

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS JÓVENES DE 10 A 18 AÑOS
SOBRE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES. AMBULATORIO TIPO II EL HATILLO,
MUNICIPIO PEÑALVER, PUERTO PIRITU ESTADO
ANZOÁTEGUI. TERCER TRIMESTRE AÑO 2011**

Autoras:

Cesar Ramírez C.I: 17.537.286
Franklin Cuaurma C.I: 16.926.129
Margareth Guipe C.I: 18.511.698

Tutor

Prof. Carmen Cecilia Jiménez

Barcelona, Noviembre 2011

Dedicatoria

A **ti Dios Todopoderoso**, porque en los momentos más difíciles y más fáciles has estado conmigo, recordándome que siempre has estado allí y nunca me abandonas. Por ser parte fundamental de mi vida, por la inmensa felicidad con la que recibo todas las cosas buenas que me has dado. Porque si nadie me ha fallado ese eres tú.

A **mi Madre Hilda Maestre** porque siempre has confiado en mí y ese apoyo incondicional que nunca falla, por tus consejos por permitirme ser tú amiga por amarme como tu hija. “te amo”

A **mi Padre Luis Guipe**, por su apoyo y porque nunca dudaste de que lograría ser una profesional, por esos consejos que nunca estuvieron de mas, por esas ganas inmensas que me trasmites de superación por quererme tanto o más que yo a ti. Por ser el amigo, el confidente y el padre. “te amo”

A **mi esposo Javier Carrillo** por la paciencia, dedicación y amor para conmigo por entender cuando no me quedaba tiempo para el por estar dedicada a mi trabajo de grado, por regalarme un pedacito de él que crece dentro de mí. Es sin duda el regalo más maravilloso que he recibido. “te amo”.

A **mis hermanos y sobrinos** quienes son la fuerza motivadora, para que mi esfuerzo y dedicación, sea también su motivo y para que este logro que obtengo hoy sea su ejemplo mañana, los adoro...

A **mis Amigos, Profesores y Compañeros de Estudios**, quienes siempre estuvieron conmigo apoyándome, valorando cada esfuerzo, cada momento; celebrando mis triunfos y brindándome una mano en mis derrotas.

A **todas aquellas personas** que recorrieron este largo y fructífero camino conmigo.

Margareth.

Dedicatoria

A **Dios** todo poderoso por guiar mis pasos hacia el camino del bien. Gracias.

A **mis abuelos** quienes han sido un ejemplo seguir para servir y ayudar al prójimo.

A **mi tía Yurme**, por aportar tanto para este logro.

A **mi tía Rosita**, por aportar tanto para este logro. Gracias...

A **mis padres Caurma** por todo el apoyo y comprensión, este triunfo es de ustedes.

A **mis hermanos** por estar allí a mi lado apoyándome en las buenas y en las malas.

Franklin.

Dedicatoria

A **Dios** todo poderoso por haber sido mi guía y mi escudo en este camino.

A **mis padres** por su apoyo y comprensión, por estar siempre a mi lado. En especial a mi papa por siempre creer en mí apoyarme en mis triunfos y orientarme en las derrotas.

A **ti Andreina** por estar siempre y en todo momento incondicionalmente, y nunca permitir que abandonara esta meta.

A **Oriana y a Sandra** por su apoyo.

A **todas aquellas personas** que de una u otra forma contribuyeron para que este sueño se hiciera realidad

Cesar.

Agradecimiento

A Dios por darnos la fortaleza y sabiduría. Por darnos este don tan particular, al escoger una profesión donde podemos servir al necesitado y ayudarle al alivio de sus males.

A nuestros Padres que nos dieron la vida, por habernos enseñado, los valores y hacernos dignos de ser profesionales, porque siempre nos apoyaron en los momentos más difíciles y confiaron que esta meta sería culminada.

A nuestros Compañeros de estudios porque juntos iniciamos este camino, lleno de expectativas, vivencias y experiencias maravillosas que nos serán de gran provecho.

A nuestros Profesores que son sin duda, los grandes hacedores quienes con su enseñanza, consejos, y su apoyo fueron abriendo camino e inculcando valores, forjando caracteres, guiándonos en nuestros propósitos, para culminar un gran proyecto, que con mucho orgullo alcanzamos hoy.

A nuestra **tutora Carmen Cecilia Jiménez** por la paciencia e interés con el que tomo la responsabilidad de guiarnos en la elaboración de este trabajo, por permitirnos absorber sus conocimientos , sus consejos nos sirvieron de mucho..

A todas las **Instituciones de salud pública y privadas**, que nos abrieron sus puertas, permitiéndonos poner en práctica los conocimientos obtenidos en las aulas de clase y al personal que en ellas laboran quien con su mística de trabajo y dedicación profesional nos sirvieron de monitores, apoyados e impulsado a alcanzar lo que hoy es una gran realidad, ser Licenciados en Enfermería.

Al **personal que labora en el ambulatorio del Hatillo tipo II**, por permitir la realización de este trabajo.

A **todos** y cada uno que de una u otra forma colaboraron con nuestra formación profesional.

A ustedes mil Gracias. **Los autores**

ÍNDICE GENERAL

	Pp
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	v
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Gráficos.....	viii
Resumen.....	ix
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio.....	7
Justificación del Estudio.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEORÍCO	
Antecedentes.....	10
Bases Teóricas.....	12
Sistema de Variable.....	32
Operacionalización de la Variable.....	33
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de Estudio.....	31
Población.....	32
Instrumento de Recolección de Datos.....	32
Validez.....	33
Procedimiento de Recolección de Información....	33
Tabulación y Análisis de los Datos.....	33
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Referencias Bibliográficas.....	45
Anexo A	53
Anexo B	

INDICE DE CUADROS

CUADROS		Pp
1	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los factores físicos de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.	35
2	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los factores biológicos de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo. 2011.	37
3	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.	39
4	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a las dimensiones: factores físico, biológico y método anticonceptivos. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.	41

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICOS		Pp
1	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los factores físicos de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.	36
2	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los factores biológicos de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo. 2011.	38
3	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los métodos anticonceptivos. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.	40
4	Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a las dimensiones: factores físico, biológico y método anticonceptivos. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.	42

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS JÓVENES DE 10 A 18 AÑOS
SOBRE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES. AMBULATORIO TIPO II EL HATILLO,
MUNICIPIO PEÑALVER, PUERTO PIRITU ESTADO
ANZOÁTEGUI. TERCER TRIMESTRE AÑO 2011**

Autoras:

Cesar Ramírez C.I: 17.537.286
Franklin Cuaurma C.I: 16.926.129
Margareth Guipe C.I: 18.511.698

Tutor

Prof. Carmen Cecilia Jiménez

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar la información que poseen las jóvenes de 10 a 18 años sobre la prevención del embarazo en adolescentes que acuden al Ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver de Puerto Píritu Estado Anzoátegui. Tercer trimestre año 2011. El estudio se encuentra enmarcado dentro de lo que se conoce como estudio descriptivo, prospectivo y transversal. La población - muestra estuvo conformada por las adolescentes de la consulta Prenatal del Ambulatorio El Hatillo, en el primer semestre de 2011 y que suman un total de 65 jóvenes cuyas edades oscilan entre los 10 y 18 años de edad. Para recolectar la información se elaboró una prueba de conocimiento con 23 preguntas cerradas de tres alternativas de respuestas de las cuales solo una opción es correcta dirigido a las consultantes adolescentes que acuden a la consulta prenatal del Ambulatorio tipo II El Hatillo. La presentación de los resultados se llevó a cabo a través de cuadros de frecuencias y gráficos de torta, los resultados permitieron evidenciar que en promedio de 48% de respuestas incorrectas que dan muestra de la carencia de información de las adolescentes en cuanto a los cambios físicos y biológicos, y las medidas preventivas del embarazo, situación que amerita la aplicación de programas educativos de prevención del embarazo en adolescentes que acuden al Ambulatorio Tipo II El Hatillo.

Palabra clave: información, Prevención del embarazo en adolescentes.

INTRODUCCION

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2008) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Aunque en muchas culturas aún persiste la idea que la mujer debe iniciar tempranamente su vida reproductiva, son diversos los argumentos que la contradicen. La OMS (2008) considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

Bajo esta perspectiva se estudia la información que poseen las jóvenes de 10 a 18 años sobre la prevención del embarazo en adolescentes. Primer semestre año 2011. La misma, será llevada a cabo a través de una investigación tipo descriptiva, en el Ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver de Puerto Píritu Estado Anzoátegui.

En este orden de ideas, el informe se estructura en cinco capítulos, el primero corresponde al capítulo I el problema,

donde se desarrolla el planteamiento del mismo, los objetivos de la investigación y la justificación. El segundo, Marco Teórico, fundamenta el objeto en estudio exponiendo los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variable y su operacionalización. El tercer capítulo, diseño metodológico, comprende la etapa operativa de la investigación, señalando el tipo de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validación, confiabilidad y plan de tabulación. El cuarto, referido a la presentación y análisis de los resultados y el quinto capítulo, acerca de las conclusiones y recomendaciones. Para culminar se presentan las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El embarazo en adolescente, entre los tantos problemas de orden social y económico que confronta la humanidad, es uno de los que está generando mayores de trastornos familiares y secuelas a la sociedad.

En los países desarrollados, según lo señala Pérez, Y. (2010) resulta paradójico que mientras la tasa global de natalidad ha descendido drásticamente, el número de partos entre las menores de catorce y diecinueve años ha aumentado. Según Espinoza, V (2009) “en el año 2008 hubo 521.826 nacimientos vivos de madres adolescentes, representando el 12,5% de todos los nacimientos vivos de los Estados Unidos de Norteamérica. De estas madres adolescentes el 19,41% tuvo un niño y 40% había procreado en un par de oportunidades”(p.2).

Este señalamiento muestra la incidencia de embarazos adolescentes en países desarrollados y coincide con lo señalado por Mark, F y Niigryr, K (1990) quienes dicen que “En los Estados Unidos a la par de otras naciones industrializadas, se estimó que a la edad de 20 años, el 40% de las mujeres blancas y el 64% de las mujeres negras habría experimentado por lo menos un embarazo” (p.34).

En Venezuela, según cifras emanadas por la Asociación Niña Madre (2009) precisa que “cada año nacen en el país más, de cien mil niños provenientes de vientres adolescentes” (p.10).

El embarazo en adolescente se ha convertido en uno de los problemas que afecta a la juventud venezolana, que a su vez trae como consecuencia la pobreza, deserción escolar, cambios de pareja lo que representa el aumento de la natalidad entre otros problemas de igual importancia.

La presencia de esta anomalía social está presente en la mayoría de los estados. De acuerdo a Caraballo, Y (2010):

Según estudios realizados por el Instituto de Investigaciones Sociales y Económicas de la Universidad Católica Andrés Bello, las entidades estatales que presentan mayor porcentaje de nacimientos en madres menores de 18 años, por encima de la media nacional que es 19%, son Barinas 24,7%, Delta Amacuro 23,7%, Guárico 22,7%, Bolívar 21,7%, Amazonas 21,4%, Sucre 20,6% y Yaracuy 20,5%. (p.8).

En el Estado Anzoátegui, según información emitida por el Departamento de Planificación Familiar del Hospital Luis Razetti, en el año 2009 la estadística según edades para embarazos adolescentes fue: 10 años (0); 11 años (1), 12 años (4), 13 años (7), 14 años (50), 15 años (131), 16 años (253), 17 años (377) y 18 años (449) para un total de embarazadas de 7902 incluyendo abortos, lo que significa un porcentaje de embarazos de 16,10%. Estos datos reflejan que el embarazo es progresivo en la medida en que aumenta la edad de la adolescente, estas cifras se

convierten en un indicador del embarazo y da idea de sus efectos psicosociales y de riesgos en estas edades.

En este orden de ideas, el embarazo en adolescente, desde el punto de vista clínico se considera de alto riesgo debido a que la madre no ha alcanzado la madurez de su sistema reproductor, ni los niveles hormonales idóneos. Por otro lado, el niño también estaría expuesto a malformaciones o crecimiento insuficiente por disponer la madre de una cavidad uterina que no le brinda seguridad al feto, lo que representa un riesgo para la vida del feto y de la madre.

Desde el punto de vista social, los efectos del embarazo indican un desajuste en el seno familiar por la inconformidad ante esta situación, lo que crea roces en la comunicación, se presenta el caso de un menor que cuida a otro menor, lo que acarrea el riesgo de que la madre le ofrezca una atención inadecuada a su hijo por las necesidades de diversión y distracción típicas de la adolescencia. Por consiguiente, es posible afirmar que para asumir la maternidad con responsabilidad se debe contar no solo con la madurez anatómica, sino además educativa, psicológica y emocional. Asimismo, los hijos de embarazadas adolescentes, producto del abandono, generalmente en su adolescencia son buscadores de afecto por lo que en el caso de las niñas estarían mayormente predispuestas a ser embarazadas a temprana edad.

Esta situación, según lo expresa Caraballo, Y (2010) la complementa la problemática familiar con la ausencia de los padres, el hacinamiento. De igual manera, se estima que se

presentan casos de madres adolescentes que no estudian ni trabajan y entran inevitablemente en el círculo de la pobreza expresada en promiscuidad, prostitución, incremento de las infecciones de transmisión sexual. También contribuye a la deserción escolar en un porcentaje significativo, aumentando la morbi-mortalidad materna e infantil, lo que trae consecuencias como la desnutrición infantil y abandono de los niños, además de otra serie de secuelas de carácter sanitario como lo son la falta de controles de los niños, infecciones y problemas nutricionales.

Por otra parte, a pesar que en el Estado Anzoátegui se han diseñado una serie de programas acerca de la salud reproductiva, planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual, así como para la prevención del SIDA; se ha observado un incremento en las inasistencias a las consultas ginecológicas de un número de adolescentes embarazadas, que según el Departamento de Estadísticas e Informática de Salud Anzoátegui para el año 2010 de 820 jóvenes en control, cuyas edades oscilan entre los 10 y 17 años, el 30% no asisten de forma regular.

Es importante destacar que, en el Municipio Peñalver, sector El Hatillo donde está ubicado el Ambulatorio Tipo II, este dispone de la consulta prenatal donde son atendidas las adolescentes en baja proporción, es decir, la cobertura no es la esperada por cuanto la asistencia es escasa, solo para el año 2010 fueron atendidas 20 jóvenes entre los 10 y 17 años en condición de embarazadas y esta atención solo se limita a la condición específica, dejando a un lado aspectos importantes

que forman parte de la prevención como lo es la educación para la salud.

Para ello, es necesario atacar las causas de este problema como son: la ausencia de la educación sexual, el uso del tiempo libre de una manera no edificante, la pérdida de valores en el núcleo familiar y en muchos casos las precarias condiciones económicas entre otros factores.

Por lo expuesto, se plantean las siguientes preguntas: ¿Qué información tienen las jóvenes, referidas a los cambios físicos que favorecen el embarazo adolescente? ¿Qué información tienen las jóvenes sobre los cambios biológicos que favorecen el embarazo adolescente? ¿Qué información poseen las adolescentes sobre los métodos anticonceptivos?

Las respuestas a estas interrogantes permitirán conocer ¿Qué información poseen las jóvenes de 10 a 18 años sobre la prevención del embarazo en adolescentes que acuden al Ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver de Puerto Píritu Estado Anzoátegui. Tercer trimestre año 2011?

Objetivo General

Determinar la información que poseen las jóvenes de 10 a 18 años sobre la prevención del embarazo en adolescentes que acuden al Ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver de Puerto Píritu Estado Anzoátegui. Tercer trimestre año 2011

Objetivos Específicos

- Identificar la información que tienen las jóvenes de 10 a 18 años referidas a los factores físicos de la adolescencia.
- Identificar la información que tienen las jóvenes de 10 a 18 años en cuanto a los factores biológicos de la adolescencia.
- Identificar la información que poseen las adolescentes de 10 a 18 años sobre los métodos anticonceptivos

Justificación

El embarazo en adolescentes, representa un problema de salud pública multifactorial presente en todos los ámbitos de la sociedad que afecta en primer lugar a las adolescentes y sus familias. Al mismo tiempo, incide en el área educativa por la alta deserción escolar, en su salud física y mental que se ve seriamente comprometida, enfrentándose a riesgos graves que afectan su descendencia y su vida futura.

Desde el punto de vista práctico, surge la inquietud de los autores a realizar esta investigación, ya que para las adolescentes es importante tener información para prevenir embarazos, con la instrumentación de programas educativos, realizar estrategias para este tema, disponer de profesionales de enfermería dispuestos a asumir roles educativos para abarcar

esta problemática, con lo que se podría prevenir embarazos en adolescentes.

De igual forma, permite conocer acerca del saber que estas jóvenes han adquirido a través de las diferentes fuentes ya sea en la educación formal como en la no formal en la interacción con las personas y en general en el medio que se rodean.

Desde el contexto social, la realización de este estudio es relevante por cuanto podrá contribuir a diseñar estrategias para disminuir los embarazos en las mismas. De igual manera la institución objeto de estudio será beneficiada, ya que en su realización se obtendrán datos relacionados con esa realidad en la cual se encuentran los adolescentes, lo que puede iniciarse como un diagnóstico que puede ser utilizado para tomar acciones que tiendan a prevenir embarazos en este grupo de jóvenes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

Báez, G y Velásquez, M (2008) realizaron el trabajo Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. En esta investigación los autores encontraron que del total de partos atendidos el 20% correspondió a maternidad precoz, con un promedio de 17 años en el rango de 12 a 19 años; por lo que concluyeron que es preocupante la situación de riesgo que viven los adolescentes en América e inquietante para la profesión de enfermería en búsqueda de una salida acorde para educar sexualmente a los adolescentes.

En el ámbito nacional, Gil, P y Pérez, G (2009) desarrollaron el estudio actitud ante el embarazo y el parto en la adolescente, en el cual concluyen que existe en las adolescentes un riesgo mayor que su embarazo no se complete de forma satisfactoria. Asimismo, afirman que la primera reacción de un adolescente ante la posibilidad de estar embarazada es una enérgica negativa a la situación, representando junto a su hijo un problema dentro de su familia desde el punto de vista social.

Por su parte, Pons, C (2010) en su trabajo sobre el nivel de conocimiento sobre la educación sexual en estudiantes de Licenciatura en Enfermería, encontró que existen todavía muchos prejuicios en los padres que les impiden analizar exhaustivamente con sus hijos los temas relacionados con la

sexualidad. Estos datos se adaptan a las características culturales de las familias venezolanas que evaden el compromiso de una comunicación abierta con sus hijos en este aspecto.

Igualmente, refiere que debido a la historia cultural de los pueblos existe una cantidad de prejuicios y tabúes aún en estos tiempos, que impiden una buena comunicación en materia de sexo con sus hijos. La sociedad de adultos, para enmascarar esta dificultad, trata de enfrentarla y no afrontarla por lo que se producen choques de ideas con los jóvenes y se continúa usando métodos coercitivos como son; la crítica descalificativa de los sentimientos y acciones de los jóvenes, en lugar de tratarse mediante una sana comunicación y buenos ejemplos que lograrán concientizarlo de los peligros y responsabilidades que conlleva el inicio de una vida sexual a edades tempranas.

Fernández, M; Guerreo, M (2010) realizaron una investigación acerca del rol del personal de enfermería en la educación y orientación en las adolescentes embarazadas. El estudio fue de tipo descriptivo en el cual se utilizó como instrumento el cuestionario de 11 preguntas de carácter cerrado, aplicado a 13 enfermeras que conformaban el total del personal de enfermería del Servicio de Materno Infantil y Gineco-obstetricia del citado centro asistencial.

Como conclusiones más relevantes se tuvo que 61,54% del personal encuestado refirió haber recibido adiestramiento en cuanto a la prevención del embarazo en adolescentes, nivel que debe incrementarse para generar mayor conocimiento y vocación, por parte de este personal en beneficio de los y las

adolescentes. Igual porcentaje de la muestra refirió llevar a cabo actividades de orientación y prevención del embarazo precoz y métodos anticonceptivos. Asimismo, el 76,92% de las enfermeras opinó que tienen incluidas actividades para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Bases Teóricas

La Adolescencia

La adolescencia entendida como una etapa de transición de niño a adulto, se ha considerado como de fragilidad latente para la persona, pues, como su nombre lo indica, adolece de su condición de niño o de adulto y convergen ambas características de manera simultáneas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001) la adolescencia se define como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez y adultez y consolida la independencia socio-económica” y fija sus límites entre los 10 y 20 años” (p.2).

La Ley Orgánica de Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA 2006) en su artículo 2 explica que “se entiende por adolescente toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad” (p. 1).

De acuerdo a lo señalado, se puede afirmar que la adolescencia es considerada como un período de vida libre de

problemas de salud aunque desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

La adolescencia es una etapa del ser humano caracterizada por los cambios en diferentes áreas, como las físicas, emocionales, sociales, entre otras. Según López, R. (1997) es una etapa interesante aunque puede ser en algunos casos frustrante puesto que los jóvenes se sienten adultos pero sus padres y familiares aún siguen viéndolos como niños (p. 84)

Cabe destacar que los cambios que ocurren en la adolescencia son independientes uno de otro; aun cuando sean independientes todos están vinculados estrechamente y son enfrentados paulatinamente durante la transición de la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2003) citada por Issier, J. (2001) señala que el desarrollo de la adolescencia conlleva una serie de factores de tipo físicos y biológicos.

Factores físicos – biológicos

Los factores físicos biológicos están vinculados a la anatomía y fisiología, salud y la prevención por métodos anticonceptivos del embarazo en adolescentes. Así pues dentro del contexto de factores físicos y biológicos se consideran la aparición de los caracteres sexuales.

Caracteres sexuales

La sexualidad es una dimensión humana que abarca todo cuanto es el ser humano. La mente y el cuerpo son sexuados, y es en éste último donde la sexualidad se asienta y apoya, de ahí la importancia de que se conozca bien, de sentirse bien con él, de conocer sus posibilidades reales. Una de las características de la sexualidad, es que se desarrolla a lo largo de la vida, de forma progresiva y evolutiva, esto es, desde el momento del nacimiento hasta la muerte. Así, en la segunda década de la vida comienzan a desarrollarse una serie de cambios que hacen que el cuerpo del varón y de la mujer adquiera notables diferencias.

Según Martínez, T (2001) “La diferencia sexual entre varón y mujer viene desde un inicio dada por los caracteres sexuales primarios, estos son, el aparato genital femenino (ovarios, útero y vagina) y masculino (pene y testículos)” (p.2). Posteriormente (en la segunda década de la vida) comienzan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios, que terminarán por diferenciar fenotípicamente (apariencia) a la mujer del varón, apareciendo, en la mujer las siguientes manifestaciones.

La pubarquía, es decir, el desarrollo y distribución del vello en la zona del pubis. Éste se ha querido siempre mostrar como un triángulo perfecto, para diferenciarlo del masculino, más en forma de rombo, lo que no es cierto, ya que cada mujer puede tener una distribución distinta.

La telarquía se trata del desarrollo de los senos (mamas) hasta que adquieren su forma definitiva y su capacidad para lactar al niño en caso de embarazo.

Por último la menarquía es el término que hace referencia a la presentación de la primera menstruación (regla).

Martínez, T (2001) explica que la manifestación de pubertad en el sexo masculino es el crecimiento de los testículos como resultado del desarrollo de los conductos seminíferos. El aumento del volumen testicular va seguido de la aparición del vello púbico y del crecimiento del pene. El crecimiento del vello axilar ocurre generalmente dos años después de que aparece el vello púbico y va seguido de la aparición de vello facial y luego de la del resto del cuerpo.

Sostiene este autor que, el crecimiento testicular pasa por un importante período de aceleración y puede medirse de modo más objetivo por medio de palpación comparativa con el orquidímetro de Prader, que consiste en un conjunto de modelos elipsoides de volumen conocido; es posible encontrar volúmenes de 1, 2 y a veces 3 ml antes de la pubertad. Un volumen de 4 ml o más indica que la pubertad ya comenzó y los superiores a 12 ml pueden considerarse como adultos.

El vello axilar y facial aparece después del vello púbico. Los cambios de voz surgen generalmente en la fase avanzada del crecimiento genital. Todas las estructuras de la reproducción (próstata, vesículas seminales, etc.) muestran un crecimiento acentuado en la adolescencia a partir del comienzo del desarrollo testicular. La edad de la primera eyaculación es bastante variable y corresponde generalmente con una fase avanzada de maduración.

En lo que respecta al aumento de estatura, se observa que al iniciarse el desarrollo genital, el adolescente mantiene una velocidad constante de crecimiento (5 a 6 cm y 2 a 3 Kg por año).

Según Martínez, T (2001) la fase de aceleración del crecimiento comienza cerca de un año después, cuando el adolescente se encuentra en el estadio. La velocidad máxima de crecimiento coincide con frecuencia con el estadio y va seguida de una desaceleración gradual en él.

Vale la pena recordar que ciertas modificaciones fisiológicas (aumento de la presión arterial, reducción de la frecuencia cardíaca, etc.) y otras de orden bioquímico (aumento de la fosfatasa alcalina y de la hemoglobina en el sexo masculino, etc.) a menudo guardan mayor relación con la fase del crecimiento y la maduración sexual que con la edad cronológica.

Explica Martínez, T (2001) que, se debe destacar que los adolescentes cuyo proceso de maduración se inicia más tarde que el promedio de la población presentarán también un atraso en lo que respecta a estatura, peso y otras variables del desarrollo puberal. En el caso de los adolescentes que maduran más pronto que el promedio de la población, todos los cambios puberales ocurrirían antes y se produciría un fenotipo adulto de menor estatura que la del promedio de la población. Esas situaciones de desarrollo en que la aparición de las características puberales se adelanta o se atrasa pueden ser normales y guardan relación con características familiares y, por

lo tanto, son motivos de preocupación y ansiedad para los adolescentes que continuamente se comparan con los pares de la misma edad.

Además de la consideración de los factores genéticos que pueden determinar diversos aspectos del desarrollo físico, no se puede dejar de señalar las influencias del ambiente y, en particular, del estado nutricional en el proceso de crecimiento y desarrollo del adolescente.

Martínez, T (2001), menciona que el dato más significativo en este campo es la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el desarrollo sexual hasta alcanzar la madurez reproductora. El desarrollo biológico tiene un claro índice descriptor que marca el comienzo de la pubertad y que se cifra, según los acuerdos de, los investigadores, dentro de los cambios en la adolescencia, los más visibles tienen que ver con la transformación corporal o desarrollo de los caracteres sexuales. En las niñas, llega el momento de la primera menstruación, el nacimiento de los pechos y el ensanchamiento de las caderas. Mientras tanto, a los jóvenes les crece vello en el rostro y en todo el cuerpo, se les agrava la voz, crece el tamaño del pene y experimenta las primeras erecciones.

Cambios conductuales en la adolescencia

Según Delgado, P (2002) los cambios de conducta más frecuentes en el adolescente son el desacuerdo con los padres por su manera de vestir, por el largo del pelo. Por ejemplo, a los 13 años cambian su manera de vestir. La dificultad para aceptar

las órdenes que se le imparten. No toleran que les critiquen a los amigos, o reaccionan cuando se les hace observaciones por su manera de pensar.

De igual manera, el adolescente según explica Delgado, P (2002) se retiran un poco de la familia, ya no frecuentan las actividades familiares se muestran menos comunicativos, y reclaman mayor privacidad. Se apoyan mucho en los amigos para resolver sus problemas antes que acudir a la familia o a los adultos. Demandan que sus opiniones sean escuchadas y tomadas en cuenta aun cuando suenen ilógicas o inapropiadas. Se resienten cuando se les compara con los hermanos o con otros jóvenes.

Por otro lado, sostiene Delgado, P (2002) el adolescente presiona para obtener mayor libertad y casi nunca están conformes, tienden a ser egoístas colocando sus necesidades por encima de todo, parecen estar "pegados" al teléfono, aumenta su conciencia sobre sexualidad y se atreven a hablar o a manifestar conductas relacionadas a este tema que antes no tocaban, presentan cambios frecuentes en sus objetivos vitales. Aunque los objetivos no son trascendentes ni a largo plazo (pues piensan más en el: aquí y ahora") cambiar su manera de pensar sobre ellos con frecuencia. Están muy pendientes de su imagen ante los demás, reclaman que se les trate como adultos pero se resisten a asumir responsabilidades. Son muy influenciables por sus amistades. Se aburren con facilidad y siempre están buscando "acción". Tienen tendencia a ser impulsivos y a veces parecen carecer de sentido común o de madurez.

De acuerdo a esto, es posible afirmar que estas conductas son las que producen más fricción o preocupación a nivel familiar. El adolescente puede magnificar tanto estas conductas que presente lo que se ha denominado crisis de adolescencia. Cuando esto ocurre puede requerir intervención de un especialista.

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y el adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones placenteras al tocarse, al ser acariciado y besado, y observa las expresiones de afecto y las actitudes sexuales de los adultos que le rodean, que en ocasiones trata de imitar. Durante el periodo prepuberal se establece la identidad sexual y el niño continúa recogiendo información sobre la sexualidad a partir de los amigos, los maestros y la familia. Según Díaz, y Barroso M (2000):

En esta etapa el niño puede desarrollar una actitud negativa hacia la sexualidad si descubre que los adultos evitan hablar de las partes de su cuerpo relacionadas con la sexualidad, las describen con eufemismos o rechazan cualquier tipo de conducta relacionada con el sexo, incluidas las que el niño puede manifestar espontáneamente, como la erección. (p.38).

Al iniciarse la pubertad aumenta la preocupación por la sexualidad. En la primera etapa de la adolescencia es frecuente la masturbación y las fantasías sexuales, en ocasiones con compañeros del mismo sexo, motivando dudas sobre la orientación sexual, con ansiedad y sentimientos de culpa. La

masturbación es más frecuente en los varones que en las hembras. Generalmente está motivada por la curiosidad y el deseo de disfrutar un placer intenso. Más adelante puede ser vivida como una descarga de ansiedad o de tensiones.

En la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura y en la adolescencia tardía habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito. A diferencia del adulto, la actividad sexual del adolescente suele ser esporádica, con periodos prolongados durante los cuales el adolescente permanece en abstinencia.

Son más frecuentes las disfunciones sexuales, que pueden guardar relación con: temor al embarazo, a ser descubiertos, conflictos de conciencia o actuar bajo presión de la pareja. También influyen las condiciones en que muchos adolescentes mantienen relaciones sexuales, de forma incómoda y rápida (en los asientos de un automóvil, en un rincón oscuro de una discoteca o de la calle, en los cines, entre otros lugares).

Factores presentes en la conducta sexual de los adolescentes

Entre los factores presentes en la conducta sexual de los adolescentes, según expresa Delgado, P (2002), están:

Discrepancia entre madurez física y cognoscitiva.

La edad de la menarquia se ha ido adelantando, mientras que por otro lado, las condiciones sociales, con alargamiento del periodo de estudios, dificultades para conseguir vivienda, etc. hacen que hasta una edad avanzada (por encima de los 25 o 30 años) la mayoría de los jóvenes no se emancipen de su familia.

Percepción de invulnerabilidad

El sentimiento de inmortalidad, de estar protegidos de las consecuencias desfavorables, que pueden ocurrir a otros, pero no a ellos, forma parte de las características normales de la adolescencia y favorece las conductas arriesgadas en esta etapa de la vida.

Tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación. Para la época es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales en los medios de comunicación, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo "sin culpabilidad".

Mayor libertad sexual

La generación de padres de los adolescentes actuales, pasó su infancia en un ambiente moral muy rígido, dominado por la iglesia, pero vivió en su adolescencia (década de los 60) una serie de acontecimientos que impusieron un cambio de la

sociedad. Todo ello explica que la sociedad y la familia actual sean más liberales y permisivas.

Preocupa el hecho de que la mayor libertad sexual de que gozan los jóvenes en la sociedad puede estar favoreciendo el inicio precoz de la actividad sexual. Delgado, P (2002) explica que se ha comprobado que tanto la educación en un ambiente familiar muy permisivo, como en una familia con normas muy rígidas o autoritarias conduce a una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. Los hijos de padres moderados en cuanto a sus pautas educativas y que dosifican la libertad de acuerdo con la edad de sus hijos, son los que inician más tarde las relaciones sexuales. Por otro lado, se ha observado una asociación entre inicio precoz de relaciones sexuales en la adolescente (15 años o antes) y una mayor incidencia de problemas ginecológicos y psicosociales en la vida adulta (actitud negativa hacia su propio cuerpo, conductas fuera de norma, fracaso en los estudios).

Actitudes y valores sobre el comportamiento sexual

La decisión del adolescente de tener relaciones sexuales cuando se siente atraído por alguien dependerá de parámetros como: expectativas sobre el nivel de estudios (los adolescentes que piensan ir a la universidad retrasan más tiempo su primera relación sexual) y sus actitudes y valores respecto a la sexualidad, que pueden a su vez estar influenciados por las actitudes familiares y culturales. En general, la mujer tiene una sexualidad menos centrada en los aspectos genitales que el hombre, y valora más los aspectos de relación.

Embarazo

El embarazo representa un período común y generador de cambios en la vida de toda mujer adolescente o adulta. El Ministerio Popular para la Salud (2007) define el embarazo como:

El periodo de tiempo que transcurre desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide en el sistema genital femenino hasta nacimiento del feto, en las mujeres la duración aproximada es de 280 días fisiológicamente se caracteriza por las interrupciones menstruales de la mujer y aumento del tamaño del vientre y mamas (p.49).

Embarazo en adolescente

Merola, G (2007) acota: “se define como precoz a todo embarazo ocurrido en mujeres menores de los 20 años de edad por considerarse que antes de esa edad no se han alcanzado todavía las condiciones de madurez biológicas y psicológicas para la maternidad” (p.87).

En relación a lo citado se alega que el embarazo precoz debe ser analizado con un enfoque integral, donde lo primero es el proceso de maduración sexual con todos los cambios que involucra la etapa de pubertad, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, éstos determinan condiciones que constituyen las condiciones de los factores de riesgo asociados a estos embarazos.

Al respecto, el embarazo y parto en adolescentes son considerados como de alto riesgo por la frecuencia con que se presentan complicaciones tales como: toxemia, anemia,

hemorragia, desproporción entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre, sangramiento en el cuello de la matriz, parto prolongado y difícil, parto prematuro y muerte además de las complicaciones que conlleva consecuencias psicológicas y sociales.

Causas del embarazo en adolescentes

Existen numerosas causas que pueden influir en que las jóvenes adolescentes queden embarazadas precozmente, dependiendo de la información que las adolescentes tengan acerca de las mismas.

La madre adolescente constituye en la mayoría de los países altamente desarrollados un problema serio que gravita cada vez más en los social, económico y sanitario. Es de hacer notar que el problema es complejo porque los nacimientos son extramatrimoniales.

La edad menarca ha bajado, y así la mujer joven puede tener hijos a una edad más temprana. Las condiciones educacionales y económicas han crecido; esto hace que la crisis sea traumática para la familia y costosa para la sociedad.

Muchas adolescentes analizan en forma parcial las probabilidades de quedar embarazadas sin tener clara la comprensión del problema. Necesitan tiempo y oportunidad para ensamblar la información y el comportamiento de adolescentes que experimentan la soledad de su aislamiento y encuentran en

las relaciones sexuales un medio de apoyo y de correspondencia emocional, lo cual las ayuda para afirmarse en su femineidad.

En las jóvenes que quedan embarazadas se han notado sentimiento de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configure autoridad, falta de responsabilidad en el gobierno de su propio cuerpo y acciones y súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda.

La adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia o identificación con la madre. Es frecuente que aquellas que tengan su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo su madre.

Algunas jóvenes quedan embarazadas porque no vislumbran otras posibilidades para su existencia y carencia de mayor aspiración en materia de instrucción o de trabajo. El embarazo puede ser una forma de escapar al proceso de maduración en la adolescencia. Algunas madres adolescentes abandonan la escuela aun cuando ésta permite permanecer en ella. La nueva mamá recibe atención por parte de su familia porque está embarazada y llegará un bebé en el seno de su familia su status se eleva de “niña o adolescente” pasa a ser “madre niña” y se espera que sea más responsable.

El inicio temprano de la actividad sexual en las adolescentes pueden obedecer a la presión de sus padres y algunos grupos de jóvenes la incitarán a tener hijos. Las muchachas suelen creer que con ello ganan popularidad.

El embarazo en la adolescente es el resultado del comienzo temprano de las reglas y de muchas razones sociológicas y psicológicas. Asimismo ocurren porque la sociedad no imparte educación para la vida familiar ni provee recursos de contracepción a quienes deciden comenzar su actividad sexual a edad temprana.

Esta información en Venezuela normalmente es limitada tanto a nivel de familia como a nivel de centros de enseñanza a los cuales acuden estas adolescentes, los cambios de valores y de actitudes, relaciones familiares, carencia de información sexual, inaccesibilidad de los servicios de planificación. A nivel del país estas causas podrían ser: desintegración familiar, deficiente comunicación de los padres, falta de experiencia para medir los riesgos, confusión e ignorancia generalizada acerca de salud reproductiva, desconocimiento de uso de anticonceptivos y baja escolaridad.

Prevención del embarazo

La prevención representa el conjunto de medidas encaminadas a evitar las enfermedades. En la prevención del embarazo adolescente se consideran tres tipos, los cuales presuponen diferentes niveles de cuidados. Sin embargo los tres están orientados al bienestar del paciente y de la comunidad.

Desde el punto de vista de enfermería, Phaneuf, M (2003) describe estos niveles de la siguiente manera:

Por prevención primaria se entiende el mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En el nivel de prevención secundaria se sitúan las intervenciones curativas que tienen por objeto tratar la enfermedad y prevenir su eventual agravamiento. En el nivel de prevención terciaria o rehabilitación, las intervenciones de la enfermera se orientan especialmente hacia el apoyo del cliente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud. (p.9).

Métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo

La contracepción para adolescentes presupone actividad sexual que puede derivar en embarazo. Esta contracepción es ocasionada por diversos métodos anticonceptivos señalados por Silbert, N (2010) como métodos de barrera, métodos hormonales y métodos mecánicos.

Métodos de Barrera

Se llaman así aquellos métodos químicos o mecánicos que interfieren el encuentro del óvulo con los espermatozoides. Los métodos de barrera más utilizados son: espermicidas, diafragma y condón.

Los espermicidas (óvulos vaginales y jaleas anticonceptivas) son sustancias químicas que destruyen los espermatozoides.

Por su parte el diafragma es un pequeño elemento que consiste en un aro flexible, recubierto con un capuchón de látex en forma de copa.

Para adquirir este método se debe tener la asesoría de personal de salud entrenado para tal fin, quien orientará a la usuaria respecto del tamaño del diafragma y la manera correcta de utilizarlo.

Asimismo, el condón es una cubierta fabricada en goma muy fina, elaborada especialmente para ser colocada en el pene. Usado correctamente, ofrece una protección del 85%. Si la pareja utiliza al mismo tiempo una tableta vaginal su efectividad aumenta notoriamente. El condón además de ser un ontraceptivo previene el contagio de infecciones de transmisión sexual como las venéreas y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Métodos hormonales

Los métodos hormonales son aquellos que inhiben la ovulación. Los anticonceptivos hormonales más conocidos son las píldoras anticonceptivas y los implantes subdermicos.

La píldora anticonceptiva, es una pastilla que contiene una o dos hormonas – estrógenos y progesterona – que se toma diariamente para evitar el embarazo.

Se inicia el mismo día en que comienza la menstruación. Todos los días se toma una, tratando de que sea a la misma hora. Tienen una efectividad del 98% si se toman correctamente. De otro modo, los implantes subdérmicos están compuestos por seis pequeñas cápsulas, fabricadas en material plástico que

contienen una hormona llamada levonorgestrel que impide la ovulación.

El implante subdérmico debe ser colocado por un profesional de la salud capacitado, habiendo practicado un examen previo a la usuaria para determinar su estado de salud. Se coloca en la cara interna, debajo de la piel, del brazo que menos se usa. Se recomienda una visita de control anual al médico. Este implante dura cinco años y tiene una eficacia del 98%. Sin embargo, la mujer puede pedir que se lo retiren antes si desea quedar embarazada.

Por otro lado las inyecciones son elaboradas con hormonas que inhiben la ovulación. Según el período de acción pueden ser mensuales (La primera ampolla se inyecta entre el primero y el quinto día de iniciada la menstruación. Todos los meses, en la misma fecha en que comenzó este método se administrará una nueva inyección y se continuará así durante el tiempo que desee planificar). Las trimestrales, en la cual la primera inyección se coloca entre el 1º. y el 5º. día de iniciada la menstruación. Este inyectable tiene un efecto anticonceptivo de 3 meses, por lo tanto se debe aplicar cada 90 días durante el tiempo que se desee evitar un embarazo. Los anticonceptivos inyectables tienen una efectividad del 98%.

Métodos Mecánicos

Entre los más conocidos en este rango se ubican los dispositivos intrauterinos como la T de Cobre, la cual es un

pequeño elemento plástico con revestimiento de cobre, que se coloca dentro de la matriz o útero.

Se aplica en cualquier momento, preferiblemente durante la menstruación, a los 30 días después de un parto o de una cesárea, o inmediatamente después de un aborto, si no hay infección.

Además el dispositivo intrauterino se puede usar durante 10 años, con controles médicos cada 6 meses. En algunos casos, durante los primeros meses, puede aumentar un poco el sangrado menstrual y los cólicos. Tiene una efectividad del 98%.

Información

El origen del concepto sintáctico de la cantidad de información, surge en un primer momento, con Shannon, como parte de una teoría aplicada a resolver problemas de transmisión de mensajes en vías de comunicación y es definido por Atlan, H (2010) de la siguiente manera:

La cantidad de información total de un mensaje es una magnitud se mide, por el número de mensajes escritos en la misma lengua con el mismo alfabeto, la probabilidad media de aparición de las letras o símbolos del mensaje, multiplicada por el número de letras o símbolos del mensaje (p.48).

Como puede verse, no se habla de la información en sí misma, más allá de la esfera humana, independientemente de que pueda ser o no aprehendida por algún sujeto humano y luego descrita por él. Es evidente que siempre será posible distinguir

entre el acto de describir o cuantificar la cantidad de información del sistema que sea el caso, y aquello que es descrito o cuantificado en ese acto, es decir, más allá de ser considerado un simple conjunto de señales.

En esta investigación, la información que se espera obtener de las jóvenes de 10 a 18 años sobre la prevención del embarazo en adolescentes que acuden al Ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver de Puerto Píritu Estado Anzoátegui, está referida a los factores físicos, biológicos y los métodos anticonceptivos.

Sistema de Variables

Variable: Información que poseen las jóvenes sobre la prevención del embarazo en adolescentes.

Definición Conceptual

Dubai, T (2008) explica que la información es “todo dominio cognitivo que se tiene sobre un hecho en particular” (p.90)

Definición Operacional

Se refiere al dominio cognitivo que poseen las jóvenes de 10 a 18 años sobre los factores físicos, biológicos y los métodos anticonceptivos que eviten los embarazos en adolescentes.

Operacionalización de la Variable

Variable: Información de las jóvenes sobre la prevención del embarazo en adolescentes.

Definición Operacional: Se refiere al dominio cognitivo que poseen las jóvenes de 10 a 18 años sobre los factores físicos, biológicos y los métodos anticonceptivos que eviten los embarazos en adolescentes.

Dimensión	Indicador	Subindicador	Item
Factores Físicos Respuestas ofrecidas por las adolescentes sobre las características sexuales en la adolescencia.	Características sexuales	Caracteres sexuales	1
		Caracteres sexuales femeninos primarios	2
		Ovario	
		Útero	
		Vagina	
		Caracteres sexuales masculinos primarios	3
Factores Biológicos Respuestas ofrecidas por las adolescentes sobre los cambios biológicos en la adolescencia.	Cambios biológicos	Pene	
		Testículos	
		Caracteres sexuales secundarios	4
		Vello púbico	5,6
		Pubarquía	7
		Desarrollo de los senos	8
Métodos anticonceptivos Respuestas ofrecidas por las adolescentes sobre las barreras mecánicas y hormonales para prevenir embarazos.	Barreras hormonales y mecánicas	Telarquía	9
		Desarrollo del tono de voz	10
		Menarquía	11
		Contracepción	12
		Clasificación de los métodos anticonceptivos	13
		Métodos de barrera	14, 15
		Condón	
		Espermicidas	16
		Diafragma	
		Métodos hormonales	17
		Píldora anticonceptiva	18, 19
		Anticonceptivos inyectables	20
		Dispositivos intrauterinos	21
		Colocación de los dispositivos intrauterinos	22,23

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

En función al análisis y alcance de los resultados, el estudio es descriptivo, definido por Alvarado, E. y Pineda, E. (2000), como "...aquellos que están dirigidos a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población" (p.135), siendo así, se detallara la información de las jóvenes sobre la prevención del embarazo adolescente.

De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, es de diseño prospectivo, al respecto indican Alvarado, E. y Pineda, E. (2000), comprenden estudios donde "...se registra información según van ocurriendo los hechos" (p. 135), lo cual tiene pertinencia ya que la información recibada será conforme a la información de las jóvenes sobre la prevención del embarazo en adolescente.

Según el período y secuencia del estudio, es de diseño transversal, al respecto Alvarado, E. y Pineda, E. (2000), señalan que "...se estudia la variable simultáneamente en determinado momento" (p. 135), en este sentido, al recabar información se seleccionó un tiempo específico durante el desarrollo de la investigación para encuestar a las jóvenes.

Población y muestra

La población de estudio está representada por todas las adolescentes de la consulta Prenatal del Ambulatorio El Hatillo, en el primer semestre de 2011 y que suman un total de 65 jóvenes cuyas edades oscilan entre los 10 y 18 años de edad.

Pineda, E y Alvarado, L (2000), refieren “La población es la totalidad de individuos o elementos en los cuales pueden presentarse determinadas características susceptibles de ser estudiadas” (p.108). Considerando que la población es pequeña y menor a las 100 unidades, se tomó el total de la población como censal.

Técnica e Instrumentos para la recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizó como método la encuesta y como instrumento el cuestionario, Según Méndez (2007), “El cuestionario supone su aplicación a una población bastante homogénea, con niveles similares y problemática semejante”.

Para efectos de esta investigación se elaboró una prueba de conocimiento con 23 preguntas cerradas de tres alternativas de respuestas de las cuales solo una opción es correcta dirigido a las consultantes adolescentes que acuden a la consulta prenatal del Ambulatorio tipo II El Hatillo.

Validación de Instrumento

Se sometió al juicio de expertos en el área y de investigación y contenido quienes dieron su aprobación para la aplicación del mismo.

Procedimiento para la Recolección de Información

La recolección de datos se realizó previa notificación, por escrito a las autoridades del establecimiento, a la Jefa de Enfermería y a la población con la finalidad de explicarles los objetivos de la investigación. Posteriormente se aplicó la prueba a las unidades de análisis.

Técnica de Análisis

Una vez obtenidos los datos a través del cuestionario, serán sometidos a la tabulación manual mediante la realización de una matriz de datos. Asimismo, se obtuvieron las cifras absolutas y porcentuales de aciertos para cada uno de los items que conforman el instrumento de recolección de datos.

El procedimiento se ajustó a lo recomendado por Sabino, C (2002), “para realizar una tabulación manual se deberán confeccionar planillas u hojas de tabulación, donde figuren los códigos en base a los cuales se habrán de distribuir los datos y espacios para señalar los datos que se van a contabilizar” (p.176).

A partir de estas consideraciones se elaboraron cuadros estadísticos de distribución de frecuencia absoluta y porcentual, tomando en cuenta los valores obtenidos para cada uno de los indicadores.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de la investigación mediante la presentación de cuadros de distribución de frecuencia en relación a las tres dimensiones de que representan la variable de estudio: factores físicos, factores biológicos y métodos anticonceptivos.

Cuadro N° 1

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los **factores físicos** de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.

Items	Respuestas Acertadas		Respuestas Incorrectas	
	Fx	%	Fx	%
Caracteres sexuales	45	69	20	31
caracteres sexuales Femeninos primarios	50	77	15	23
Caracteres sexuales Masculinos primarios	45	69	20	31
Caracteres Sexuales secundarios	30	46	35	54
Vello púbico	30	46	35	54
Promedio	40	62	25	38

Fuente: Instrumento aplicado.

Los resultados del cuadro n° 1 arrojan en promedio un 25% de respuestas incorrectas de las adolescentes en relación a los cambios físicos de la adolescencia. Los subindicadores más relevantes fueron los referentes a los caracteres secundarios y el vello púbico con 35% de respuestas no acertadas para ambos casos. En cuanto a los subindicadores caracteres sexuales, primarios masculinos y femeninos el porcentaje se ubicó entre 69 y 77% de información sin embargo, existe un porcentaje que no conoce al respecto.

Estas cifras revelan que las adolescentes presentan déficit de información y dudas en la identificación de los caracteres sexuales así como en la asociación que tiene el tipo de conducta típica de la adolescencia con los factores de riesgo del embarazo precoz. Esta información se relaciona a lo citado por Merola, G (2007) “Muchas adolescentes analizan en forma parcial las posibilidades de quedar embarazadas sin tener clara la comprensión del problema. Necesitan tiempo y oportunidad para ensamblar la información y el comportamiento” (p.88).

Los datos obtenidos en la dimensión factores físicos se representan en el gráfico n°1

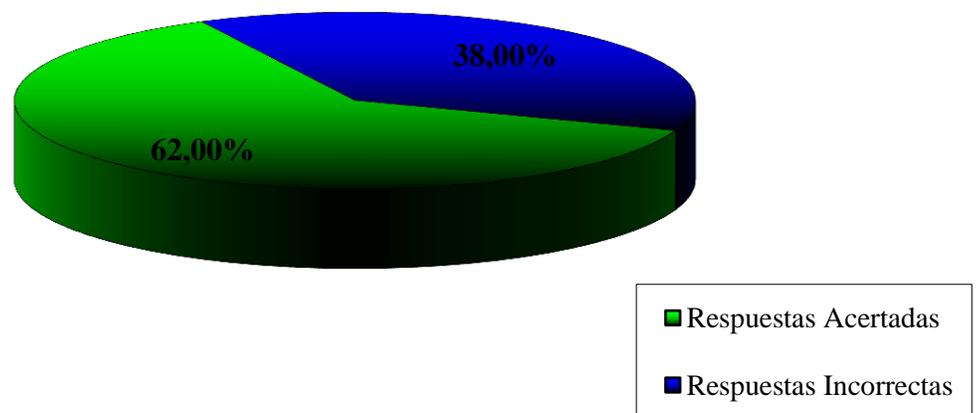


Gráfico N° 1

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los **factores físicos** de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo. 2011

Cuadro N° 2

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los **factores biológicos** de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo. 2011.

Ítems	Respuestas Acertadas		Respuestas Incorrectas	
	Fx	%	Fx	%
Pubarquía	20	31	45	69
Desarrollo de los senos	40	62	25	38
Telarquía	20	31	45	69
Desarrollo del tono de voz	60	92	5	8
Menarquía	30	46	35	54
Promedio	34	52	31	48

Fuente: Instrumento aplicado.

Los resultados del cuadro n° 2 reflejan que las adolescentes presentan en promedio un déficit de información de 31% con respecto a los cambios biológicos. Los indicadores que arrojaron resultados más representativos son: pubarquía con un 45% de respuestas incorrectas, Telarquía con un 45% y menarquía con un 35%. Esto significa que hay una información escasa, lo que amerita la búsqueda de alternativas para mejorar las condiciones de información de este grupo de jóvenes.

Los datos obtenidos en la dimensión factores biológicos se representan en el gráfico n°2

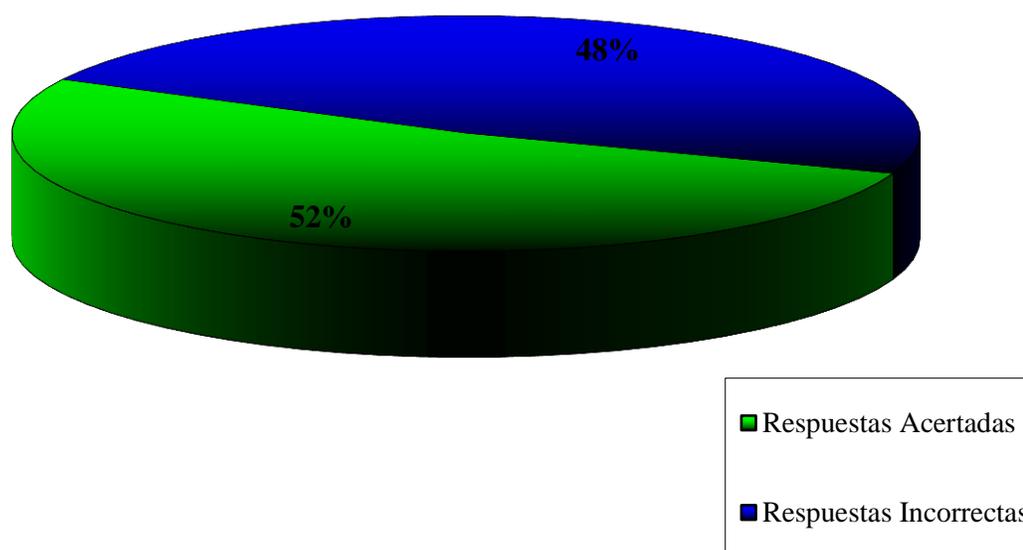


Gráfico N° 2

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los **factores biológicos** de la adolescencia. Ambulatorio Tipo II El Hatillo. 2011.

Cuadro N° 3

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los **métodos anticonceptivos**. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.

Subindicador	Respuestas Acertadas		Respuestas Incorrectas	
	Fx	%	Fx	%
Contracepción	30	46	35	54
Clasificación de los métodos	20	31	45	69
Métodos de barrera	20	31	45	69
Espermicidas	20	31	45	69
Métodos hormonales	20	31	45	69
Píldora anticonceptiva	50	77	15	23
Anticonceptivos inyectables	30	46	35	54
Dispositivos intrauterinos	40	62	25	28
Colocación de los dispositivos intrauterinos	40	62	25	28
Promedio	30	46	35	54

Fuente: Instrumento aplicado.

El cuadro n°3 presenta los datos referentes a la información que poseen los adolescentes en cuanto a los métodos anticonceptivos. En este se observó que en promedio un 46% tienen la información en relación a los métodos anticonceptivos.

Los indicadores más relevantes en este aspecto fueron: Clasificación de los métodos, métodos de barreras, espermicidas y métodos hormonales con 69% de déficit de información, y Contracepción y Anticonceptivos Inyectables 54%.

Estas cifras ponen en evidencia que aun cuando las adolescentes embarazadas conocen de la existencia de los métodos anticonceptivos predomina un amplio margen de falta de información acerca de las propiedades y características

específicas de cada uno de ellos como lo son los métodos de barrera, hormonales y mecánicos.

Los datos obtenidos en la dimensión métodos anticonceptivos se representan en el gráfico n° 3

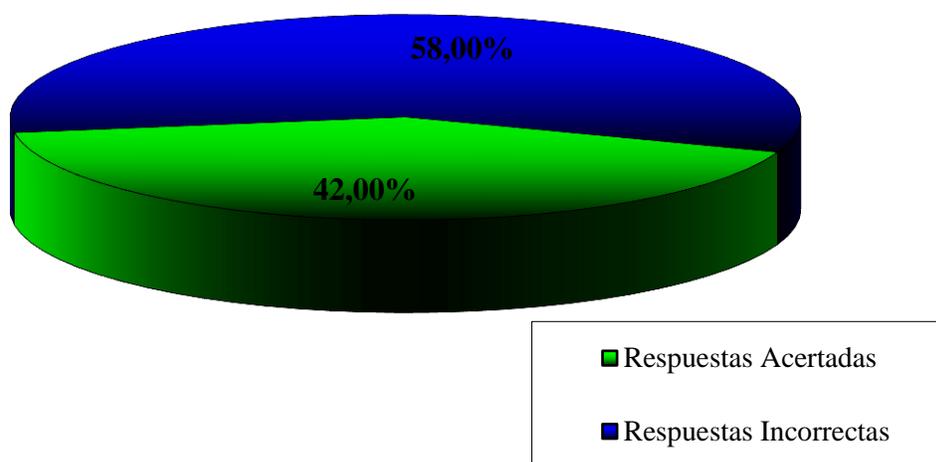


Gráfico N° 3

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a los **métodos anticonceptivos**. Ambulatorio Tipo II el Hatillo 2011.

Cuadro N° 4

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a las dimensiones: **factores físico, biológico y método anticonceptivos**. Ambulatorio Tipo II El Hatillo 2011.

Dimensiones	Respuestas Acertadas		Respuestas Incorrectas	
	Fx	%	Fx	%
Factores Físicos	40	62	25	38
Factores Biológicos	34	52	31	48
Métodos anticonceptivos	27	42	38	58
Promedio	34	52	31	48

Fuente: Instrumento aplicado.

Del análisis del cuadro n°4 se desprende que la variable “información sobre la prevención del embarazo en adolescentes”, a contrastar las tres dimensiones factores físicos, biológicos y métodos anticonceptivos se observan que estas adolescentes conocen acerca de los factores físicos en promedio de un 62% y de los factores biológicos en un 52% y sobre los métodos anticonceptivos un 42%, lo que significa que estos jóvenes tienen deficiencia de información de un 38%, 48% y 58% respectivamente.

De acuerdo a estos resultados, se hace necesaria la orientación con respecto a la prevención del embarazo en las adolescentes encuestadas, de tal forma que se hace necesario proponer actividades educativas de prevención del embarazo para fomentar un mejor nivel de información y adquirir actitudes concretas de estas adolescentes para prevenir el embarazo.

A pesar de la aplicación de diversos programas a nivel regional y que los mismo sin duda devengan logros significativos para las adolescentes es importante considerar que se requiere del esfuerzo coordinado de los entes gubernamentales, educativos y de salud del Estado así como de los padres y representantes para establecer y facilitar estrategias de alcance social, económico y educativo destinadas a promover la prevención del embarazo, disminuyendo su alta incidencia en el país.

Los datos obtenidos en la variable: Información sobre la prevención del embarazo en adolescentes se representan en el gráfico n° 4

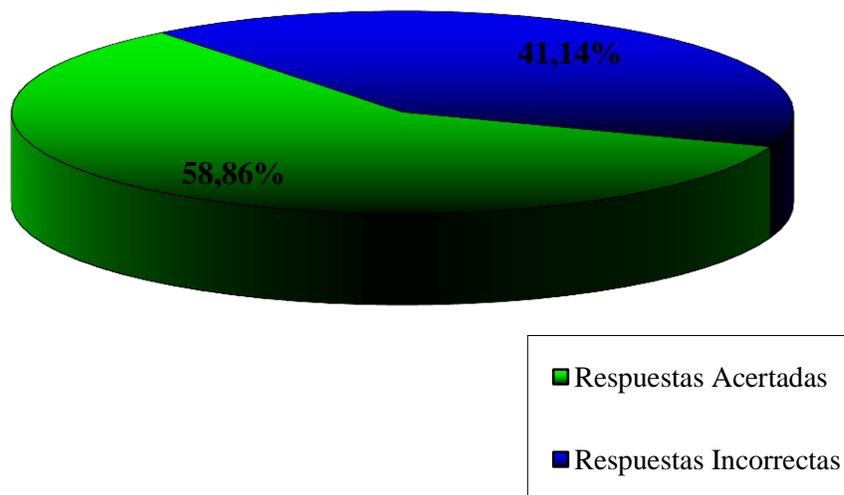


Gráfico N° 4

Porcentaje de las respuestas ofrecidas por las adolescentes en relación a la variable: Información sobre la prevención del embarazo en adolescentes. Ambulatorio Tipo II El Hatillo. 2011.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Las madres adolescentes encuestadas presentan un déficit de 38% en la información relacionada a los factores físicos de la adolescencia. Los puntos que reflejaron mayor déficit de información fueron los relacionados a las características sexuales secundarias de hombre y mujeres y vello púbico.
- En los factores biológicos se observó el déficit informativo de 48% de las adolescentes en relación a la telarquía, pubarquía y menarquia.
- Los métodos anticonceptivos arrojaron el porcentaje más alto en la deficiencia de información, puesto que un 58% de las adolescentes encuestadas desconocen principalmente lo referente a los métodos anticonceptivos como espermicidas, métodos hormonales, métodos de barrera y anticonceptivos inyectables.
- La variable de estudio reveló en promedio de 48% de respuestas incorrectas que dan muestra de la carencia de información de las adolescentes en cuanto a los cambios físicos y biológicos, y las medidas preventivas del embarazo, situación que amerita la aplicación de programas educativos de prevención del embarazo en adolescentes que acuden al Ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver en Puerto Píritu Estado Anzoátegui.

Recomendaciones

- autoridades del ambulatorio Tipo II El Hatillo del Municipio Peñalver en Puerto Píritu Estado Anzoátegui, para definir acciones que representen alternativas eficaces en la prevención del embarazo en las adolescentes.
- Realizar actividades educativas relacionadas a uno de los problemas sociales que aqueja la juventud venezolana, como es el del embarazo en adolescentes.
- Prolongar el alcance de esta investigación mediante su divulgación y aplicación en otros hospitales y centros asistenciales del Estado Anzoátegui.
- Realizar investigaciones dirigidas a contribuir al mejoramiento de la situación de embarazos en adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATLAN, H (2010). Entre el Cristal y el Humo. Editorial Debate. España.
- ALVARADO, E Y PINEDA, E (2000) Metodología de la Investigación. OPS. Colombia.
- ASOCIACIÓN NIÑA MADRE (2009). Nacimiento de niños de vientres adolescentes. Material Mimeografiado. Caracas.
- BÁEZ, G Y VELÁSQUEZ, M (2008). Un enfoque de Riesgo para la Maternidad Temprana. Escuela de Enfermería de la U.N.A.M de Argentina.
- CARABALLO, Y (2010) Embarazo Precoz. UCAB. Caracas Venezuela
- CARDENAS, M e HINOJOSA, A. (2009). Módulo de Educación para la Salud. México D.F.
- DELGADO, P (2002). Adolescencia y Embarazo. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Segunda Edición. Santiago de Chile.
- DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR HOSPITAL DR. LUIS RAZETTI (2009). Embarazo en Adolescentes. Edición 15 de Junio de 2009.
- DÍAZ, A; BARROSO M (2000). Embarazo en Adolescencias. Asociación Argentina por la salud reproductiva. Argentina.
- DUBAI, T (2008) Notas de Educación. Material Mimeografiado.
- ESPINOZA, V (2009). Disponible en: <http://www.ecomedic.com>.
- FERNÁNDEZ, M; GUERREO, M (2010). Rol del Personal de Enfermería en la Educación y Orientación en las adolescentes embarazadas que acuden a los Servicios de Materno infantil y Gineco-obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega de Porlamar, en el primer trimestre de 2001. Trabajo de Grado del Colegio Universitario de Los Teques "Cecilio Acosta". Porlamar.
- GIL, P Y PÉREZ, G (2009). Actitud ante el embarazo y el parto en la adolescente en Caracas. Caracas.

- MARK, F y NIIGRYR, K (1990). Incidencia del Embarazo precoz en USA. Material Mimeografiado.
- MARTINEZ, T (2001). Embarazo precoz. Material Mimeografiado.
- MENDEZ, C (2007). Metodología de la Investigación. Editorial M^cGraw-Hill.
- MEROLA, G. (2007). Embarazo Precoz en Aumento. Editorial Interamericana. México.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2007). El Embarazo. Material Mimeografiado. Caracas. Venezuela.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). Disponible en <http://paho.org>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Disponible en <http://paho.org>.
- PHANEUF, M (2003). Cuidados de Enfermería. Editorial M^cGraw Hill. México.
- PONS, C (2010). El Nivel de Conocimiento sobre la Educación Sexual en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Caracas.
- SABINO, Carlos. (2002). Metodología. Editorial Panapo. Caracas. Venezuela.
- SILBERT, Neil (2010). Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud.

ANEXO A

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**CUESTIONARIO PARA CONOCER LA INFORMACIÓN QUE
POSEEN LAS JÓVENES DE 10 A 18 AÑOS SOBRE LA
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.
AMBULATORIO TIPO II EL HATILLO, MUNICIPIO PEÑALVER,
PUERTO PIRITU ESTADO ANZOÁTEGUI. PRIMER SEMESTRE
AÑO 2011**

Autores:

Cesar Ramírez
C.I: 17.537.286
Franklin Cuaurma
C.I: 16.926.129
Margareth Guipe
C.I: 18.511.698

Puerto La Cruz, Junio 2011

PRESENTACION.

Estimados jóvenes:

Le agradecemos la colaboración en cuanto a responder a este cuestionario, cuya información será utilizada para elaborar el trabajo de investigación para obtener el grado de Licenciados en enfermería, Vale destacar, que la información que usted suministrará, se garantiza será de carácter confidencial.

A continuación se le ofrecen las siguientes instrucciones para el responder el cuestionario:

1. El cuestionario tiene 21 preguntas con tres alternativas de respuestas, de estas solo una es correcta.
2. Analice la pregunta antes de responder.
3. Marque con una X, la respuesta que considere correcta.
4. No firme el cuestionario.

Parte A. Cambios Físicos y Biológicos.

1. La diferencia sexual entre el hombre y la mujer viene desde un inicio dada por :

- a) Los caracteres sexuales femeninos y masculinos. _____
- b) Características de personalidad _____
- c) Las características sociales. _____

2. Los órganos sexuales femeninos primarios son:

- a) Ovarios - labios menores – clítoris _____
- b) Útero – clítoris – meato urinario _____
- c) Ovario – útero – vagina _____

3. Los órganos sexuales masculinos primario son:

- a) Espermatozoide – pene _____
- b) Pene – testículos _____
- c) Testículo – prepucio _____

4. Los caracteres sexuales secundario se desarrollan:

- a) Durante la gestación _____
- b) En la segunda década de la vida _____
- c) Después de la adolescencia _____

5. El vello púbico aparece en:

- a) La niñez _____
- b) La vejez _____
- c) La adolescencia _____

6. El vello púbico es un carácter sexual:

- a) Secundario _____
- b) Primario _____
- c) Terciario _____

7. La pubarquia consiste en:

- a) El aumento de los senos _____
- b) Desarrollo y distribución del vello en el pubis _____
- c) La aparición de la primera regla _____

8. El desarrollo de los senos se conoce como:

- a) Pubarquia_____
- b) Menstruación_____
- c) Telarquia_____

9. La telarquia es un carácter sexual:

- a) De los niños_____
- b) Secundario_____
- c) Primario_____

10. El desarrollo del tono de voz aparece en:

- a) La pubertad_____
- b) La edad adulta_____
- c) En los bebés_____

11. El termino Menarquía esta referido a:

- a) La primera menstruación de la mujer_____
- b) La ultima menstruación de la mujer_____
- c) La primera relación sexual_____

Parte B. Prevención: métodos anticonceptivos.

12. La contracepción es conocida como:

- a) Los Métodos para quedar embarazada_____
- b) Los Métodos para la ovulación_____
- c) Los procedimientos técnicos para evitar un embarazo_____

13. Los métodos anticonceptivos se clasifican en:

- a) Métodos de barreras – espermicidas – píldoras_____
- b) Métodos de barreras – hormonales – mecánicos_____
- c) Hormonales – píldoras – implantes.

14. Los métodos de barreras son:

- a) Píldoras – óvulos –implantes_____
- b) Espermicida – diafragma – condón_____
- c) T de cobre – diafragma – óvulos_____

15. Los métodos que impiden el encuentro del ovulo con el espermatozoide son:

- a) Los mecánicos y hormonales_____
- b) Los hormonales y píldora_____
- c) Los de barrera y mecánicos_____

16. Los espermicidas como los óvulos vaginales:

- a) Destruyen los espermatozoide_____
- b) Facilitan el encuentro del ovulo con el espermatozoide_____
- c) Ayudan al espermatozoide a llegar al útero_____

17. Los métodos hormonales inhiben:

- a) La caída del cabello_____
- b) Las infecciones de transmisión sexual_____
- c) La ovulación_____

18. La píldora anticonceptiva contiene:

- a) Látex_____
- b) Hormonas_____
- c) Óvulos_____

19. La píldora anticonceptiva se debe tomar:

- a) tres veces por semana_____
- b) Todos los días a la misma hora_____
- c) dos veces al día a la misma hora_____

20. Los anticonceptivos inyectables se pueden usar:

- a) Diariamente_____
- b) Dos veces al día_____
- c) El primer día de la menstruación_____

21. Los anticonceptivos mecánicos son aquellos que:

- a) Se implantan en el útero_____
- b) Se inyectan_____
- c) Se utilizan después del acto sexual_____

22. Los dispositivos intrauterinos (aparatos) son:

- a) Métodos de barrera____
- b) Métodos hormonales____
- c) Métodos mecánicos de anticoncepción_____

23. Los dispositivos intrauterinos se implantan preferiblemente con:

- a) La menstruación____
- b) Sin la menstruación____
- c) Durante el embarazo__