplo:

Nº	ÍTEM	TD	D	I	A	TA
1	La vida es maravillosa cuando piensas en forma positiva				X	
2	Una persona que tiene confianza en sí misma logra todo lo que se propone.					X

I. DATOS GENERALES:

- **Ciclo de estudios:**
- **Edad:**
- **Sexo:**

II. CONTENIDO

•	ÍTEM	TD	D	I	A	TA
1	Le preocupan los cambios físicos y psicológicos que está presentando.					
2	Considera que la adolescencia es una etapa importante para el desarrollo humano.					
3	Una pareja adolescente debe tener todos los hijos que Dios le mande.					
4	El embarazo en la adolescencia provoca una alteración emocional en la pareja.					
5	Es difícil que una adolescente quede embarazada en la primera relación sexual.					
6	El embarazo es una gran responsabilidad.					
7	Se puede evitar el embarazo por diferentes métodos.					
8	Me da vergüenza hablar sobre sexualidad.					
9	Tiene derecho a decidir en qué momento desea tener hijos.					
10	Está preparado(a) para tener relaciones sexuales.					
11	Respetar mis deseos y los de mi pareja me permite tener una buena relación con él/ella.					
12	Si se siente atraído por un(a) chico(a) prefiere evitar decirle por miedo a que le rechace.					
13	La masturbación produce problemas físicos y psicológicos en el adolescente.					
14	Pienso que la sexualidad incluye la promoción de la igualdad entre varones y mujeres.					
15	Los adolescentes deben evitar utilizar métodos anticonceptivos.					
16	Las caricias y los besos pueden dar tanto placer como tener intimidad con mi pareja, sin riesgo de embarazo.					
17	El uso de anticonceptivos es inseguro porque fallan mucho.					
18	Utilizar algún método anticonceptivo permite tener unas relaciones sexuales más seguras y placenteras.					
19	Los adolescentes que usan métodos anticonceptivos son “fáciles”.					
20	Le daría mucha vergüenza decirle a su pareja que use un anticonceptivo para tener relaciones sexuales.					
21	La abstinencia sexual constante es el mejor método para prevenir el embarazo.					
22	La mujer es quién debe tomar medidas para no quedar embarazada.					
23	Si la pareja adolescente está protegida en el momento de tener relaciones sexuales, el riesgo de presentar embarazo disminuye.					
24	Si le sorprendieran con preservativos se enfadarían mucho con usted.					
25	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar anticonceptivos.					