

# SISTEMA DE ACTIVIDADES PARA REDUCIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

**Dra. Alejandrina Reyes Vázquez<sup>1</sup>, MSc. Carmen Dolores Morales Nenínger<sup>1</sup> Dra. Rosa María Betancourt Sánchez<sup>1</sup>, MSc. Nieves E. Garriga Alfonso<sup>2</sup>, MSc. Maricela Estopiñán García<sup>2</sup>**

1. *Policlínico Docente “Samuel Fernández” Calzada General  
Betancourt 26210, Matanzas, Cuba*

2. *Universidad de las Ciencias Médicas de Matanzas, Carretera Central  
Km. 101, Matanzas, Cuba*

## **Resumen.**

La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este período de la vida el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica.- Fija sus límites entre los diez y veinte años. Se trata de una investigación descriptiva y propositiva, en la que se diseña un Sistema de actividades educativas para reducir la incidencia del embarazo en la adolescencia en Fila de Marín, San Agustín, Caracas. Se trabajó con un universo de 42 adolescentes que habían estado embarazadas aunque fuera una vez, antes de los 20 años de edad, en el periodo comprendido de Enero 2005 a Enero 2010. La información se recogió de la ficha familiar, la historia clínica individual y se aplicó un cuestionario. Esta información se representó en tablas con números absolutos y por ciento. La edad más frecuente encontrada fue la adolescencia intermedia (66,6%), sus primeras relaciones sexuales fueron antes de los 15 años (90%), con nivel educacional bajo (45%), se mantienen sin pareja estable (88%). La mayoría (62%) no deseaban ese embarazo, lo cursaron sin apoyo familiar (71%), el 52,4 % son desocupadas, el 71 % no usaba Métodos anticonceptivos y el 52 % no tienen pensado qué hacer en el futuro.

***Palabras claves:*** Embarazo en la adolescencia, riesgo preconcepcional, riesgo perinatal

---

## **Introducción.**

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es imprudente porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros. (García Nápoles, 2003), (Del Rosario Lauza M, Bembibre Taboada R; 1999), (Tabares Cabral F, 2006)

La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven, como la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta. (Molina R, 2007)

En las sociedades industrializadas y en los países desarrollados, se reconoce a la adolescencia como un grupo de población bien definida. Incluso diversas ciencias se han encargado de penetrar en los procesos biológicos de esta edad y en su entrelazamiento con las características socio – psicológicas. Es obvio que haya merecido especial atención el estudio de los conocimientos sobre las actitudes, intereses y el comportamiento sexual. (González Hernández A, 2007), (Rodríguez L, 2000)

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros. (Aequavella A, Bravermmman P, 1999)

Según autores chilenos, el 56% de los embarazos en las adolescentes no son deseados. Esto es la principal causa de abortos ilegales. Se calcula que el 35% de los embarazos en ese país termina en aborto inducido, los que son Según autores chilenos, el 56% de los embarazos en las adolescentes no son deseados. Esto es la principal causa de abortos ilegales. Se calcula que el 35% de los embarazos en ese país termina en aborto inducido, los que son practicados por “parteras clandestinas”, poniendo en gran riesgo la vida de la madre. (García Imía I. et al, 2007), (González Hernández A et al, 2002)

En estudios recientemente realizados por autores Latinoamericanos aparecen porcentajes de mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países como: Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%, según Dieguez Quesada. (Bahamondes L., 2000 y 2002)

Venezuela no escapa de esta problemática cultural donde los adolescentes se encuentran en una situación desatendida porque no se han implementado programas que estén dirigidos a la información y orientación sobre educación sexual, debido a las imprecisiones que existe

de cómo afrontar la situación sin tener la convicción de que se les está entrenando o facilitando la vía o puerta de entrada hacia la sexualidad.<sup>26-27</sup>

Con la presente investigación se persigue el objetivo de: Diseñar un sistema de actividades educativas para disminuir la incidencia del embarazo en las adolescentes de la Parroquia San Agustín del Sur en Caracas.

## **Desarrollo.**

Método:

Se trata de una investigación descriptiva y propositiva, pues a partir del diagnóstico inicial se diseña un Sistema de actividades educativas en respuesta al problema identificado en Fila de Marín, Parroquia San Agustín del Sur, Caracas con la finalidad de transformar positivamente la situación existente con el embarazo en la adolescencia, durante el periodo de tiempo comprendido de Enero 2005 a Enero 2010.

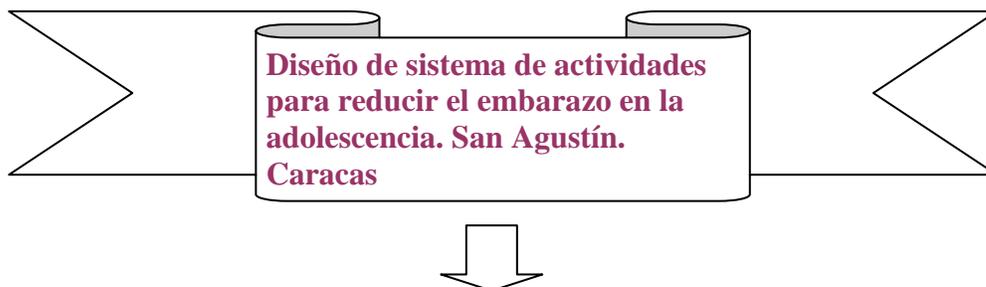
La población de mujeres dispensarizadas era de 971 (52,8 %), 667 están en edad fértil y de ellas 158 son adolescentes, de las que el 26,6 %, han estado embarazadas, para un total de 42 adolescentes las que constituyeron el universo de trabajo. Los instrumentos empleados para la recogida de la información fueron la Ficha familiar de la cual se extrajeron datos como: edad, ocupación, estado conyugal; y un cuestionario confeccionado al efecto (anexo 1), que se aplicó por la investigadora principal, cumpliendo las normas de la ética médica, el cual permitió identificar las actitudes sobre sexualidad y embarazo en estas adolescentes.

Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

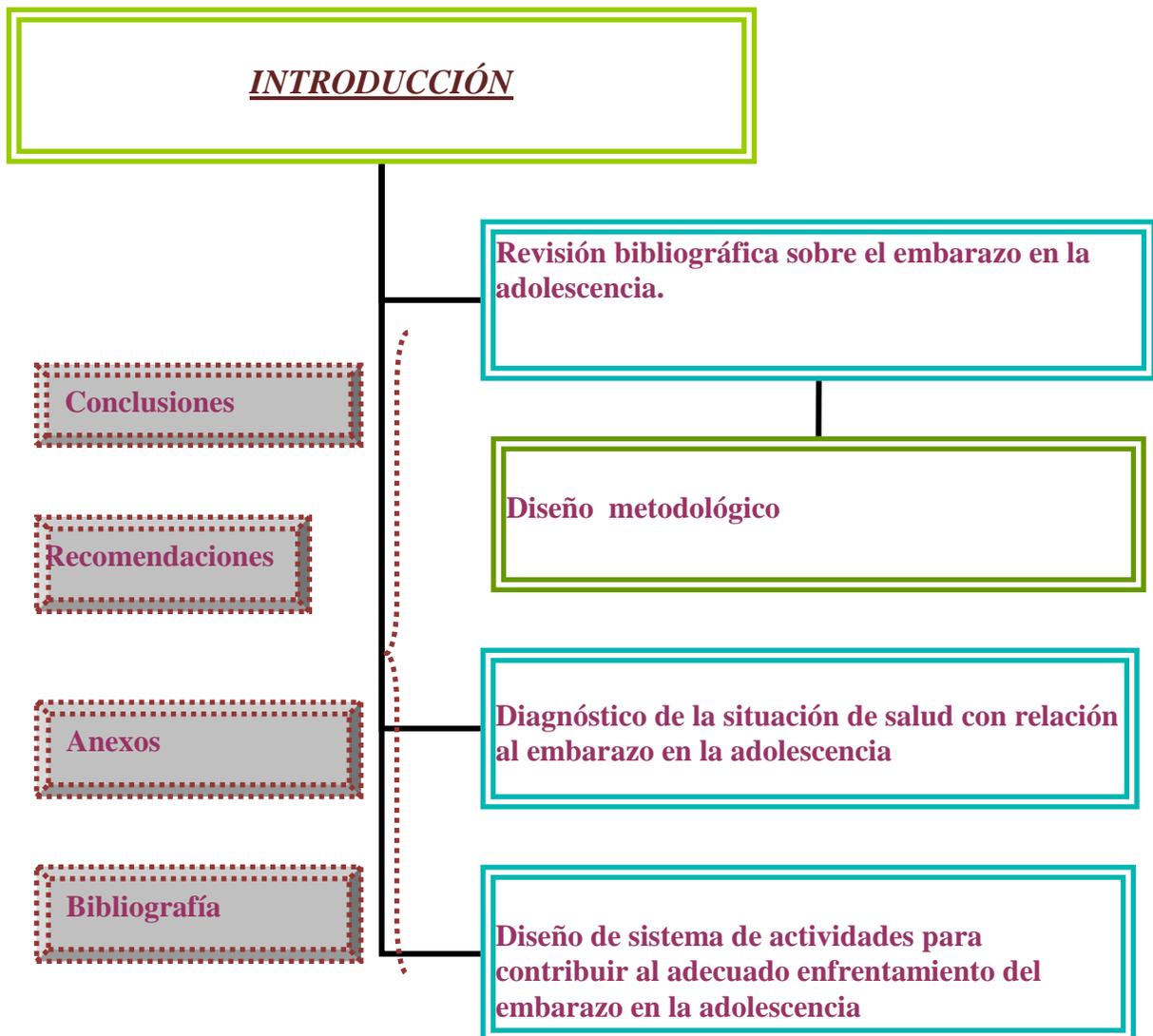
1. Estar dispuesta a participar en la investigación y no presentar enfermedades neuropsiquiátricas o retraso mental que afecte la comprensión y la comunicación.
2. Estar embarazada o haber tenido hijos antes de los 20 años de edad y encontrarse en el Sector Fila de Marín al momento de la investigación.

Los métodos utilizados en primer lugar el dialéctico y entre los teóricos pueden destacarse los siguientes: análisis y síntesis; inducción y deducción; hipotético-deductivo; análisis histórico y lógico; enfoque en sistema, unido a los empíricos, permitieron la obtención y elaboración de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizaron a los fenómenos abordados. Entre los últimos se encuentran la observación y la entrevista médica.

El hilo conductor de esta investigación:



Operacionalización de variables



Variables	Escala de clasificación	Definición operacional.
Grupos de edades ( años )	10 – 13 14 – 16 17 - 19	Se consideró la edad en años cumplidos al momento de la investigación, a partir de la cual se clasificaron a las adolescentes en tres grupos previamente definidos.
Ocupación	Estudia, Trabaja, Desocupada	Dado por al menos de 4 a 6 horas de estudio ó trabajo útil.
Estado civil	Con pareja estable Sin pareja estable	Considerado como aquellas adolescentes que tenían o no pareja estable en el momento del embarazo y/o posterior a él.
Nivel de escolaridad	Primaria sin terminar Primaria terminada Bachiller sin terminar Bachiller terminado Universidad	Expresado en año académico concluido, sin solicitar Certificado de año terminado.
Primeras relaciones sexuales	Antes de los 15 años Después de los 15 años	Edad que tenía la paciente cuando tuvo sus primeras relaciones sexuales, expresada libremente por la misma.
Deseos de tener ese embarazo	Sí No	Deseo expresado de la adolescente de mantener o no el embarazo.
Apoyo familiar recibido	Con apoyo Sin apoyo	La relación interfamiliar se exploró en si la adolescente se sentía Apoyada ó no por la familia.

Uso de anticonceptivos anteriores al embarazo	Sí No.	Se exploró por la expresión verbal de la adolescente embarazada y por historia clínica individual.
Método anticonceptivo utilizado antes de embarazarse	Orales, Intramusculares, De barrera, Coito interruptor Ninguno	Se exploró con su libre expresión y por historia clínica individual
El aborto como método anticonceptivo	Sí No No sabe	Se exploró a la adolescente de manera que ella respondiera de acuerdo a sus conocimientos.
Proyectos futuros de la adolescente	Estudiar, Trabajar, Ambas Ninguno	Expresado por la adolescente respetando su opinión ó decisión.

### Resultados y discusión:

Situación de salud y educación sanitaria con relación al embarazo en la adolescencia.

#### Caracterización del Sector Fila de Marín

El Sector Fila de Marín se encuentra ubicado en la Parroquia San Agustín del Sur, al sur de Caracas, capital de la República Bolivariana de Venezuela.

Este Sector tiene dispensarizados por la autora de la investigación un total de 1840 habitantes, de ellos 869 son hombres (47,2 %) y 971 femeninas (52,8 %). Del total de hembras, 667 están en edad fértil y de ellas 158 son adolescentes.

Se trabajó con 42 adolescentes que en el periodo de enero 2005 a enero 2010 habían estado embarazadas aunque fuera una vez.

#### Caracterización sociodemográfica

De las Adolescentes embarazadas al menos una vez antes de los 20 años, 42 de ellas estuvieron en esta situación y desearon participar en la investigación, respondiendo de forma anónima el cuestionario que se les aplicó. De esta manera quedan representadas en tablas las variables necesarias para llegar a conclusiones y trazarse un plan de actividades con vista a disminuir el embarazo en adolescentes en el Sector Fila de Marín. San Agustín del Sur, Caracas.

Tabla 1. Distribución por edades.

EDADES (en años)	No.	%
10 -13	2	4,8
14 – 16	28	66,6
17 - 19	12	28,6
TOTAL	42	100

El mayor número de féminas clasificó en el subgrupo de 14 y 16 años (adolescencia intermedia), con 28 casos, para un 66,6 %, seguido de subgrupo de 17 a 19 años con 28,5 %. Aunque el subgrupo de 10 a 13 años numéricamente no fue alarmante, con sólo 2 casos para un 4,8 %. Coinciden con estos resultados, estudios recientemente realizados por autores latinoamericanos y caribeños: de Bolivia, Colombia y Guatemala, Chile, República Dominicana y Haití (Feldman R, Maposhere C, 2006); los que encontraron entre un 32 a 49 % de adolescentes embarazadas extremadamente jóvenes. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (Tabla 1)

Se observa en la tabla 2 que el nivel de escolaridad de estas embarazadas adolescentes es bastante bajo, ya que el 36 % de ellas sólo tienen el nivel de Primaria terminado, mientras que el 45 % no terminó los estudios correspondientes al bachillerato. Los resultados de Molina R. y Pérez Sánchez A, en su publicación en Santiago de Chile en el 2002 <sup>37</sup> son similares, mientras en la tabla 3 se expone la categoría ocupacional, y se aprecia la alarmante cifra del 52,4 % como desocupadas que se dedican a las labores del hogar, eso se compara con trabajos como el de Castro Espín (Castro Espin m, 1996) cuando dice que hay que pensar en las consecuencias futuras que esto podrían tener, mientras Valdés Dacal y col en similar trabajo se encontraron las amas de casa y en realidad las desocupadas se dedican a las labores domésticas del hogar. (Paz Aguirre R, 2002) Se considera que esto responde al tiempo de ociosidad, no tener en su sector otro

medio de entretenimiento ni formación familiar ajustada a patrones de conducta aprendido por vecinas y familiares y falta de exigencia fundamentalmente de los padres para continuar estudiando.

Tabla 2. Nivel educacional

NIVEL EDUCACIONAL	No.	%
Primaria sin terminar	5	12
Primaria terminada	15	36
Bachillerato sin terminar	19	45
Bachillerato terminado	3	7
Universidad	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Tabla 3. Categoría ocupacional

CATEGORÍA OCUPACIONAL	No.	%
Estudia	9	21,4
Trabaja	11	26,2
Desocupada	22	52,4
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Diagnóstico de la educación sanitaria sobre embarazo en la adolescencia

La tabla que se expone a continuación (Tabla 4) recoge la edad en que ellas tuvieron sus primeras relaciones sexuales, donde se aprecia que el 90 % de las jóvenes dijeron que comenzaron antes de los 15 años de edad, concuerda con estudios realizados en Salamanca, España, donde su autor plantea que: “El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con baja escolaridad, sin proyectos (laborales, de

uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz también por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal.”(Osoffky I., 1990), (Sach B., 2001)

Tabla 4. Edad de las primeras relaciones sexuales

EDAD DE LAS PRIMERAS RELACIONES SEXUALES.	No.	%
Antes de 15 años	38	90
Después de 15 años	4	10
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Solamente el 12 % de las adolescentes estudiadas tienen pareja estable (tabla 5), por lo que el resto (88%), o sea, la mayoría son más dadas al cambio frecuente de pareja acompañándose y/o a contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS), también la aparición de un nuevo embarazo siendo aún adolescente, que en muchos de los casos son también desocupadas y con muy bajo nivel de escolaridad.

Tabla 5. Relación de pareja

RELACIÓN DE PAREJA	No.	%
Con pareja estable	5	12
Sin pareja estable	37	88
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

En la tabla 6 se puede constatar que el 62 % de las adolescentes dijeron No tener deseos de tener niños, aunque las familias generalmente no son capaces de informar a sus hijas y además, para ellas el aborto es prácticamente un tabú y éste es un servicio que Barrio Adentro no brinda. También otra característica de estas edades como señala Coll A.<sup>35</sup>, predomina el pensamiento mágico: convencimiento de que las cosas van a ocurrir ó no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), pensamiento éste que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo. (Coll A, 1997)

Tabla 6. Deseo o no de mantener el embarazo

DESEO DEL EMBARAZO	No.	%
SÍ	16	38
NO	26	62
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Se recoge información en la tabla 7 sobre las adolescentes con apoyo o sin apoyo familiar. El 71 % de las mismas respondieron en el cuestionario aplicado, que habían cursado su embarazo sin apoyo de su familia, lo que coincide con otros autores como Fernández Liliam y Lugones Botell, que tratan sobre la falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva y familias muy estrictas, pues se detectaron en muchas de estas familias un ambiente hostil y dado al consumo de bebidas alcohólicas y drogas ilícitas. (Fernández L S et al, 2004), (Lugones Boitel M et al , 2008)

Tabla 7. Relaciones intrafamiliares ó apoyo familiar.

APOYO FAMILIAR	No.	%
<u>CON</u> APOYO	12	29
<u>SIN</u> APOYO	30	71
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

El uso de métodos anticonceptivos no es lo más usual en la población adolescente embarazada que la autora estudió, pues el 71,4 % de ellas no lo usaban (tabla 8). Lo que demuestra falta de información cuando; como dijera Barcos Pina Indira y col (Rebollar M, 1995), la sexualidad es todo un mundo de posibilidades, conocerla y vivirla libre, responsablemente. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y consecuentemente a esto niegan el uso de métodos anticonceptivos. Aunque es justo señalar que esta situación ha mejorado en alguna medida después que el gobierno bolivariano expropió dos canales de TV y existe la radio local ó comunitaria, donde Barrio Adentro tiene su espacio para la promoción de salud.

Tabla 8. Uso de Métodos Anticonceptivos. (MAC)

USO DE M.A.C	No.	%
SÍ	12	28,6
NO	30	71,4
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Muestra la tabla 9, que ya sea por la desinformación o puede que sea su cultura, pero la realidad es que casi la mitad de las adolescentes embarazadas (72%), respondieron al cuestionario aplicado que NO usaban métodos anticonceptivos. El uso de tabletas anticonceptivas es el método más usada, con un 19 %, aunque no parece ser muy efectivo, porque se considera la autora, no las toman con regularidad

**Tabla 9. Métodos anticonceptivos utilizados por las adolescentes.**

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS	No.	%
ORALES	8	19
INTRAMUSCULARES	1	2
DE BARRERA	2	5
COITO INTERRUPTO	0	0
D.I.U.	1	2
NINGUNO	30	72
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

En la tabla 10, donde se habla de que si el aborto lo consideraba como método anticonceptivos ó no, el 23,9% dijo que no sabe. Según Bahamondes L. Rev. Network,

Family Health International 2000 en EEUU, la tasa de aborto es de 26/1,000, mientras que en Italia, es de 10,6/1,000.

**Tabla 10. Consideración del aborto como método anticonceptivo.**

<b>ABORTO COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
SÍ	8	19
NO	24	57,1
NO SABE	10	23,9
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>99,9</b>

En Venezuela, donde no está estatuido el aborto en la constitución de la república, sólo se realiza en Clínicas privadas y a poca escala. Generalmente las venezolanas no lo tienen interiorizado como parte de su cultura, razón por lo que el NO fue del 57,1 %. Una autora chilena, González Electra (González Electra, 2006) plantea que el 56% de los embarazos en las adolescentes no son deseados y que sólo 2/3 de esos embarazos llegan al nacimiento de un hijo; el 4% de los niños son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera, y que el embarazo en éstas es la principal causa de abortos ilegales.

**Tabla 11. Proyecto futuro de la adolescente embarazada.**

<b>PROYECTO HACIA EL FUTURO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA</b>		<b>No.</b>	<b>%</b>
SÍ	ESTUDIAR	7	17
	TRABAJAR	10	24
NO	AMBAS	3	7
		22	52

<b>TOTAL</b>		<b>42</b>	<b>100</b>
--------------	--	-----------	------------

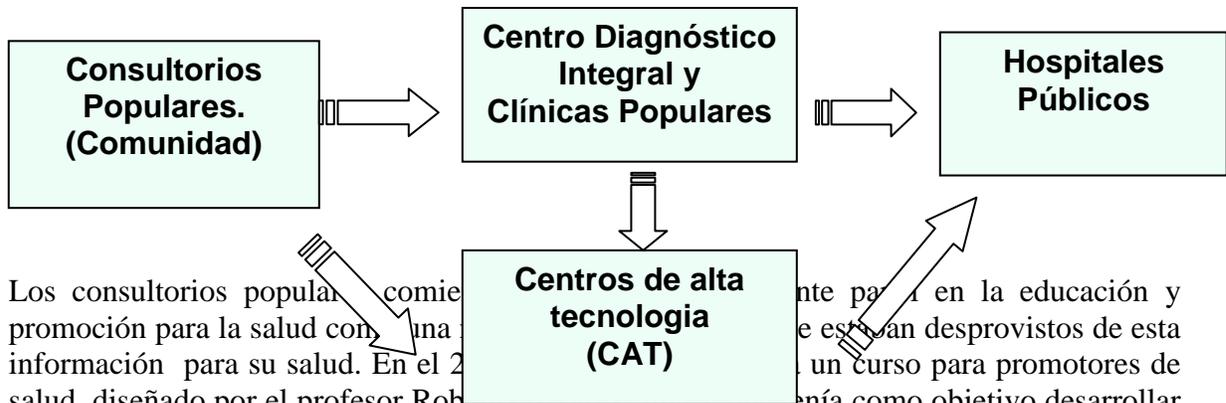
En la tabla 11 donde se explora qué piensa hacer en un futuro la adolescente embarazada después del parto, el 52 % dijo No tenía proyecto alguno, pues en estos sectores pobres o marginados, hay tendencia a quedar desocupadas y esta costumbre, generalmente las lleva al cambio frecuente de pareja y dejarle el niño a su mamá, a la abuela o otra mujer de la familia, a diferencia de la autora chilena González Electra que plantea como en su medio, los dan en adopción o los llevan para hogares de madres solteras. El abandono de niños en Venezuela es infrecuente, pero si es frecuente que la adolescente parida haga una vida muy liberal, porque incluso algunas de ellas no saben con exactitud quién es el padre de su hijo.

#### PROPUESTA DE SISTEMA DE ACTIVIDADES PARA CONTRIBUIR AL ADECUADO ENFRENTAMIENTO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Diseñar un sistema de actividades educativas para contribuir al adecuado enfrentamiento del embarazo en la adolescencia, se considera una necesidad, pues el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela (MSDS), no tenía una infraestructura sólida, de manera que antes del año 2003, sólo el 40 % de la población tenía acceso a los servicios elementales de salud, y en corte realizado en el año 2008, se había logrado cobertura de los servicios de salud a más del 85 % de la población, según discurso pronunciado por el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Comandante Hugo R. Chávez Frías, el día 26 de agosto del 2010.- Reflexiones de la autora apuntan a decir que en estos momentos, casi el 100 % de la población tiene la posibilidad de recibir atención médica gratuita y de calidad, mejorada por mas implementación de Centro Integral de Diagnóstico (CDI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y Hospitales materno-infantil de Barrio adentro IV, a lo largo y ancho de todo el país.- Mientras que en la República de Cuba, existe un Sistema Nacional de Salud (MINSAP) consolidado, que data de los años 60 del Siglo anterior.- Éstas son razones suficientes para que el indicador de embarazo en la adolescencia no sea alarmante en Cuba, pero sí era precario hasta el 1er quinquenio de este siglo en Venezuela, momento del arribo a ese país hermano de los primeros contingentes de médicos cubanos que hicieron vida con su práctica de salud comunitaria en barrios marginales de Caracas con el programa social creado por el actual mandatario de esa nación, momentos esos en que la autora de esta investigación llega a la Parroquia san Agustín del Sur y paulatinamente los indicadores comenzaron a mejorar.

En la constitución de la república Bolivariana de Venezuela se deja claro los derechos de los ciudadanos en cuanto a la salud, lo que la hace vigente y real es la misión Barrio Adentro, por convenio del gobierno Venezolano y Cubano, en cada rincón del país, sin diferencias de razas, estatus social, creencias entre otros. Con un sistema de salud para y desde el pueblo, de forma accesible y gratuito para todos/as. De esta manera los servicios al alcance del pueblo atendido por la misión Barrio Adentro, quedan constituido de la forma que indica el siguiente flujograma:

EL FLUJOGRAMA QUEDA ACTUALMENTE DE ESTA MANERA:



Los consultorios populares comienzan a trabajar en la educación y promoción para la salud con una información para su salud. En el 2004 se creó un curso para promotores de salud, diseñado por el profesor Roberto Álvarez Sintés, que tenía como objetivo desarrollar habilidades y proporcionar conocimientos a miembros de la comunidad para realizar la labor de promoción de salud. (Álvarez Sintés et al, 2004) (

Como resumen del Diagnóstico de Necesidades de Aprendizaje (DNA) sobre embarazo en la adolescencia realizado por la investigadora, se sintetiza en la siguiente tabla, donde aparecen las principales carencias de conocimientos sobre la salud reproductiva en edades temprana de la vida.

DNA sobre educación para la salud en embarazo en adolescentes.

Aspecto diagnosticado	Diagnóstico favorable	Diagnóstico desfavorable	Referencia
• Inicio precoz de relaciones sexuales		X	Tabla 4
• Sin pareja estable		X	Tabla 5
• No deseo del embarazo	X		Tabla 6
• Sin apoyo familiar		X	Tabla 7
• Escaso uso de métodos anticonceptivos		X	Tablas 8 y 9
• Aborto como método anticonceptivo	X		Tabla 10

• No hay futuro pensado		X	Tabla 11
-------------------------	--	---	----------

Esta situación requiere que se desarrollen acciones de educación para la salud, por lo que se propone un sistema de actividades educativas que sería una opción científicamente valiosa y factible de aplicar en cualquier comunidad.

*ELEMENTOS GENERALES PARA LA EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN GRUPOS COMUNITARIOS DE ADOLESCENTES.*

**Recuérdelo!**

**Educar: no es informar.**

Cuando informamos, simplemente transmitimos conocimientos. Informar es proporcionar datos. Con la información o consejo se aporta pues una parte del área cognitiva, los conocimientos, lo que evidentemente es útil a la educación; sin embargo no lo es todo.

Educar no es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el "experto", sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

El proceso educativo es algo mucho más complejo; en el aprender influyen múltiples factores como el:

- El conocimiento.
- Los factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos y emocionales, entre otros.).
- Los factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, entre otros.).

Recursos para el diseño y conducción de las actividades educativas.

El diseño debe:

- Ser detallado: elaborar un guión de la actividad a desarrollar.
- Tener claro los objetivos, espacio, tiempo, insumos necesarios, características del grupo, el contexto, las lógicas de aprendizaje, las técnicas a emplear, los roles a jugar por conductores e integrantes de la actividad.
- Ser adecuado: varían de un grupo a otro.

Fases de la actividad educativa:

- Introducción: bienvenida, saludos, ubicación, presentación de los participantes, técnica de integración, expectativas de los participantes y objetivos.
- Abrir el tema: motivación-“enganchar a la gente”, brindar elementos de lo simple a lo complejo.
- Profundización: uso de las técnicas educativas en grupo y/o comisiones, compartir en plenario, clarificar el resultado.
- Reflexión: opiniones, reacciones, que nos aporta, etc.
- Evaluación de la actividad.

### Tener en cuenta

- Preparar cada técnica participativa cuidadosamente, aunque la hayamos realizado anteriormente con mucho éxito.
- La creatividad es un factor indispensable en el facilitador, ya que le va a permitir ajustar cada técnica en dependencia de las condiciones existentes, al grupo y sus necesidades.
- La Metodología Participativa se utiliza para que la gente se involucre activamente en el proceso que se está desarrollando, para animar cuando el grupo lo necesite, para desinhibir o integrar a los participantes, para hacer más comprensibles los contenidos de acuerdo al grupo, sin que el nivel de profundidad de los temas se vea afectado.
- Para lograr la profundidad de los temas se debe ir paso a paso, teniendo en cuenta el nivel del grupo, sus necesidades de aprendizaje, nuestros objetivos y el ritmo de aprendizaje del grupo.
- Son técnicas “abiertas” que provocan la participación, para el análisis y la reflexión, por lo que un tema tratado se puede volver a retomar dentro de un taller para realizar un análisis teniendo en cuenta otro punto de vista que haya surgido en el grupo.
- Estas técnicas pueden ser acompañadas de otros recursos didácticos (videos/TV, power point) que permitan un proceso de profundización sistemático y ordenado, pero cuidando siempre promover un clima de análisis y reflexión abierto, no impositivo.
- Permiten analizar lo objetivo y lo subjetivo de la realidad del tema que se está tratando o abordando permitiendo la reflexión educativa de la misma.
- Crear un ambiente que le permita al grupo sentirse cómodo en el lugar donde se desarrolla el taller.

- Permitir la participación del grupo en la solución de algunos problemas que puedan surgir durante el proceso del taller.
- Tomar en cuenta la realidad cultural e histórica de cada grupo, sus códigos para comunicarse, sus tradiciones, sus valores, entre otros, permiten acercarnos más al grupo y que esta metodología se desarrolle con éxito.

### Reglas básicas para trabajar con grupos

- La habilidad y desempeño de todas y cada una de estas técnicas son posibles si la persona que la lleva a cabo conoce no solo su metodología, sino además se siente seguro al conocer reglas básicas para el trabajo ante un auditorio; entre las que se encuentran:
  - Es necesario informarnos y prepararnos.
  - Seleccionar título claro y atrayente.
  - Utilizar un vestuario en consonancia con la audiencia.
  - Tener presente el nivel de información e interés de las personas a quienes nos dirigimos; por lo que el expositor se debe preparar para responder a ese interés.
  - Para que su intervención sea útil debe tener presente las tres I: Interesar, Instruir, Incentivar.
  - Busque formas de ser didácticos y convincentes.
  - Utilice un lenguaje claro, sencillo y directo. No utilice ideas o frases largas, es de mayor impacto: Presentar algunas pocas ideas, pero que sean importantes y de impacto.
  - Es importante que al transmitir dejemos un residuo positivo en la mente de la persona u público.
  - Refuerce sus palabras con movimiento de sus manos y su cuerpo, los cuales añadirán otra dimensión al discurso, enfatizando, reforzando puntos, haciendo que la audiencia responda a las intenciones del disertante.
  - No olvide que el público recibe más información por lo que ve en cara, manos y gestos que por las mismas palabras.
  - No permanezca estático, el hecho de moverse en el escenario (Sin ademanes Teatrales), adiciona un elemento de convicción a las palabras.
  - Mantenga contacto visual franco y directo con todo el auditorio, no se centre en personas u objetos, todos los que allí están son importantes.

- El tono de la voz debe cambiarse, de igual forma que se cambia en una conversación coloquial.
- Un tono monótono es aburrido y hace perder rápidamente la concentración de la audiencia.
- No debe hablar ni demasiado rápido, ni haciendo grandes pausas.
- Especial atención se debe prestar al uso de Ticks y muletillas (ahh, eh,) Mantenga durante toda la técnica una actitud de colega o compañero nunca se debe olvidar que una buena sonrisa es una llave mágica para lograr la aceptación del público. Muestre sinceridad, y si hubiera alguna pregunta de la que no supiera la respuesta, lo correcto es confesarlo, ofreciendo averiguarlo y aportar la respuesta en un tiempo y momento específico.

Se propone aplicar un sistema de actividades que constituye un resultado científico viable, valioso y factible de aplicar, utilizando técnicas participativas, las cuales tienen como objetivo fundamental es ofrecer una vía a través de la cual, se pueda penetrar en el grupo para trabajar por su desarrollo, la técnica está referida por tanto al cómo se organiza el tema, que procedimientos, medios y que maneras o estrategias utiliza el facilitador para lograr eficazmente la metas propuestas. Ya que cada sujeto trae al grupo su historia personal, que contiene sus participaciones en otros grupos, familiar, de amigos, social. Cada historia lo hace diferente a los demás, tanto en sus ideas, criterios, opiniones, valores normas, como en sus conocimientos y recursos personales para entender y enfrentar la realidad. El tiene su propia visión del mundo, de la vida, de los demás y de las relaciones grupales.

No obstante va a formar parte de un nuevo grupo, donde debe participar con los demás en una tarea común: Aprender, con un fin específico; estar preparado para las exigencias de vida.

Es en el grupo donde debe actuar y funcionar, donde debe aprender y transformar, donde debe transformarse y cambiar a sí mismo.

Las técnicas se aplican de manera flexible, se le pueden introducir variantes, estas variaciones dependerán de las características del grupo con que se trabajen de los objetivos a alcanzar y de la experiencia del coordinador.

El coordinador es la persona que realiza la facilitación de la técnica grupal. El organiza la dinámica del grupo durante las diferentes secciones de trabajo, lo que no significa que decide o determina las conductas e intervenciones de los miembros del grupo, más bien orienta, informa, interpreta, surge, desempeña un rol no directivo, solo interviene para facilitar el trabajo grupal, ayudando al grupo a encontrar su propia verdad.<sup>69</sup>

Diseño de la propuesta del sistema de actividades educativas.

El objetivo general para esta propuesta de diseño de un sistema de actividades educativas, para aplicarse a adolescentes que residen en el Sector Fila de Marín, San Agustín del Sur,

es para disminuir la incidencia del embarazo en edades muy tempranas de la vida y quedará estructurado de la siguiente forma:

El sistema de actividades contará con 5 encuentros donde se aplicarán técnicas participativas con una duración de 45 minutos a 1 hora cada una, que se desarrollara a partir de cada objetivo específico,. El grupo debe estar compuesto por todas las adolescentes aunque nunca hayan estado embarazadas, incluso sin haber tenido su menarquia.

Estos encuentros quedarán conformados de esta manera:

### Actividad 1

#### Introducción

Título de la técnica: Presentar a una amiga

Objetivo: Explicarle a las adolescentes del grupo qué se persigue con este trabajo. Realizar un ejercicio que posibilite activar al grupo y le permite a cada participante profundizar en su auto conocimiento y conocimiento de las demás.

Desarrollo: Explicarle con lenguaje claro y sencillo a las participantes que se realizarán 5 encuentros donde se aplicarán técnicas participativas que lo ayudarán a enfrentar acontecimientos vitales y así lograr mayor salud reproductiva. Se le propone a las participantes presentarse entre sí, haciendo referencias a las cualidades, puntos fuertes y débiles, ideales, proyectos, conflictos y contradicciones. Cada una puede presentar a cuantas desee incluyéndose a sí misma.

Discusión: Al finalizar las presentaciones es conveniente hacer algunas reflexiones sobre los aspectos comunes que distinguen al grupo, partiendo de los contenidos de las imágenes individuales ofrecidas. Esto permite tomar conciencia de la norma y los valores que forman el grupo, de las principales dificultades y las máximas aspiraciones, así como asentar las bases para comenzar el trabajo con el grupo, en la medida que proporciona un conocimiento del grupo y de cada integrante, de su comunicación y de las relaciones interpersonales.

Duración: 30 minutos.

### Actividad 2:

Tema: Embarazo en la adolescencia.

Título de la técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Desarrollar actitudes positivas con relación al proceso de No embarazarse en la adolescencia y el uso de métodos anticonceptivos.

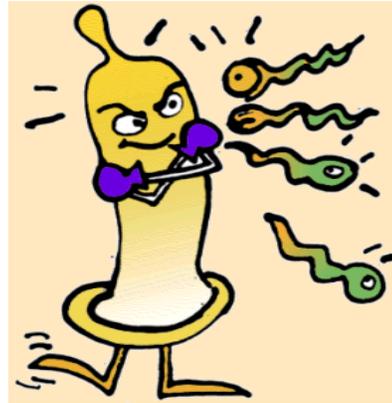
Duración: 1 hora

## Que mañana no sea tarde !

Desarrollo:

Sé colocan dos sillas frente al grupo: una tendría un cartoncito que diría ¿Conozco los MAC? Y la otra: Uso los MAC?

Cada miembro del grupo tiene la posibilidad de sentarse en las sillas y expresar la imagen correspondiente que tiene ante la posibilidad de embarazarse en la edad adolescente, si no existe una protección adecuada y como asumir si éste se presentara, sin llegar al aborto..Sólo se escucharán las expresiones individuales. No es ocasión para juzgar las actitudes.



Discusión:

Al finalizar el grupo hará una valoración de la experiencia y pueden expresar algunos juicios de lo acontecido de forma colectiva o hacia algunos en particular. Y así aprender a reconocer el problema y afrontar la situación.

*En esta actividad se entregarán plegables a cada participante y éstas a su vez los distribuirán a todas y todos los adolescentes.*

Actividad 3:

Titulo de la técnica: Lluvia de ideas.

Tema: La función familiar.

Objetivo: Que cada participante de forma individual dé su punto de vista, sus opiniones acerca de su familia, para conocer el funcionamiento familiar y dar algunas alternativas de solución a las situaciones que consideren desfavorables.

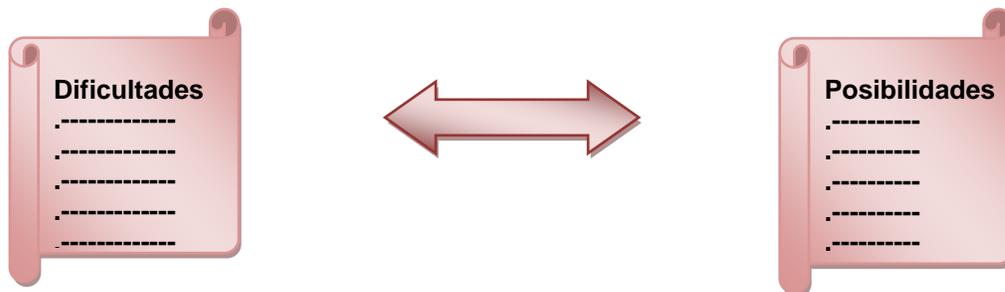
Duración: 1 hora.

Desarrollo: La coordinadora hace algunas preguntas **¿Cómo es mi familia? ¿Me apoyó antes, durante y después de mi embarazo? ¿Estoy satisfecha con ella?** En la medida en que las participantes van exponiendo sus opiniones, la coordinadora las anota en el pizarrón o en un papel., al final se obtendrán dos columnas, que nos indicaran donde se concentran la mayoría de las opiniones



del grupo, lo que permitirá ir profundizando cada aspecto a lo largo de la actividad.

### Conjuntos de ideas.



Discusión: Después de obtener las respuestas con dificultades, se analizarán las posibilidades que permitan planificar acciones concretas para garantizar el clima cálido y afectivo que debe primar en las familias y así lograr el equilibrio de las controversias entre adolescentes y adultos.

Actividad 4:

Título de la técnica: El nudo

Tema: El aborto no es un método anticonceptivo.

Duración: 1 hora

Objetivos:

- 1.- Propiciar la reflexión crítica sobre la responsabilidad de la protección sexual.
- 2.- Elevar el conocimiento sobre los errores del aborto.

Desarrollo: Todas las participantes formados en círculo, y con los ojos cerrados, avanzan despacio hasta el centro, con los brazos hacia adelante, una vez que el animador/a lo indique.

Ya en el centro, al tropezar con los brazos y manos de los demás participantes, aún con los ojos cerrados, deben intentar tomar una mano con cada mano. (No puede haber dos manos en una).

Un vez tomadas todas las manos abren los ojos e intentan desenredarse sin soltarse las manos.

*Preguntas para la reflexión.*

¿Cuánto cambió la estructura del grupo (y la propia) al finalizar el juego? ¿Continuaron a mi lado las mismas personas? ¿Quedamos todos en la misma dirección? ¿Hubiese sido

diferente de tener los ojos abiertos? ¿En relación con nuestra vida sexual cómo actuamos: con los ojos cerrados (irresponsablemente), o con los ojos abiertos (responsablemente)? ¿Cómo podríamos vivir con los “ojos abiertos”?

*Ideas esenciales a transmitir.*

- Constantemente todo cambia. Nuestro entorno y aún nosotras mismas.
- Hay cambios inevitables (fuera de nuestro control), mientras que otros están en nuestras manos.
- Cada acción que realizamos implica potenciales o reales cambios en nuestras vidas y entorno.
- En la forma que los sumamos y realicemos tendrán consecuencias positivas o negativas sobre nuestras vidas.
- Percatarnos de nuestra parte y asumirla con responsabilidad (ojos abiertos), es vital.
- Nuestra dimensión sexual no escapa de esta realidad.
- Cada paso que damos en nuestra vida sexual nos deja huellas. (el embarazo)
- ¡No andemos a ciegas! ¡Seamos responsables.

#### Actividad 5

Tema: Cómo encaminar mi futuro y el de mi hijo?

Título de la técnica: Deje aquí su carga pesada.

Objetivo: Animación y reflexión grupal

Desarrollo: Se reparten recortes de papel y cada participante debe escribir aquella carga de la que quiere desprenderse. Estos recortes se guardan en una bolsa y después se leen al grupo. Es de significar que los mensajes son anónimos. Si alguien desea brindar algún comentario acerca de lo leído se realiza en el grupo.



Discusión: Al finalizar las participantes se sienten más liberadas de las preocupaciones que las agobiaban sintiéndose más animadas y seguras., eliminando las amenazas que pudiera sentir una persona ante la situación de un embarazo precoz y no tener nada planeado para su futuro. Ella debe enfrentar su presente y tener aspiraciones futuras que la conlleven a ser útiles socialmente y para su familia, de manera que logre su independencia económica.

# APÓYALA !

## *RECORDEMOS LA ADOLESCENCIA*

Las características más sobresalientes de esta etapa son:

- Búsqueda de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Preocupaciones por la imagen corporal.
- Reconocimiento y aceptación de cambios en una nueva imagen corporal.
- Labilidad del carácter, rebeldía, ambivalencia.

Necesidad de fantasear. Idealismo.

- Amistades exclusivas.
- Surgen los primeros enamoramientos.
- Definición de la orientación del deseo sexual.
- Identificación con su grupo de pares.
- Necesidad de aprobación y aceptación de su grupo.
- Toma de decisiones relacionadas con las primeras experiencias sexuales.
- Desarrollo de la capacidad de “amar”.
- Establecimiento de normas y valores propios.

Pueden aparecer los riesgos asociados al ejercicio no responsable de la sexualidad como son: los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual entre otros.

Es muy importante trabajar con la familia en función de lograr una actitud abierta y comprensiva que fomente y potencie el diálogo y la comunicación para propiciar el desarrollo de una sexualidad responsable y placentera.

SUGERENCIA:

Al concluir cada sección se puede utilizar la técnica del PNI (positivo, negativo y lo interesante), para que el coordinador pueda conocer cuales aspectos, positivos negativos o interesantes ha encontrado en el grupo en la temática tratada.

Desarrollo:

Se le entrega una hoja de papel a cada miembro y se orienta que cada uno sin consultar con nadie escriba lo que ha encontrado como positivo, negativo o interesante en la actividad. Una vez llenadas las hojas estas se recogen y el coordinador las analiza para conocer si se están cumpliendo sus objetivos.

"Es posible prevenir el embarazo en adolescentes. Gobiernos y comunidades deben movilizarse para combatir este extendido problema de salud pública".



### **Conclusiones.**

- Se justifica la necesidad de la prevención del embarazo en la adolescencia por los efectos deletéreos que provoca tanto en el binomio madre- hijo, por las complicaciones o peligro para la salud de ambos como a la familia y la sociedad en general.
- La caracterización de las adolescentes estudiadas demuestra que las adolescentes comienzan relaciones sexuales antes de los 15 años de edad y éstas se mantienen sin pareja estable antes, durante y después del embarazo. La mayoría no deseaban ese embarazo, cursaron el mismo sin apoyo familiar y aunque la mayoría no recurre a MAC alguno, los más utilizados fueron las tabletas orales y más de la mitad no tienen proyectos en el futuro.
- El Sistema de actividades diseñado se considera, práctico y apropiado para este grupo de edad y permitirá el incremento de la educación sanitaria y por ende la prevención del embarazo en la adolescencia una vez aplicado.

### **Recomendaciones.**

- Publicar los resultados de esta investigación.
- Comunicar a las autoridades sanitarias del Sector Fila de Marín. San Agustín del Sur, Caracas, los resultados de la investigación para la implementación del Sistema de Actividades diseñado y evaluar en un futuro su impacto.

### **Bibliografía.**

AEQUAVELLA A, BRAVERMMAN P. Rev Clin Pediatr. Nortean.1999; 3: 529-543.

ALVAREZ SINTES R, HERNÁNDEZ CABRERA G, PEÑA DÍAZ LM, BARCOS PINA I, YASELLS GARCÍA AA. Promotores de Salud. Programa de Formación. Maracay: Ed. MSDS / IAESP; 2004

ÁLVAREZ SINTES R. Temas de Medicina General Integral. Anticoncepción en adolescentes. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2002.

BAHAMONDES L. Mejores servicios pueden reducir el riesgo de aborto: El miedo, la vergüenza y la desesperación pueden hacer que algunas jóvenes pongan fin al embarazo. Rev Network en español, Family Health International 2000;20(3):18,16.

BAHAMONDES L. Uso de anticoncepción menos abortos.-Rev Network en español, Family Health Internacional 2002; 21 (4):33.

CASTRO ESPÍN M. Crecer en la adolescencia. Sex Soc 1996; 2(4):2-6

COLL A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

DEL ROSARIO LAUZA M, BEMBIBRE TABOADA R. Impacto del Programa "Crecer en la adolescencia". Rev. Cub. Med. Gen. Integral 1999; 15(1):32-5.

FAMILY HEALTH. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual: se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. Rev Network en español, Family Health International 2006; 21(4):13.

FELDMAN R, MAPOSHERE C. La exposición al riesgo suele ser mayor ahora. Rev Network en español; 2006.

FERNÁNDEZ L S, CARRO PUIG E, OSES FERRERA D Y PÉREZ PIÑERO J. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2004:30(2).

GARCÍA IMÍA I, ÁVILA GÁLVEZ E, LORENZO GONZÁLEZ A, LARA CARMONA M. Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Rev. Cubana MGI 2007;18 (2):5-12.

GARCÍA NÁPOLES J E. Atención al adolescente. Temas de medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.

GONZÁLEZ, E. Embarazo en Adolescentes y continuidad escolar: Un Desafío importante a enfrentar. Chile.2006.

GONZÁLEZ HERNÁNDEZ A, ALONSO URÍA RM, GUTIÉRREZ ROJAS AR, CAMPO GONZÁLEZ A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Toko-Ginecol Práct 2002;61:395-9.

GONZÁLEZ HERNÁNDEZ A. La educación de la sexualidad. *Sexología y Sociedad*; 2000;8 (19):4.

LUGONES BOTELL M, QUINTANA REVERÓN T. Algunas afecciones y problemas de interés de la Ginecología Infanto-Juvenil en la Atención Primaria, *Rev Cub MGI*; 2008; 14(1).

MOLINA R. Sistema de evaluación integral para adolescentes. Universidad de Chile,2007.

OSOFFKY I. Embarazo en la segunda década de la vida. Consideraciones Psicosociales. *Clin Obst-Ginecol Norteam* 1990;4(2):10.

PAZ AGUIRRE R. Embarazo y adolescencia. Estudio en un área de salud. *Rev Cubana de Ginecobstetricia* 2002; 8(4):500-10

REBOLLAR M. En el Programa Crecer en la adolescencia. CENESEX 1995 Pág. 5

RODRÍGUEZ L. Diplomado de atención a la niña y a la adolescente. Ciego de Ávila: Policlínica Norte; 2007.

SACH B. Reproductive decisions in adolescence. *Imagen Nursh* 2001;18(2):69-72.

TABARES CABRAL F Estudio de la Identidad, Afectividad y características de la socialización en adolescentes. [Trabajo de Diploma]. UCLA; 2006.