



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. RAÚL DORTICÓS TORRADO”
POLICLÍNICO DOCENTE “JOSÉ LUIS CHAVIANO CHÁVEZ”

Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional
en la ESBU “5 de Septiembre” del municipio de Cienfuegos.

TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

AUTORA. Dra. Jesislyn Bárbara Ferreiro González *

TUTOR. Dr. Ernesto Martínez Ferrer **

ASESORA. Dra. Yaima Arrechea Betancourt ***

(*) Residente de tercer año en Medicina General Integral.

(**) Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.

(***) Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.



Cienfuegos, 2021



Exergo
Exergo

Juventud, ¿sabes que la tuya no es la primera generación que
anhela una vida plena de belleza y libertad?

Albert Einstein



Agradecimientos
Agradecimientos

Deseo agradecer a:
Todos los jóvenes de la ESBU 5 de septiembre por hacer posible mi
sueño.

Amigos y colegas que me apoyaron y dieron fuerzas en el momento
oportuno.

Muchas gracias.

Dra. Jesislyn Bárbara Ferreiro González



Dedicatoria

Dedicatoria

Dedico la investigación de manera especial a:

Mi familia, por su apoyo incondicional en mi formación.

A la Revolución Cubana por permitir crecerme ante las dificultades

*Los profesores que dedicaron tiempo en mi crecimiento profesional y
humano.*

A Todos muchas gracias.



Resumen

En la última década la tendencia del incremento de los riesgos preconcepcionales en la adolescencia temprana constituye un reto de calidad en la labor asistencial del médico en las comunidades que exigen del trabajo preventivo de manera tal que constituyan herramientas que permitan modificarlos oportunamente. Objetivo: Implementar una estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional dirigida a adolescentes de octavo grado. Métodos: estudio cuasi-experimental, antes-después sin grupo control, de intervención en tres etapas. Universo: 76 adolescentes femeninas que cursan el octavo grado. Contexto geográfico: ESBU “5 de Septiembre”, municipio Cienfuegos. Contexto temporal. 2019-2021. Variables: nivel conocimiento, edad, antecedentes patológicos personales, evaluación nutricional, embarazo, abortos, estado civil, necesidades básicas, conductas personales inadecuadas, relaciones sexuales, número de parejas sexuales y uso de anticonceptivos. Fuentes de información: cuestionario 1, 2 y 3, programa educativo. Resultados: Las adolescentes se caracterizaron por tener edad media (14 años), padecer de a, tener sobrepeso y obesidad. Las características obstétricas que las distinguieron fueron favorables: sin embarazos previos y no haber experimentado un aborto. Predominaron las solteras, con necesidades básicas regular, el tabaco, el alcohol y la promiscuidad. Al diagnóstico el 84,2 % tenían conocimiento bajos sobre el tema. Posterior modificaron sus conocimientos a nivel medio el 39,2 % y a nivel alto el 27,6 %. Conclusiones: la intervención es asequible para ser implementada en otros entornos comunitarios. Su pertinencia evidencia la modificación el nivel de conocimientos con impacto favorable en factores de riesgos relacionados con el comportamiento desde la adolescencia temprana.

Palabras clave: RIESGO PRECONCEPCIONAL, ADOLESCENTES, NIVEL DE CONOCIMIENTO, PROGRAMA EDUCATIVO.



Índice

Índice



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	3
Justificación de la investigación	5
Problema de investigación	5
MARCO TEÓRICO	6
OBJETIVOS	18
DISEÑO METODOLÓGICO	19
Aspectos generales del estudio	19
Contexto geográfico y temporal	19
Población de estudio.....	19
Variables de medición de respuesta	19
Operacionalización de las variables.....	20
Descripción de la metodología	21
Métodos y procedimientos estadísticos	26
Métodos de recolección y procesamiento de la información.....	27
Elementos de la ética.....	27
RESULTADOS	28
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	34
PRINCIPALES RESULTADOS	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	
Anexo I. Consentimiento Informado	
Anexo II. Cuestionario 1	
Anexo III. Cuestionario 2	
Anexo IV. Programa educativo.....	
Anexo V. Cuestionario 3.....	
Anexo VI. Índice de masa corporal para el sexo femenino	

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la mayoría de las respuestas han citado fuerzas oscuras que sólo afectan a los más jóvenes. Hace 2.300 años Aristóteles llegó a la conclusión de que «la naturaleza caldea a los jóvenes como el vino a los beodos». En “El cuento de invierno” de William Shakespeare un pastor dice: «Ojalá no hubiese edad entre los diez y los veintitrés, o que los jóvenes pasasen ese tiempo durmiendo, porque no hacen más que preñar mozas, ofender a los mayores, robar y pelear». ⁽¹⁾

En toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al reconocer el riesgo se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar. ⁽¹⁾

Gracias a la Atención Primaria de Salud, con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico y Enfermera de la Familia y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias biopsicosociales ocupan un lugar de alta prioridad. ⁽¹⁻³⁾

Los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) incorporan la sexualidad y la salud sexual y reproductiva (SSR), reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como factor determinante para el bienestar y desarrollo de las personas, parejas, familias, comunidades y naciones, incluyendo la salud materna, reducción de la mortalidad infantil y lucha contra el VIH/SIDA. ⁽³⁾

Las repercusiones que tiene el inicio temprano de la actividad sexual (AS), ha generado gran interés por parte de varias disciplinas, centrándose en identificar los diferentes factores de riesgo asociados a este fenómeno. Por otro lado, el embarazo en las adolescentes se ha convertido en un importante problema de salud. Es considerado una problemática, ya que trae consigo abandono de los estudios, cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo y su familia. ⁽¹⁾

El comportamiento del riesgo preconcepcional varía en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. ⁽²⁾

En Cuba entre el 15 y el 25 por ciento de las mujeres tienen alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como Riesgo Preconcepcional (RPC). Estos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. ⁽⁴⁾

Los hijos de madres adolescentes representan aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo, un 95% de ellas en países en desarrollo. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que 20% de nacimientos en la región son de madres menores de 20 años y 40% de estos embarazos no son deseados. Cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año. El 62,8% de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año. ⁽⁵⁾

En Estados Unidos de Norteamérica en 2004, se estimó que 41,2% de embarazos ocurren en adolescentes de 15-19 años. Sin embargo, en los últimos años han logrado reducir las tasas de embarazos en un 33%, asociado a la reducción de tasas de AS y aumento del empleo más regular y prolongado de métodos anticonceptivos. ^(6,7)

En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15-19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. En la última década la tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años es de 74% y en mayores de 15 años de 9%. ⁽⁸⁾ En Bolivia, cerca de 18% de adolescentes de 15-19 años ya son madres o están embarazadas. Mientras que, en Chile durante el 2009, el 16,14% de los nacimientos correspondió a madres adolescentes; al desagregar por grupo etario, 15,7% corresponden a adolescentes de 15-19 años y 0,4% restante a adolescentes de 10-14 años. ⁽⁹⁾

En Colombia se registra una de las mayores tasas de embarazo en adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 entre 13 y 19 años ha estado embarazada. Una

condición específica que afecta únicamente al sexo femenino, a saber, la maternidad, constituye la segunda causa más frecuente de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo (después del VIH/sida), tendencia que apenas ha variado desde el año 2000. ⁽¹⁰⁾

En Cuba, aunque con una situación más favorable, no escapa a esta realidad. El país se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica, con bajos niveles de mortalidad y fecundidad. El descenso de la fecundidad ha sido sostenido a lo largo de los años. En un estudio realizado en el año 2012, el 13 % de los nacimientos ocurrieron en madres adolescentes, por lo que se halla entre las naciones con un elevado índice de nacimientos en este grupo de edad. ⁽¹¹⁾

Es, por tanto, contradictorio y alarmante el continuo incremento del embarazo en adolescentes en los últimos años, transitando desde 44,9 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años en el 2005, hasta 54,8 en el 2013, siendo esta la única tasa que ha aumentado su peso relativo. Pero, lo más preocupante y llamativo es que también se incrementa la tasa de aborto, la cual llegó a ser superior a la de todas las mujeres en edad reproductiva. ⁽²⁾

En la provincia Cienfuegos, al igual que ocurre en el resto del país, se incrementan los embarazos en la adolescencia. Y tenemos que del total de dos mil 232 embarazadas en el territorio en el año 2017, 336 se encuentran entre las edades de 12 y 14 años, lo que representa más del 15 % y superior con respecto a igual período del año anterior. ⁽³⁾

Planteamiento del problema

La instrucción es el mejor medio de controlar la fecundidad, el instrumento fundamental de trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional, el cual dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, y tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial. Por lo que, para lograr una sexualidad responsable, se hace necesario brindar a la población sexualmente activa información educativa sobre salud reproductiva y riesgo preconcepcional. ⁽⁴⁾

Por otro lado, el mal uso o la aplicación indiscriminada de la anticoncepción pueden tener serias consecuencias médicas, sociales y aun legales, pero las consecuencias médicas son peores cuando una mujer constituye riesgo preconcepcional y no existe una intervención del profesional de salud para modificarlas y lograr el embarazo en las condiciones más óptimas. ⁽⁵⁾

En la actualidad se llevan a cabo actividades dirigidas a desarrollar una Maternidad y Paternidad Responsables que permite a la mujer y a su pareja que elijan la opción de ser padre o madre, estar conscientes de los procesos que están viviendo y participen preparados de forma protagónica y responsable en los diferentes momentos de la vida. ⁽⁶⁾

Por tanto, se hace necesario brindar esta atención integral desde el inicio del ciclo de vida particularmente durante la etapa preconcepcional, lo cual hace posible una maternidad con mínimos riesgos, siendo de vital importancia la observación intensa y particularizada que realiza el personal médico y de enfermería para identificar y diagnosticar a tiempo las complicaciones que pueden presentarse durante el período prenatal, trabajo de parto y puerperio. ⁽⁷⁾

Justificación de la investigación

Es conocido la alta prevalencia de adolescentes que desde etapas muy tempranas se inician en la práctica sexual, experimentan embarazos no deseados, se les diagnostican de embarazos al azar, todo lo cual es causa frecuente de deserción escolar. Al tiempo que, sufren la amarga experiencia de enfrentar enfermedades graves en el periparto o en el puerperio inmediato, comprometiendo su vida y la de su bebé.

El Área de Salud-I no se encuentra exenta del problema, observándose desde hace varios años incremento del número de embarazos no deseados en la adolescencia temprana e intermedia. En el año 2019 se registran 23 captaciones de embarazo en menores de 15 años lo que representa 26,7 % del total, de las cuales 2 (8,7 %) corresponden al consultorio médico 13 del Consejo Popular de Centro Histórico.

Actualmente de las 48 adolescentes entre 12-15 años dispensarizadas en este entorno, 35 (73,04 %) estudian en la Secundaria Básica y se exponen a un riesgo potencial de haber iniciado su vida sexual sin la adecuada orientación. El tema es línea de investigación que tributa al banco de problemas del área de salud. Ante dichos argumentos se plantea la siguiente interrogante científica como problema de investigación.

Problema de investigación

¿Cómo contribuir a modificar el nivel de conocimiento y las conductas inadecuadas relacionadas con el riesgo preconcepcional en adolescentes de octavo grado de la ESBU “5 de Septiembre” de Cienfuegos durante el período 2019-2021?

MARCO TEÓRICO

Durante las últimas décadas, la adolescencia se ha convertido en una de las etapas del ciclo vital que más interés ha llegado a suscitar para investigadores y profesionales de la salud, como lo demuestra el elevado número de publicaciones, congresos y conferencias que se ocupan de este periodo evolutivo. ^(8,9)

El término "adolescencia" que proviene del vocablo latino *adolescere*, significa padecer, crecer. Durante mucho tiempo se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez, pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo humano, exclusiva de nuestra especie. ^(8,9)

Para definir esta etapa, los criterios basados en sus límites de edades han encontrado serias dificultades, fundamentalmente en cuanto a la edad de terminación, por la gran variabilidad que suele verse en este grupo. ⁽¹⁰⁾

Una edad tan compleja y trascendental requiere también una atención consecuente. Padres, educadores y médicos deben conocer las peculiaridades de esta etapa de la vida y cómo orientar al joven a afrontar exitosamente los problemas que se presenten. ^(11,12)

Con la finalidad de encausar la sexualidad en la adolescencia, nuevas prohibiciones han resultado ineficaces, es decir, es mucho más juicioso preparar a los adolescentes para que hagan uso racional de la amplia libertad de que disfrutan y no confiar en prohibiciones impuestas sin razonar, que hoy entrarían en contradicción con los principios que rigen el desarrollo de la personalidad. ^(11,12)

Sin preparación integral, ignorantes de los riesgos de una conducta desordenada, sin tener vínculos establecidos en el seno de la familia, los adolescentes pueden responder incontroladamente a sus impulsos, por eso es responsabilidad de los adultos, de la familia, de la escuela, y del personal de salud, tomar las iniciativas y ayudar a orientar a las nuevas generaciones. ⁽¹³⁾

La pubertad constituye el componente biológico de la adolescencia. Existen diferencias entre las etapas de la adolescencia según el sexo, ya que se producen cambios hormonales que se manifiestan en las gónadas y los caracteres sexuales

secundarios, se adquiere la capacidad reproductiva, también por el crecimiento rápido y los cambios morfológicos que modifican el fenotipo. ⁽¹⁴⁾

La adolescencia según la OMS es el período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años. Se divide en tres etapas, con características diferentes, con formas distintas de enfrentar la sexualidad y un embarazo: 1. Adolescencia temprana (10-14 años), 2. Adolescencia intermedia (15-16 años) y 3. Adolescencia tardía (17-19 años). ⁽¹⁵⁾

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: ⁽¹⁵⁾

1. Adolescencia temprana (10 a 14 años).

Biológicamente, es el período peripuberal con grandes cambios corporales y funcionales, como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los pares e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia intermedia (15 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. ⁽¹³⁾

Es importante hacer énfasis en esta cuestión del paso de la dependencia a la independencia por la que deben transitar los adolescentes, asunto que muchos padres y madres no piensan, y esto, por sí solo, hace compleja la situación. Por ello, los adolescentes de ambos sexos tienen el derecho de que se les prepare, se les

abran los senderos para lograr el ejercicio de una vida rica, hermosa, plena de vivencias y experiencias, donde cada vez más dependan de sus propios esfuerzos, opciones y decisiones para las que deben tener en cuenta no solo sus intereses y necesidades, sino también las de su contexto social.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.
(14,15)

Es de vital importancia que todos aquellos profesionales que atienden adolescentes conozcan las particularidades de estas etapas, donde existen variables físicas normales del desarrollo tanto biológico, psicológico, como social que de no conocerse pueden ser interpretados como patológicos, entonces el manejo o conducta será inadecuado, provocándole tal vez más problemas. ⁽¹⁶⁾

El inicio de la actividad sexual expone a las adolescentes a una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social, pues esta se comienza sin una adecuada orientación y sin conocimiento pleno de las complicaciones que les puede conllevar esa actividad sexual precoz sin la debida protección. ⁽¹⁷⁾

Al inicio sexual en edades tempranas se relacionan diferentes factores favorecedores, dentro de ellos se citan: la ignorancia sobre la reproducción humana que tienen los adolescentes, la mala comunicación con los padres, el desconocimiento de los padres sobre sexualidad, vivir con uno solo de los progenitores, ser hija o hijo de padres adolescentes, la influencia de los grupos de amigos, televisión, periódicos y revistas. ⁽¹⁷⁾

Son miles las adolescentes que por distintos motivos y circunstancias conciben un embarazo sin haberlo planificado, ya que en sus prioridades no se encuentra

planificar un embarazo, y la decisión que tome la adolescente de abortar o de continuarlo siempre va a repercutir en su vida futura. ⁽¹⁷⁾

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. Según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere su capacidad reproductiva, transitando desde los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años de edad, consolidando su independencia socio-económica. ⁽¹⁸⁾

De forma más concreta y con un enfoque psicosocial se puede plantear que la adolescencia es una etapa que responde a patrones refractarios de la consolidación del carácter y la personalidad, donde se unen objetivos, acciones y proyecciones que responden al patrón conductual del proceso formativo de la infancia. La ausencia de patrones educativos en las familias, así como el proceso social en que está inmerso la adolescente, favorece la aparición de diversas tendencias, de ahí que el surgimiento de madres adolescentes es un problema bio-psicosocial, al que debemos enfrentar en la práctica diaria. ⁽¹⁹⁾

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales, comorbilidad, y en un medio familiar normalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. ⁽²⁰⁾

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud a nivel mundial, por las complicaciones y riesgos que implica para la madre y el niño, así como por su repercusión social.⁽²¹⁾ considerándose más del 80 % como embarazos no deseados o no planificados y provocados por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y producto de una relación débil de pareja, y en muchos casos fortuita y ocasional, donde la mayoría de las veces el padre del embrión es también un adolescente. ⁽²²⁾

Estudios mundiales demuestran que el embarazo en la adolescencia contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza, y es considerado una problemática social cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas

futuras de vida de la adolescente embarazada, colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socio-económicos. ⁽²³⁾

La OMS define el Riesgo Reproductivo Preconcepcional como el riesgo que presentan las mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo. ⁽²⁴⁾

Son múltiples las clasificaciones de este, sin embargo ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser cuidadosamente evaluadas para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos. ⁽²⁴⁾

Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz. ⁽²⁵⁾

Al tomar en consideración que en el entorno actual la identificación del riesgo constituye un problema de salud, si no se efectúa la caracterización del mismo, incrementa la morbilidad materno fetal. Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. ⁽²⁵⁾

La consulta preconcepcional se instaura en Cuba con el objetivo de contribuir al descenso de los índices de morbilidad materna infantil, mediante el control, modificación o eliminación de los factores de riesgos en la mujer antes del embarazo. Este proyecto contempla que el médico de familia alcance la dispensarización del 100% de su población femenina, precisando el tipo de riesgo presente en las mismas, convencer a la pareja de la necesidad de su control, asesorando en el método más ventajoso y su período de duración. ⁽²⁶⁾

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. ⁽²⁷⁾

Para el médico de atención primaria, el cuidado individual exige una visión integral que relacione actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación que no podrá descuidarse cuando se analice la función familiar y la atención comunitaria. La contradicción entre lo que resulta mejor para el individuo y lo que es bueno para la sociedad puede constituir un problema ético. La medicina familiar y social no puede separarse de la práctica individual y los médicos deben continuar abogando porque las pacientes obtengan los mayores beneficios en forma equitativa. ⁽²⁸⁾

Muchos autores coinciden en que la planificación familiar, como cualquier otro aspecto de la atención de la salud, depende de un equipo de personas, aunque cada una realiza un trabajo diferente. Los médicos reconocen que el traer una criatura al mundo es una de las tareas más importantes y de más responsabilidad en el cuidado de la salud. ⁽²⁹⁾

En comparación con la responsabilidad de atender un parto, la mayoría de las técnicas que intervienen en la anticoncepción son relativamente simples. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva. ⁽²⁹⁾

La atención al Riesgo Reproductivo Preconcepcional es una estrategia de primer orden, tiene un enfoque epidemiológico y va dirigida a modificar los riesgos biológicos, psicológicos y sociales preexistentes que de forma voluntaria y negociada con las parejas o mujeres, permiten modificarlos con vista a que el embarazo curse con el menor riesgo posible y existan menos embarazos con riesgo.

La calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva responde a una estructura básica de servicios (recursos, organización, disponibilidad y prestación de

servicios) en un proceso continuo de interrelación entre los usuarios, los prestadores de servicios, el sistema de salud y el sistema social. Este proceso puede verse afectado por prácticas inadecuadas o falta de capacitación, no sólo en aspectos técnicos, sino en aquellos que involucran la comunicación con los usuarios. ⁽³⁰⁾

La evaluación preconcepcional debe intentar prevenir las condiciones en que se desarrolla un embarazo, tratando de minimizar los efectos negativos, ya que la complejidad de los sistemas biológicos, capaces de mantener estructuras ordenadas en condiciones alejadas del equilibrio, ocasiona dificultades para establecer predicciones, por lo que es necesario una ética responsable, capaz de prever consecuencias remotas, que incorpore el respeto y la esperanza sin aceptar el quietismo nosológico. ⁽³¹⁾

Los elementos de riesgo están presentes en ambos sexos, pero repercuten fundamentalmente en la mujer. El primer problema es el enfoque paternalista tradicional que han tenido los problemas de salud femeninos, que llegaron a causar perjuicio a la mujer, al hacerle sentir y creer que algunos de sus síntomas no eran reales o resultaban intratables, como condición inherente a su sexo y las escasas asignaciones de recursos para los programas de salud dirigidos a la mujer. ⁽³²⁾

La estructura jerárquica en que el médico domina el sistema, desde un enfoque tradicional de roles, y las políticas y prioridades basadas en la perspectiva reproductiva, reflejo de valores personales, de médicos, familiares y sociedad, implica en ocasiones un reto a la autonomía de la mujer y a su salud mental y la obtención del consentimiento informado para la realización de procedimientos como la utilización de anticonceptivos o la esterilización quirúrgica. ⁽³²⁾

Resulta un requisito indispensable para la buena práctica médica y es posible que ello se extienda en un futuro a la utilización del ultrasonido diagnóstico o al uso de medicamentos para el tratamiento de la infertilidad o durante el embarazo, sino debe ser el resultado de la educación del paciente, a partir de los conocimientos médicos sobre factores biológicos, psicológicos y las diferencias culturales, que pueden constituir elementos de enfrentamiento entre médicos y pacientes. ⁽³²⁾

Los objetivos expresados por la Asociación de Escuelas de Medicina de América incluyen el compromiso de defender en todo momento los intereses de los pacientes, exigiendo el compromiso de proveer asistencia los que se encuentren imposibilitados de pagar y refuerza la necesidad del conocimiento médico de los factores económicos, sociales y culturales que contribuyan a la salud. Resulta también importante tener estudiantes que aprendan de médicos con un rol eficiente en la atención compasiva de los pacientes, especialmente los pobres o médicamente no asegurados. ⁽³³⁾

Para el médico de atención primaria, el cuidado individual exige una visión integral que relacione actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación que no podrá descuidarse cuando se analice la función familiar y la atención comunitaria. La contradicción entre lo que resulta mejor para el individuo y lo que es bueno para la sociedad puede constituir un problema ético.

La medicina familiar y social no puede separarse de la práctica individual y los médicos deben continuar abogando porque las pacientes obtengan los mayores beneficios en forma equitativa. En el nivel de la Atención Primaria De Salud con el Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. ⁽³⁴⁾

Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones. ⁽³⁴⁾

Salud reproductiva

Se define a la salud reproductiva como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones, enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos." ⁽³⁵⁾

Esta concepción de la salud reproductiva precisa que hombres y mujeres puedan utilizar métodos anticonceptivos eficaces, asequibles y admisibles, permitiendo de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, con libre voluntad de la procreación, decidiendo cuándo y cuántos hijos tener. Además de tener libre acceso a los servicios de salud ofreciendo con mayores probabilidades a las parejas tener hijos sanos. ⁽³⁶⁾

Atención preconcepcional.

El conjunto de acciones de salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja que incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo preconcepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación. ⁽³⁶⁾

En la Atención Preconcepcional se distinguen acciones de promoción de la salud, entregada a la población por medio de consejería o asesoría preconcepcional y acciones preventivas que se entregarán por medio del control preconcepcional. Esta diferencia es importante, ya que la consejería puede realizarse en recintos que no son del área de salud, tales como establecimientos educativos, lugares de trabajo u otros. ⁽³⁷⁾

Clasificación de los factores de riesgo preconcepcional ⁽³⁸⁾

Antecedentes biológicos:

- Enfermedades crónicas degenerativas, edad (el riesgo es muy elevado para adolescentes. Después de los 30 años por sí sola no constituye un riesgo, deberá estar asociado a otros riesgos).
- Estado Nutricional (anemia, desnutrición u obesidad).

Afecciones psiquiátricas.

-Patologías ginecológicas.

-Antecedentes obstétricos desfavorables.

Psicológicos:

-Poca cooperación a las orientaciones médicas.

-Trastornos de personalidad.

Ambientales:

-Atmósfera enrarecida, fuente de abasto de agua insegura, convivencia con algunos animales transmisores de enfermedades al hombre, poca higiene.

-Otras condiciones del medio.

Sociales:

-Alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, hacinamiento, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico.

Antecedente obstétrico: Aborto a repetición, multípara, espacio intergenésico corto, defunciones neonatales, defunciones fetales, bajo peso al nacer, Rh sensibilizado, EVHE, cesárea anterior.

Afecciones asociadas: Asma bronquial, endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, HTA, epilepsia, anemias

Antecedentes socio ambientales: Bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, hábitos tóxicos por alcoholismo, hábitos tóxicos por tabaquismo condiciones de vida o de trabajo adversas.

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de estos factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. El grado de asociación se

determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual. ⁽³⁹⁾

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población. ⁽⁴⁰⁾

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos: ⁽⁴¹⁾

1. Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
3. Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan. En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo. ⁽⁴²⁾

Al eliminar o compensar el riesgo preconcepcional con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. ⁽⁴²⁾

De esta manera mejoraría el estado de salud de las madres y los niños, se podrían obtener niños más sanos y saludables, las madres asistirían al momento del parto en las condiciones óptimas para el mismo, evitando complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y también durante toda la vida infantil. Los niños podrían tener un crecimiento y desarrollo normal evitando enfermedades y defunciones. ⁽⁴²⁾

La atención al Riesgo Reproductivo Preconcepcional es una estrategia de primer orden y va dirigida a modificar los riesgos biológicos, psicológicos y sociales pre-existent, que de forma voluntaria y negociada con las parejas o mujeres, permiten modificarlos con vista a que el embarazo curse con el menor riesgo posible. ⁽⁴²⁾

Es novedoso abordar por concepto de género, especialmente los riesgos en el hombre, tanto aquellos relacionados con afecciones sistémicas modificables y los del aparato reproductor, como los que tienen que ver con los hábitos tóxicos como por ejemplo el alcoholismo o con conductas sociales inadecuadas. ⁽⁴²⁾

El mal uso o la aplicación indiscriminada de la anticoncepción pueden tener serias consecuencias médicas, sociales y aun legales, pero las médicas son peores cuando una mujer constituye riesgo preconcepcional y no existe una intervención del profesional de salud para modificar este y lograr el embarazo en las condiciones más óptimas. ⁽⁴²⁾

OBJETIVOS

General:

- ∞ Implementar estrategia de Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en adolescentes de octavo grado de la ESBU “5 de Septiembre” del municipio de Cienfuegos durante el período 2019-2021.

Específicos:

1. Caracterizar a las adolescentes según factores de riesgos biológicos, obstétricos y sociales.
2. Evaluar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional de las adolescentes antes y después de aplicar la estrategia de intervención.
3. Comparar el comportamiento de los factores de riesgos de las adolescentes seis meses después de haber implementado la intervención educativa.

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación del estudio: investigación + desarrollo.

Aspectos generales del estudio

Tipo de estudio: cuasi-experimental, antes-después sin grupo control, mediante una intervención educativa diseñada en tres etapas predefinidas (diagnóstica, educativa y evaluación).

Contexto geográfico y temporal

Contexto geográfico. Escuela secundaria básica urbana; ESBU “5 de Septiembre” ubicada en el entorno del Área de salud-I, policlínico docente “José Luis Chaviano Chávez” municipio y provincia Cienfuegos, Cuba.

Contexto temporal. Desde el 1º de septiembre de 2019 al 31 mayo de 2021.

Población de estudio

Universo que coincide con la muestra: 76 adolescentes femeninas de octavo grado.

Criterios de inclusión:

- ☞ Adolescentes que estuvieron de acuerdo en participar en la investigación mediante su consentimiento informado (Anexo I).

Criterios de exclusión:

- ☞ Padres y/o tutores en desacuerdo en la participación de las adolescentes en el estudio.
- ☞ Adolescentes que constituyan nuevas matrículas a la institución.

Criterios de salida:

- ☞ Las adolescentes que durante el estudio causen baja del centro o deseen salir del estudio.

Variables de medición de respuesta

- ☞ Factores de riesgo biológico (edad, antecedentes patológicos personales <APP>, evaluación nutricional)
- ☞ Factores de riesgo obstétrico (embarazo, abortos, uso de anticonceptivos)

- ☞ Factores de riesgo sociales (estado civil, necesidades básicas, conducta personal inadecuada, relaciones sexuales, número de parejas sexuales)
- ☞ Nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional.

Fuente de información: cuestionario 1 (Anexo II), cuestionario 2 (Anexo III), programa educativo (Anexo IV), cuestionario 3 (Anexo V).

Operacionalización de las variables

Variables	Tipo de Variable	Escala	Descripción	Indicador
Nivel conocimiento	Cualitativa ordinal	Alto Medio Bajo	Entre 80 y 100 pts Entre 60 y 79 pts ≤59 pts	Número y por ciento
Edad	Cuantitativa discreta	12,13,14,15	Basado en la fecha de nacimiento	Media aritmética, desviación estándar y límites inferior y superior
Antecedentes patológicos personales	Cualitativo Nominal politómica	-Enfermedad Cardiovascular -Hipertensión Arterial -Antecedente de Accidentes -Colesterol y triglicéridos altos -Diabetes mellitus -Hepatitis B -Hipotiroidismo -Tumores -Asma Bronquial -Enfermedad Psiquiátrica -Intento Suicida -Violencia y maltrato familiar. -Enfermedad de Transmisión Sexual -No refiere	Basado en las encuestas e información obtenidas mediante los guías del grupo	Número y por ciento
Evaluación nutricional	Cuantitativa nominal politómica	Desnutrido IMC <3 percentil. Bajo peso IMC 3-10 percentil. Normopeso IMC/10-90	Según tablas cubanas de Índice de Masa Corporal para el sexo femenino.	Número y por ciento

		percentil Sobrepeso IMC /90-97 percentil Obeso IMC<97percentil		
Embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Basado en la encuesta	Número y por ciento
Abortos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Basado en la encuesta	Número y por ciento
Uso de anticonceptivos	Cualitativo Nominal Dicotómica	Si No	Basado en la encuesta.	Número y por ciento
Estado civil	Cualitativo Nominal Politómica	Soltera Unión libre Casada	Basado en las encuestas e información obtenidas mediante los guías del grupo	Número y por ciento
Necesidades básicas	Cualitativo Nominal Politómica	Bueno Regular Malo	Basado en las encuestas e información obtenidas mediante los guías del grupo	Número y por ciento
Conductas Personales inadecuadas	Cualitativo Nominal Politómica	Alcoholismo Tabaquismo Café Drogadicción Promiscuidad	Basado en la encuesta.	Número y por ciento
Relaciones sexuales	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Basado en la encuesta	Número y Por ciento
Número de parejas sexuales	Cuantitativa ordinal	Ninguno Una Dos y más	Basado en la encuesta y numero de compañeros sexuales	Número y por ciento

Descripción de la metodología

Se informó a los participantes en la investigación los objetivos de la misma y los resultados esperados y se sometió a consentimiento de los estudiantes y/o padres o tutores la participación en la investigación. Inicialmente se realizaron todas las coordinaciones pertinentes con el Centro Municipal de Educación para la Salud y con la dirección de la escuela.

La intervención se estructuró en tres etapas. Primera etapa para identificar los factores de riesgo biológico, obstétricos y sociales de los sujetos del estudio y el

nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional, lo cual se realizó previa a la solicitud del consentimiento informado y a la aplicación del programa educativo. Segunda etapa donde se implementó el programa educativo y tercera etapa de evaluación del nivel de conocimiento y donde se indagó en las posibles modificaciones del comportamiento de los factores de riesgos identificables de la primera etapa.

Los locales donde se desarrolló la investigación contaron con la adecuada ventilación e iluminación, se cumplió con los principios del distanciamiento social y se mantuvo un uso adecuado de los medios de protección, determinado por la situación epidemiológica en la que se encontraba el territorio con respecto a la COVID-19.

Descripción de las técnicas por etapas

Primera etapa: Diagnóstica.

Se tuvo previsto un listado con los nombres, apellidos de todas las estudiantes de octavo grado que formaron parte del universo. Se convocaron para una reunión todas las adolescentes, padres o tutores de las mismas, donde se les explicó los objetivos de la investigación, cómo se llevaría a cabo. Esta reunión se desarrolló en las aulas donde reciben clases de la ESBU “5 de Septiembre” donde se solicitó el consentimiento informado a tutores y adolescentes (Anexo I).

Para darle salida al objetivo 1 y 2 se procedió a recolectar la información necesaria mediante la aplicación de la encuesta la cual se estructura en dos cuestionarios; el cuestionario 1 (Anexo II) para caracterizar los factores biológicos, obstétricos y sociales a las adolescentes y el cuestionario 2 (Anexo III) para determinar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional.

Las adolescentes fueron citadas para el consultorio donde se procedió a aplicar el cuestionario 1 y a determinar las medicaciones antropométricas para la evaluación de su estado nutricional como: talla en metros y peso en kilogramos de la siguiente forma:

Para la determinación del peso se utilizó una balanza bien calibrada. Las pacientes fueron pesadas en ropa ligera y sin zapatos. El registro se efectuó en el horario de la mañana previa evacuación de vejiga.

Para la determinación de la talla se utilizó tallímetro y se colocó a la paciente de pie con el cuerpo erguido en máxima extensión y cabeza erecta, ubicándola de espalda al tallímetro, con la cabeza orientada en plano de Frankfort, los músculos gemelos, glúteos, los omoplatos y la parte posterior de la cabeza en contacto con la barra vertical; los pies en ángulo de 45°.

- En la valoración de la presencia o no de factores de riesgo modificables como la obesidad y sobrepeso se calculó el Índice de Masa Corporal por la fórmula de Quetelet: ⁽⁴³⁾

$$IMC = \left(\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{talla (m)}^2} \right)$$

Para la ubicación en las categorías de la variable se tuvo en cuenta los siguientes puntos de corte empleando las tablas para el sexo femenino (Anexo VI) siendo los criterios establecidos para:

- A. Desnutrido IMC <3 percentil.
- B. Bajo peso IMC 3-10 percentil.
- C. Normopeso IMC/10-90 percentil
- D. Sobrepeso IMC /90-97 percentil
- E. Obeso IMC<97percentil

- Además fueron recolectadas en el cuestionario 1 (Anexo II) otras variables de interés como: tabaquismo, alcohol, drogas, promiscuidad, entre otras. (Ver operacionalización).

Posteriormente se aplicó el cuestionario 2 (Anexo III) para evaluar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en las adolescentes antes de aplicar la intervención educativa.

Los pacientes seleccionaron las opciones que consideraron correcta o incorrectas en cada pregunta de forma individual, la misma fue aplicada por la autora de la

investigación en un tiempo aproximado de veinte minutos, este instrumento se aplicó nuevamente al concluir el programa educativo; es decir en la segunda etapa.

El cuestionario 2 (Anexo III) consta de ocho preguntas donde se le asignó la siguiente calificación:

Las preguntas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8) 10 puntos si las respuestas son correctas o cero si las respuestas son incorrectas.

La pregunta 7 con un valor de 30 puntos conformados por cinco ítems y cada uno con un valor de 6 puntos.

Clave de calificación para obtener la máxima calificación:

Pregunta 1: si

Pregunta 2: si

Pregunta 3: si y explicación correcta

Pregunta 4: si

Pregunta 5: si y explicación correcta

Pregunta 6: tres enfermedades de transmisión sexual correctas (Gardenellas vaginal, gonorrea, sífilis, chancro, papiloma humano, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, otras)

Pregunta 7: a- edad adolescencia y añosas, b- AAP de ECNT, c-hábitos tóxicos correctos (café, cigarro, alcohol, drogas, automedicación), d- peso obeso, sobrepeso, desnutrido, e- tener antecedentes obstétricos.

Pregunta 8: período intergenésico de dos años o superior

Finalmente el nivel de conocimiento se ponderó de la siguiente forma:

Alto: cuando correspondió con el 80 al 100 % de las respuestas correctas para una puntuación entre 80 a 100 puntos respectivamente.

Medio: cuando correspondió con el 60 al 79 % de las respuestas correctas para una puntuación entre 60 a 79 puntos respectivamente.

Bajo: cuando correspondió con el 0 al 59 % de las respuestas correctas para una puntuación entre 0 a 59 puntos respectivamente.

Este período tuvo una duración de dos meses, septiembre y octubre del año 2019.

Lugar de desarrollo de la etapa: Aulas de la ESBU “5 de Septiembre” y consulta médica del consultorio 13.

Segunda etapa. Etapa educativa.

Una vez analizados los resultados de la primera etapa se procedió a darle salida al tercer objetivo. Para ello se empleó el programa educativo (Anexo IV) a partir de un diseño validado por *Rojas Riera* en la universidad católica de Santiago de Guayaquil, en el trabajo titulado diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Ecuador 2017. ⁽⁴⁴⁾ con el objetivo de incrementar el nivel de conocimiento riesgo preconcepcional en las participantes.

Estrategia de trabajo: La población de adolescentes femeninas fue dividida en seis grupos formados por 12-13 participantes en cada uno y agrupados por edades. Las sesiones de trabajo se describen en el Anexo IV, donde se declaran los temas, contenidos y objetivos de cada encuentro, así como la estrategia docente. La implementación del programa educativo se efectuó por la autora de la investigación con enfoque educativo, se emplearon las siguientes técnicas educativas: lluvia de ideas, charla educativa y discusión grupal.

Las estrategia se desarrolló por temáticas cada una con objetivos, modalidades, habilidades, formas organizativas y evaluativas diferentes, el espacio utilizado será un aula de la escuela “5 de septiembre” con capacidad para 20 alumnos aunque se trabajó con grupos de 12 o 13 teniendo en cuenta la situación epidemiológica. Las sesiones de trabajo se desarrollaron todos los sábados de 10 am a 11 am durante seis meses, en la implementación de la estrategia intervienen el equipo básico de salud, así como la educadora para la salud, el psicólogo del área, la jefa del grado, así como padres invitados con previa preparación del tema.

Luego se aplicó nuevamente el cuestionario 2 (Anexo III) el cual facilitó evaluar el nivel de conocimientos en las adolescentes posterior a la intervención.

La variable conocimiento fue medida a través de una encuesta de ocho preguntas, evaluando que conocen sobre concepto y factores de riesgo preconcepcionales, así como también la prevención en la etapa preconcepcional.

Este período tuvo una duración de cuatro meses (Noviembre 2019 a febrero del 2020).

Lugar de desarrollo de la etapa. Aulas programadas de la ESBU “5 de septiembre”.

Tercera etapa. Etapa de evaluación.

En los siguientes seis meses posteriores a la intervención (desde marzo a agosto del 2020) se dejó que los pacientes consolidaran el conocimiento aprendido y adoptaran conductas inclusivas ante lo aprendido. Transcurrido este tiempo y en correspondencia con la tercera etapa del estudio se procedió a citarlos de manera organizada a las aulas de la institución en locales aislados unos entre otros.

En este momento se procedió de manera similar a evaluar la modificación de factores de riesgos evaluados en la primera etapa como biológico, obstétricos y sociales, por lo que les fue aplicado el cuestionario 3 (Anexo V). Además se realizó la medición de las mesuraciones antropométricas exactamente igual que la primera etapa.

Esta etapa permitió establecer el impacto del programa educativo en relación a la modificación de los factores de riesgo anteriormente relacionados los que se consideraron como el efecto o resultado de las labores educativas realizadas.

Este período tuvo una duración de cuatro meses (septiembre a diciembre del 2020).

Lugar de desarrollo de la etapa: Aulas de la ESBU “5 de Septiembre” y consulta médica del consultorio 13.

Métodos y procedimientos estadísticos

Las técnicas estadísticas utilizadas de tipo descriptivas con distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los indicadores empleados en el estudio fueron media aritmética $\pm$ desviación estándar; rango de clases para la edad. Los resultados

obtenidos se presentan en tablas y gráficos, en todos los casos la fuente de estos se corresponderá con la información obtenida a partir de los instrumentos aplicados.

Métodos de recolección y procesamiento de la información

Para la elaboración de este estudio se utilizará una computadora personal Pentium 4 con ambiente de Windows XP y el paquete computacional MS Word XP como procesador de texto. Las tablas y gráficos se realizaron en una hoja de cálculo de MS Excel, programa de aplicación MS Office XP y Windows XP profesional como sistema operativo. La base de datos y el procesamiento de la información se utilizará el paquete de programas estadísticos SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 22.0).

Elementos de la Ética

Se solicitó aprobación al Consejo Científico de área –I, posteriormente a la Facultad de Ciencias Médicas. La investigación se sustenta en los principios éticos, y resguarda el derecho de los sujetos a proteger su integridad. Se solicitó el consentimiento informado (Anexo I) a las participantes y sus tutores antes de su ejecución.

RESULTADOS

En la **tabla 1** se observa la distribución de las características biológicas de las adolescentes que participaron en el estudio, donde la edad media de las participantes fue 14 años con límites de 13 y 15 años de edad.

La asma bronquial (n=16-21,3 %) fue el antecedente patológico personal que más se registró entre las participantes, seguido de las enfermedades de transmisión sexual (n=15-19,7 %) y los intentos suicidas (n=10-13,20 %), mientras que el 13,2 % de las adolescentes no registró APP. La violencia y el maltrato familiar, los accidentes, la diabetes mellitus y la HTA fueron los problemas menos representados.

En relación a la evaluación nutricional las adolescentes de octavo grado se caracterizaron por tener sobrepeso (n=39-51,3 %) y obesidad (n=22-29,0 %), mientras que el 19,7 % de ellas eran normopesas.

Tabla 1. Distribución de las características biológicas de las adolescentes. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Variables biológicas		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
<i>Edad media $\pm$DE (límite inferior-límite superior)</i>		14 $\pm$ 1,03(13-15)	
APP	Asma bronquial	16	21,3
	Enfermedad de transmisión sexual	15	19,7
	Intento suicida	10	13,2
	No refiere	10	13,2
	Violencia y maltrato familiar	9	11,8
	Antecedente de accidentes	4	5,3
	Diabetes mellitus	4	5,3
	Hipertensión arterial	2	2,6
	Colesterol y triglicéridos altos	0	0,0
Evaluación nutricional	Normopeso	15	19,7
	Sobrepeso	39	51,3
	Obeso	22	29,0

Fuente. Cuestionario 1. N=76

En la **tabla 2** se observa la distribución de las características obstétricas de las adolescentes que participaron en el estudio, donde predominaron durante la caracterización inicial las que no habían tenido embarazo (n=66-86,8 %), las que no se habían practicado nunca un aborto (n=43-56,6 %).

Sin embargo, se identificó una representación importante de las que no usaban anticonceptivos (n=50-65,8 %) durante la práctica sexual, se habían practicado aborto (n=33-43,4 %) entre los 13 y los 15 años de edad y las que habían tenido embarazo (n=10-13,2 %).

Tabla 2. Distribución de las características obstétricas de las adolescentes. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Variables obstétricas	Cantidad de adolescentes			
	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Embarazo	10	13,2	66	86,8
Abortos	33	43,4	43	56,6
Uso de anticonceptivos	26	34,2	50	65,8

Fuente. Cuestionario 1. N=76

En la **tabla 3** se observa la distribución de las características sociales de las adolescentes que participaron en el estudio, donde predominaron durante la caracterización inicial la soltería (n=64-84,2 %) y las necesidades básicas percibidas por ellas como regular (n=31-40,8 %) y mala (n=25-32,9 %), solo un 26,3 % refirieron buenas el hecho de cubrir sus necesidades.

Tabla 3. Distribución de las características sociales de las adolescentes. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Variables sociales		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Estado civil	Soltera	64	84,2
	Unión estable	2	2,6
	Casada	1	1,3
Necesidades básicas	Buena	20	26,3
	Regular	31	40,8
	Mala	25	32,9

Fuente. Cuestionario 1. N=76

En la **tabla 4** se observa la distribución de la conducta personal inadecuada de las adolescentes que participaron en el estudio, donde predominaron durante la caracterización inicial el consumo del tabaco (n=59-77,6 %), el consumo de alcohol (n=51-67,1 %) y la promiscuidad (n=33-43,4 %). No se registraron adolescentes que refirieran el consumo de drogas o automedicación.

Tabla 4. Distribución de la conducta personal inadecuada de las adolescentes. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Conducta inadecuada	Cantidad de adolescentes	
	No.	%
Tabaco	59	77,6
Alcohol	51	67,1
Promiscuidad	33	43,4
Café	15	19,7
Automedicación	0	0,0
Droga	0	0,0

Fuente. Cuestionario 1. N=76

En la **tabla 5** se observa la distribución de características sociales relacionadas con la práctica sexual de las adolescentes que participaron en el estudio, donde en la caracterización inicial la mayor representación de las adolescentes tenían relaciones sexuales (n=74-97,4 %), con una pareja sexual (n=41-54,0 %). Sin embargo se identificó que el 43,4 % tenían relaciones sexuales con dos y más parejas.

Tabla 5. Distribución de las características sociales relacionadas con la práctica sexual de las adolescentes. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Práctica sexual		Cantidad de adolescentes	
		No.	%
Relaciones sexuales	Si	74	97,4
	No	2	2,6
No. parejas sexuales	Ninguna	2	2,6
	Una	41	54,0
	≥ Dos	33	43,4

Fuente. Cuestionario 1. N=76

En la **tabla 6** se observa la distribución del nivel de conocimientos de las adolescentes antes y después de la intervención educativa. Antes de la intervención educativa se registró que el 84,2 % tenían conocimiento bajos y el 15, 8 % medio sobre RPC que fueron indagados con la herramienta aplicada.

Posterior a la implementación del programa educativo modificaron sus conocimientos de manera favorable la mayor representación de las participantes donde el 39,2 % registró un nivel de conocimientos medio y el 27,6 % alto. Solo el 13,2 % no logró modificar sus conocimientos.

Tabla 6. Distribución del nivel de conocimientos sobre RPC en las adolescentes antes y después de la intervención educativa. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Nivel de conocimientos	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Alto	0	0,0	21	27,6
Medio	12	15,8	45	39,2
Bajo	64	84,2	10	13,2

Fuente. Cuestionario 2. N=76

En la **tabla 6** se observa la distribución de las modificaciones de los factores de riesgo biológicos, seis meses posteriores a la intervención educativa. Al diagnóstico del total de adolescentes con sobrepeso (casos =39) y la obesidad (casos =22) seis meses posteriores mantenían el sobrepeso el 17,1 % y la obesidad el 13,2 %.

De los que registraron intento suicida (casos =10) incurrieron en este riesgo el 2,6 %. Mientras que, los que padecieron enfermedades de transmisión sexual (casos =15) incurrieron en estas infecciones el 10,5 %.

Al finalizar el estudio el riesgo mejor modificado fue el sobrepeso, de 39 casos al diagnóstico modificaron el riesgo el 34,2 % de las adolescentes. Seguido por la obesidad (15,8 %), el intento suicida (10,5 %) y las ETS (9,2 %).

Tabla 7. Modificaciones de los factores de riesgos biológicos seis meses posteriores a la intervención educativa. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Factores de riesgo biológicos		CASOS	Seis meses posteriores			
			Con riesgo		Sin riesgo	
			No.	%	No.	%
Evaluación nutricional	Sobrepeso	39	13	17,1	26	34,2
	Obeso	22	10	13,2	12	15,8
APP	Intento suicida	10	2	2,6	8	10,5
	Enfermedad de transmisión sexual	15	8	10,5	7	9,2

Fuente. Cuestionario 3. N=76

En la **tabla 8** se observa la distribución de las modificaciones de los factores de riesgo obstétricos, seis meses posteriores a la intervención educativa. Al diagnóstico del total de adolescentes con embarazos previos (casos =10) y abortos (casos =33) seis meses posteriores incurrieron el 1,3% embarazos y 11,8 % abortos. De los que

refirieron no usar métodos anticonceptivos (casos =50) al diagnóstico, mantuvieron esta conducta el 34,2 %.

Al finalizar el estudio el riesgo mejor modificado fue el no incurrir en embarazos, de 10 casos al diagnóstico modificaron el riesgo el 11,8 % de las adolescentes, seguido por no incurrir en abortos (31,6 %) y emplear métodos anticonceptivos (31,6 %).

Tabla 8. Modificaciones de los factores de riesgos obstétricos seis meses posteriores a la intervención educativa. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Factores de riesgo obstétricos		CASOS	Seis meses posteriores			
			Con riesgo		Sin riesgo	
			No.	%	No.	%
Obstétricos	Embarazo	10	1	1,3	9	11,8
	Aborto	33	9	11,8	24	31,6
	No uso de anticonceptivos	50	26	34,2	24	31,6

Fuente. Cuestionario 3. N=76

En la **tabla 9** se observa la distribución de las modificaciones de los factores de riesgo sociales relacionados con la conducta inadecuada, seis meses posteriores a la intervención educativa. Al diagnóstico del total de adolescentes consumidores de tabaco (casos=59) y alcohol (casos=51), seis meses posteriores el 32,9 % incurrieron en el tabaco y el 19,7 % en el consumo de alcohol. De las que eran promiscuas (casos =33) al diagnóstico, mantuvieron esta conducta el 15,8 %. Mientras que, continuaron consumiendo café el 3,9 %.

Al finalizar el estudio el riesgo mejor modificado fue el abandono del alcohol, de 51 casos al diagnóstico modificaron el riesgo el 47,4 % de las adolescentes. Seguido por el abandono del tabaco (44,7 %), abandono de la promiscuidad y tener relaciones sexuales, ambas con igual representación (27,6 %). Mientras que, el riesgo modificado menos representado fue el abandono del consumo de café (15,8 %).

Tabla 9. Modificaciones de los factores de riesgo sociales en las adolescentes seis meses posteriores a la intervención educativa. ESBU "5 de Septiembre", Área-I, 2019-2021.

Factores de riesgo sociales	Casos	Seis meses posteriores
-----------------------------	-------	------------------------

			Con riesgo		Sin riesgo	
			No.	%	No.	%
Conducta inadecuada	Tabaco	59	25	32,9	34	44,7
	Alcohol	51	15	19,7	36	47,4
	Promiscuidad	33	12	15,8	21	27,6
	Café	15	3	3,9	12	15,8
Relaciones sexuales	Si	74	53	69,7	21	27,6

Fuente. Cuestionario 3. N=76

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la bibliografía revisada se encontraron numerosas intervenciones basadas en programas educativos referentes al tema con diferentes enfoques para su prevención. Debido a ello existen suficientes evidencias que demuestren el impacto positivo en el nivel de conocimiento sobre RPC, así como en los cambios en el comportamiento que influya favorablemente en las modificaciones de los factores de riesgo. La autora expone su punto de vista ante los resultados registrados en las adolescentes de la ESBU “5 de Septiembre” donde se desarrolló la investigación.

El estudio se enfocó en adolescentes entre 13 y 15 años, en quienes se describe un nivel de desconocimiento elevado sobre RPC que fue modificado posterior a la intervención. Además se indagó en la presencia de posibles factores de riesgo modificables de la conducta y sus posibles cambios, elementos valiosos para alcanzar buenos hábitos de vida y cambios en el comportamiento sexual así la mejor manera de enfrentar la iniciación en la práctica sexual.

Uno de los grupos poblacionales más susceptible de sufrir transformaciones en la comunidad es la población adolescente. Dentro de las aristas de su personalidad la más sensible es la esfera psicosexual. El afán por ser adultos y el deseo de comprobar su capacidad reproductiva interpretada como virtud indispensable para demostrar la nueva condición de mujer puede conducirlos a incursionar con descuidos en el mundo de la sexualidad. ⁽⁴⁵⁾

El comportamiento sexual de los jóvenes muestra interés de estudio para la comunidad científica. El patrón de encuentros sexuales que se observa hoy en día, implica relaciones esporádicas y con múltiples parejas, lo que contribuye a la exposición al riesgo de incurrir en promiscuidad con la consecuente mayor implicación en enfermarse por infecciones de transmisión sexual, siendo la edad, predictora por sí misma de estos riesgos. ⁽⁴⁶⁾

Diversos estudios avalan las relaciones sexuales cada vez son más precoces, estableciéndose que la mayoría de los jóvenes Europeos menores de 25 años se han iniciado en las relaciones sexuales. ⁽⁴⁷⁾ Sin embargo, en el actual estudio afrontamos un problema sin precedentes, la población de adolescentes femeninas

ubicada en la adolescencia temprana con iniciación en su vida sexual y numerosos riesgos por el elevado desconocimiento sobre cómo afrontar de la manera más saludable los posibles riesgos antes de enfrentar la concepción de un embarazo.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual desarrollada por el Ministerio de Sanidad e Igualdad en Madrid, España, ⁽⁴⁸⁾ la edad de inicio de las relaciones sexuales en este país está diferenciada por género, siendo la edad más temprana en varones.

Sin embargo, no se puede simplificar sólo al género, ya que existen muchos otros factores que interfieren, como los factores sociales, que estereotipan las relaciones entre jóvenes. ⁽⁴⁹⁾ La edad de la primera relación está establecida a los 16-17 años de edad, definiéndose un patrón de riesgo ligeramente superior en chicos (15-16 años), ⁽⁵⁰⁾ aunque cada vez más, igualándose en las chicas (17-18 años). ^(51,52)

Estudios previos han puesto de manifiesto que aquellos jóvenes que disponen de más información sobre sexualidad se exponen a menos situaciones de riesgo. No obstante, hay otros estudios que llegan a la conclusión de que no es lineal esta relación y no siempre la información es sinónimo de cambio de hábitos. ⁽⁴⁹⁾

Aunque la sociedad moderna permite el acceso a la información a través de la nueva tecnología, existe una alta prevalencia de errores entre los jóvenes en materia de sexualidad. Según *Gelfond J*, ⁽⁵³⁾ la prevención de infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, el no uso de la anticoncepción adecuada y la prevención de embarazos no deseados, conlleva una mayor exposición a situaciones de riesgo a estas edades. Así como, a mayores tasas de embarazos no deseados y el contagio de infecciones de transmisión sexual, entre las cuales se encuentra el virus de la inmunodeficiencia humana, el papiloma humano, entre otros. ⁽⁴⁷⁾

Antes de implementarse la intervención educativa, se constató que las adolescentes consideraban que la edad apropiada para el inicio de las relaciones sexuales era antes de los 14 años, lo que ha sido expuesto por diferentes autores. ⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ La edad de comienzo de las relaciones sexuales encontradas en esta investigación fue similar a otros estudios realizados en Matanzas, ⁽⁵⁵⁾ otras regiones de Cuba ⁽⁵⁴⁻⁵⁷⁾ y en otros países. ^(58, 59)

Salazar Granara y colaboradores, ⁽⁶⁰⁾ plantean que en los últimos años se está asistiendo a lo que se ha llamado "Revolución Sexual", lo cual evidencia un inicio temprano de las relaciones sexuales en menores de 14 años, esto se ha constituido como un fenómeno universal y se ha comprobado que existe una conducta muy precoz para este tipo de relaciones en uno y otro sexo.

El actual estudio coincide con la literatura revisada donde *Aliño Santiago y col.*, ⁽⁶¹⁾ plantean que "existe una tendencia mundial al inicio de relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas", así como el alto riesgo al que se exponen los que inician tempranamente.

Coincidiendo con *Domínguez* ⁽⁶²⁾ donde plantea que hay predominio del sexo masculino. Datos estadísticos muestran que el 18 % de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. ⁽⁶³⁾

Santana Pérez ⁽⁶⁴⁾ en su estudio expone que "mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen los adolescentes y, por tanto, los riesgos se multiplican". Esto coincide con los resultados encontrados por *Ávila Gálvez E y col.*, ⁽⁶⁵⁾ que apuntan "más de la mitad de todos los adolescentes no utilizan anticonceptivos en su primera relación sexual; y plantea la despreocupación ante la protección de la actividad sexual". Al respecto y en total acuerdo con *Della Mora* ⁽⁶⁶⁾ quien registra resultados similares.

En la actualidad, un tercio de los jóvenes se inician en la vida sexual sin prevención. Los varones suelen iniciarse antes que las mujeres pero ambos en menor o mayor medida están expuestos a los riesgos que implican llevar una sexualidad sin cuidados, de la misma manera que los adultos. Es más, hoy en día los jóvenes tienen su primera relación sexual a edades cada vez menores, y si bien físicamente están absolutamente preparados, mentalmente no siempre están listos para lidiar con las consecuencias y las responsabilidades que eso genera.

La autora considera que en los resultados actuales pudo influir el evidente desconocimiento del que adolecían las participantes en relación a una adecuada educación sexual y una baja percepción del riesgo por parte de su familia.

Elementos primordiales que conllevan a la omisión de análisis de las consecuencias de sus propias conductas sexuales irresponsables.

En 1996 se estimó que el 50 % de los adolescentes menores de 17 años en Cuba eran sexualmente activos. ⁽⁶⁷⁾ Según investigaciones nacionales y criterios de expertos, el inicio de las relaciones sexuales se ubica por debajo de los 18 años de edad, y según un estudio realizado sobre los factores asociados a esto se encuentra la forma imprevista y la ocurrencia de las mismas en sitios y situaciones inadecuadas, presión por la pareja en las mujeres, además de la elevada asociación de pertenecer a una familia disfuncional. ⁽⁵⁴⁾

Por tanto la autora se posiciona en total acuerdo con *Pérez y col.* ⁽⁵⁴⁾ En la presente investigación, aunque no fue objeto de estudio indagar en el funcionamiento familiar, fue sugerente de que las familias donde residen las adolescentes prescinden de una adecuada educación sexual que puedan transmitir a su descendencia, si tomamos como punto de referencia la promiscuidad registrada. A su vez se puede aseverar que dicho comportamiento fue objeto de discusión en sesiones de trabajo a través de las enseñanzas aportadas por el programa educativo y la adecuada educación que sea capaz de incorporar el médico comunitario al estilo de vida de las generaciones más jóvenes.

Un asunto de singular interés y controversia ha sido el papel de la educación sexual en relación con la prevención o incitación del inicio sexual precoz y los problemas derivados de estas conductas. En este período de la vida las adolescentes se enfrentan a una nueva dinámica de su sexualidad y carecen de experiencias, de conocimientos, sienten una intensa curiosidad y necesidad de experimentación en la búsqueda de su identidad, todo esto acompañado de grandes cambios emocionales.

La conducta sexual y el uso de alcohol o drogas suelen formar parte de esta exploración. Existe un doble estándar: de las muchachas se espera que se conserven vírgenes, y de los chicos que demuestren "su hombría" por medio de la agresividad y la actividad sexual, considerándola como una competencia que le ayuda a afirmar su identidad, y les da estatus en sus grupos de iguales, además de

identificarse como un recurso para rebasar esta etapa de clara transición a la adultez.

En relación al no uso de los métodos anticonceptivos, el resultado fue similar al estudio internacional de *Secura y col.*, ⁽⁶⁸⁾ quien aborda el tema. En el mismo se constata que todos los adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, siendo el condón el más conocido, aunque tienden a desconocer los métodos menos difundidos como son: diafragma, crema espermicida, coito interrupto, método de temperatura basal, los cuales en muchos casos no conocen en qué consisten y cómo se emplean.

Antes de la era "anticonceptiva" existían dos grupos bien definidos, los adolescentes sexualmente activos y aquellos que no lo eran. Con el advenimiento de los anticonceptivos la conducta del primer grupo no se afecta, salvo por la reducción del número de hijos y en la edad de las madres. Sin embargo, el segundo grupo sufre modificaciones, pues un grupo de estos adolescentes, conscientes de las ventajas de la anticoncepción, pueden disfrutar de una actividad sexual variable sin el temor al embarazo y a infecciones de transmisión sexual. Lo que sí no modifica y puede es incrementar la promiscuidad con sus riesgos morales y médicos. Por tanto, se evidencia que la anticoncepción no se acompañe de una adecuada y precisa educación sexual.

Al respecto como expone *Peláez J.*, ⁽⁶⁹⁾ en su estudio, las adolescentes del sexo femenino en el 90 % de los casos tenían conocimiento de la eficacia anticonceptiva del condón y de las píldoras anticonceptivas, pero solo el 15 % lo utilizaba regularmente.

Como evidencian estos datos, el abordaje de la anticoncepción con la población adolescente se torna complejo y va ligado indisolublemente a una bien orientada educación sexual. Los programas que han notificado mayor éxito en este sentido son aquellos que le dan habilidad al adolescente para hablar sobre sexualidad y para negociar con su pareja, la habilidad para decir "no" al igual que para decir "sí", y, por otro lado, tener acceso a la contracepción.

La autora considera que la estructura de los sistemas sanitarios en Cuba al brindar el acceso gratuito a la planificación familiar hace la diferencia en relación a otros países del Mundo, lo cual reduce la tasa de embarazos en adolescentes. Sin embargo, no solo la voluntad política influye en este particular, no es suficiente solo con proveer de servicios de planificación familiar, pero es un ingrediente importante en la lucha por la reducción de los embarazos en este grupo poblacional.

Durante las actividades educativas las adolescentes aprendieron las ventajas y cuidados de los diferentes medios de protección, sobre todo se rompieron las falsas creencias y mitos que existen alrededor del condón, de las píldoras, del diafragma y los dispositivos intrauterinos.

Entre los resultados destacados en la presente investigación, coincidimos con *Alpízar y colaboradores* ⁽⁷⁰⁾ que aseveran que este sector poblacional no toman en cuenta los riesgos de embarazo y de adquirir algún tipo de ITS durante sus relaciones sexuales sin protección, lo que expone de manera fehaciente es escaso grado de responsabilidad, lo cual se debe a la inmadurez propia de esa etapa de la vida.

Además *Alpízar Navarro y col.*, ⁽⁷⁰⁾ exponen su consideración respecto a los diseños de los programas educativos en adolescentes los cuales deben considerar las características propias del grupo diana a quien va dirigida la intervención, así como sus aspiraciones y necesidades para lograr sus propósitos y con ello, garantizar una mayor calidad de vida en relación a la sexualidad responsable conociendo lo que implica el RPC en este grupo poblacional.

En relación al antecedente personal de diabetes mellitus, la enfermedad actualmente muestra una incidencia en aumento a escala mundial. Aunque es típicamente de la vejez, debe hace varios años se registran casos en edades pediátricas y adultos jóvenes. La mayoría de los trabajos publicados presentan una edad media sensiblemente inferior a la registrada en la actual investigación, es decir antes de los 25 años. ^(71,72)

En relación a los antecedentes de enfermedad crónica registrados en el estudio, la Organización Panamericana de la Salud señala que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus son enfermedades prevenibles o que puede ser pospuesta

mediante una serie de intervenciones preventivas, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, la actividad física permanente, lo que se traducirá en el mantenimiento de un peso corporal adecuado y exento de problemas de dislipidemia. ⁽⁷³⁾ Elementos que fueron discutidos en las sesiones de trabajo con los grupos del estudio muy similar a la intervención de *Arias Huamán* en Perú. ⁽⁷⁴⁾

En relación a las necesidades básicas, tienen mayor riesgo de tener riesgo preconcepcional los que posean dicha predisposición. ⁽⁶⁷⁾ Afirmación que guarda relación directa con el funcionamiento familiar, específicamente con la función económica y social de la familia, dificultad que se aparecen con mayor frecuencia en familias disfuncionales. Elemento crucial en entornos urbanos relacionado a inadecuados hábitos de comportamiento sexual, patrones distorsionados de tutores y estilos de vida que a su vez son factores de riesgo muy difícil de modificar pues dependen de la voluntad y el comportamiento humano.

Durante la primera y segunda décadas de la vida <niñez y adolescencia> se pueden detectar factores de riesgo cardiovascular modificables y expresarse en la etapa adulta en enfermedades. Los factores de riesgo cardiovasculares modificables indagados en el presente estudio evidenciaron los posibles efectos negativos en órganos y sistemas y las prácticas insanas de hábitos tóxicos desde edades tempranas del ciclo vital. En estos pacientes la repercusión sistémica se podrá observar en la edad adulta si los factores favorables asociados para su implantación no se modifican oportunamente. ⁽⁷⁵⁾

En relación a los riesgos registrados en la presente investigación, el hábito de fumar fue el más acuciante. El tabaco produce elevación del fibrinógeno sanguíneo y la nicotina por su parte aumenta la secreción de catecolaminas, lo cual conduce a un aumento del trabajo y la frecuencia cardíaca y, por tanto, aumenta la presión arterial de manera aguda. Aunque no está comprobado que suprimir el tabaco beneficie el control de la presión arterial y sí las posibles complicaciones del hábito en sí en vasos arteriales en la conformación de las placas de ateroma. ⁽⁷⁶⁾ Este riesgo fue el

que registró mayor nivel de desconocimiento por los participantes en la presente investigación en la evaluación inicial, lo cual fue modificado con la intervención.

Por otra parte, el consumo de alcohol eleva la presión arterial de forma aguda y crónica; sin embargo, se ha demostrado que el consumo moderado de alcohol reduce el riesgo cardiovascular global en la población. ⁽⁷⁶⁾

Una estrategia para contrarrestar el incremento de la obesidad, es el ejercicio físico. ⁽⁷⁶⁾ El ejercicio físico influye en el sistema nervioso autónomo, aumentando el tono vagal produciendo bradicardia, mejorando la circulación coronaria a causas del aumento de la densidad capilar proporcional al crecimiento del miocardio, además de originar disminución del peso corporal. Se ha reportado que una disminución del 5 % al 10 % del peso corporal en personas con sobrepeso u obesidad, disminuyen del 10 % al 15 % los riesgos de presentar enfermedades cardiovasculares.

La disminución de peso es quizás la más eficaz de todas las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión, pues además de reducir la misma, disminuye de manera independiente el riesgo cardiovascular y tiende a mejorar la imagen, lo cual impacta de manera positiva a cualquier edad. ⁽⁷⁶⁾

Aproximadamente el 24 % de los pacientes obesos en Estados Unidos presentan el síndrome metabólico X, y aunque se creía que en la población de niños y adolescentes su incidencia era poco frecuente, estudios recientes han encontrado que alcanza una prevalencia de hasta 50 % en niños y adolescentes severamente obesos. ⁽⁷⁶⁾

Gotthelf y col., ⁽⁷⁷⁾ en Argentina destacan la prevalencia de sobrepeso y obesidad asociada al paciente hipertenso desde la primera infancia y destacan el impacto negativo en la salud en la etapa adulta, asociado a enfermedades crónicas y a otros riesgos cardiovasculares modificables.

Mientras que, *Ninatanta-Ortiz y col.*, ⁽⁷⁸⁾ concluyen que en la población de universitarios en Perú fueron predominantes hipertensos sin asociación o relación alguna a la obesidad. Según *Núñez Robles y col.*, ⁽⁷⁹⁾ plantean que en la población universitaria investigada son mucho más comunes los problemas de sobrepeso y

obesidad y en particular la obesidad abdominal, lo cual la asocian a elevado riesgo cardiometabólico.

Los estudios contemplados en la revisión realizada abordan intervenciones donde se enfatiza en la importancia de planes educativos para las reducciones del peso corporal en adultos jóvenes hipertensos y obesos o con sobrepesos, al igual que en trabajos donde se abordan adolescentes con sobrepeso y obesidad sin hipertensión empleando ejercicio de alta intensidad. ^(78,79)

La American Collage of Sport Medicine (ACSM, 2018), ⁽⁷⁶⁾ recomienda la combinación de diferentes tipos de ejercicio (aeróbico y resistencia muscular), el aumento gradual de las intensidades y el cumplimiento igual o mayor de 150 minutos de ejercicio a la semana para personas con HTA.

En relación al nivel de conocimientos registrados al diagnóstico en el presente trabajo y las modificaciones posteriores a la intervención la autora considera que la mayor parte de las estudiantes de octavo grado no poseían algún conocimiento acerca de los diferentes aspectos de la sexualidad humana, y de los riesgos atribuidos a la etapa propia de la adolescencia. Estos resultados pueden deberse a que son estudiantes de la enseñanza básica, confirmando una vez más que en la medida que conozcan los elementos básicos referentes al tema, podrán tener una sexualidad responsable, plena y feliz.

En estudios nacionales e internacionales revisados, se obtuvieron resultados similares. En una investigación realizada en La Habana con adolescentes y jóvenes universitarios se comprobó que 2/3 de ellos tenía un nivel de conocimiento general evaluado de mal al diagnóstico. ⁽⁸⁰⁾

En el trabajo realizado por *Mirabal y col.* ⁽⁸¹⁾ en Bahía Honda la mayor representación de los estudiantes adolescentes de secundaria básica inician sus relaciones sexuales a temprana edad (13 años) y de manera desprotegida, así también la mayor cantidad de los participantes presentan conocimientos erróneos en cuanto a la sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, con el lógico incremento de los riesgos. Los autores consideran que el programa educativo implementado ayuda a

corregir las deficiencias encontradas y previene la problemática relacionada con RPC.

Pérez Viltres y colaboradores,⁽⁸²⁾ en el estudio realizado a 118 adolescentes de una secundaria básica "Pedro Veliz y el IPU Grito de Yara" en Granma durante 2017, registran resultados similares a los actuales. Por ejemplo, predominio de edades entre 14 y 15 años con 80 (67,79 %), el 52, 06 % emplea protección de manera ocasional, el nivel de conocimiento se pudo modificar posterior a la intervención como bueno (73,73%). Al respecto los autores consideran que aunque poseen conocimientos adecuados no tienen percepción del riesgo para llevar con responsabilidad una sexualidad.

Un grupo de licenciadas en enfermería realizó en el 2019 una investigación en el hospital provincial de Guantánamo y encuentran que las adolescentes entre 13 y 14 años de edad encuestadas tenían deficiencias en el conocimiento de la sexualidad.
(83)

En el estudio realizado por *Ramos Sánchez y col.*,⁽⁵⁹⁾ en la hermana República de Venezuela a jóvenes de enseñanza básica sobre el tema, también se comprobó el nivel insuficiente de conocimientos obre RPC y sexualidad responsable.

En relación a enunciar enfermedades de transmisión sexual por los encuestados, *Hernández JM*⁽⁵³⁾ y *Nápoles P*⁽⁸⁴⁾ muestran similar resultado en su investigación. Las tres primeras enfermedades de las cuales más conocimiento tenían los adolescentes eran VIH, gonorrea y sífilis, las mismas que las encontradas por la autora del presente estudio.

Coincidimos con *López y cols.*,⁽⁸⁵⁾ que plantean el desconocimiento de la candidiasis, herpes genital, trichomoniasis y otras están relacionadas en gran medida por su menor presencia y escasa o nula difusión en la población.

En investigaciones realizadas en Cuba se demuestran que las intervenciones educativas con la participación de adolescentes entre 12 y 16 años, elevan en más de un 50 % el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH e identifican con ello las conductas de riesgo.^(54, 84)

Actualmente en Cuba, en todas las enseñanzas, se dedican horas a instruir y educar sobre la sexualidad, pero en opinión de la autora de la presente investigación, no se ha obtenido la efectividad esperada, ya que el conocimiento por sí sólo no es suficiente para poder cambiar la conducta sexual irresponsable a responsabilidad con participación inclusiva del adolescente. Los programas, cuyo enfoque principal ayudan a los jóvenes a protegerse a sí mismos mediante debates, reflexión, dramatización, juegos y ejercicios, dan señales de efectividad, comprobada en los resultados que exhibe el presente trabajo.

Este hecho ratifica la necesidad e importancia de la información sobre temas relacionados con la sexualidad en estas edades como única arma para la prevención y protección de los intereses de los adolescentes y para lograr mayor garantía en su desarrollo armónico e integral. Aunque la escuela es sitio clave para que los adolescentes y jóvenes aprendan a conocer los riesgos para la salud, por sí sola no puede asumir esta tarea. Los jóvenes necesitan también recibir mensajes de prevención de formas y en sitios diferentes.

Fue preocupante que una buena parte de las adolescentes encuestadas consideran al cambio de pareja frecuente como decisiones modernas y se reconocen por ser personas libres de prejuicios. Esta opinión está fundamentada en la actitud hacia las relaciones sexuales y a la formación de valores de los jóvenes. Al indagar acerca de la relación con parejas desconocidas los datos obtenidos al inicio del estudio coinciden con una publicación hecha por *Nápoles P* ⁽⁸⁴⁾ en Cuba en el año 2005, que plantea que el 31,9 % de los participantes había tenido relaciones sexuales con desconocidos.

Al reflexionar sobre este hecho concreto se hace necesario abordar tempranamente estos temas desde la niñez, donde se propone que el clima debe ser flexible, dando posibilidad de creatividad y evitando imposición de criterios. *Pérez Viltres y col.*, ⁽⁸²⁾ al respecto plantean que el tema "Amor" sugiere poesía, lecturas e intercambios artísticos diversos, es muy importante dejar fluir los sentimientos sin censuras y ayudar a conformar los valores más auténticos en este quehacer.

Sin embargo, fue apreciable la modificación en el nivel de conocimiento de las adolescentes al enfrentarse al tercer cuestionario, pues el incremento del grado de preocupación y el mayor número que reconocieron el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, se consideró esencial para que el individuo modifique su conducta y se proteja.

Tanto los resultados registrados en el presente trabajo como los que se han expuesto por investigadores nacionales y foráneos, subrayan la necesidad de aplicar y sostener en el tiempo regímenes preventivos eficaces de intervenciones educativas basadas en la mejor evidencia científica, lo cual permita instruir adecuadamente tanto en conocimiento como en el hacer del adolescente que se inicia tempranamente en la vida sexual. Estas acciones permitirán a largo plazo materializar el impacto positivo en las estadísticas materno-infantil y contribuirá, de forma considerable, a que un mayor número de adolescentes tengan una participación inclusiva en la construcción de una vida sexual libre de riesgos, en la medida de lo posible.

De acuerdo con los hallazgos, podemos aseverar que existe una tendencia en asimilar y comprender los riesgos abordados relacionados con la práctica sexual cuando se emplea adecuadamente el conocimiento científico en educar a la población adolescente. Por ello la autora considera pertinente incrementar este tipo de intervenciones desde etapas más temprana de la adolescencia, incluso previo a la iniciación de las prácticas sexuales y en especial en adolescentes con mayor riesgo social que son tributarias a promiscuidad, abortos, prácticas sexuales desprotegidas y antecedentes de ECNT procedentes de entornos familiares considerados de alto riesgo.

Se considera que la intervención logró contribuir con la educación de las participantes en relación con la esfera sexual, la salud reproductiva, pues ejerció una influencia positiva sobre las adolescentes, propiciando mayor nivel de información sobre los contenidos recibidos, esclareció preocupaciones, dudas e inquietudes propias de la edad mediante discusiones y reflexiones grupales aunque estas fueron con grupos reducidos de individuos. El análisis de los resultados de esta

investigación mostró cuanto falta por hacer para lograr una educación sexual responsable e inclusiva libre de riesgos.

El estudio tuvo limitaciones, el más relevante relacionado con las modificaciones de la estrategia educativa debido a la situación epidemiológica que enfrentó el país durante el 2021 que quizás pudo interferir en poder alcanzar la modificación del nivel de conocimientos en la totalidad de las participantes. Las posibles valoraciones en el nivel de conocimiento y la mayor complejidad de la población en algunos casos <antecedentes patológicos personales de ECNT, conductas de riesgos y métodos anticonceptivos no establecidos> pudieron conducir a no alcanzar modificar el nivel de conocimientos de manera adecuada en la totalidad de las adolescentes e introducir sesgos. No obstante, atendiendo al tipo de estudio, se pudo incorporar en las sesiones de trabajo las consideraciones pertinentes al respecto e instruir las adecuadamente.

La investigación describe el problema en la ESBU “5 de Septiembre” de manera inicial. Sus resultados exponen la necesidad de darle continuidad al estudio en el consultorio del médico de familia en la comunidad. Para su ejecución los administrativos de la dirección municipal de educación del municipio Cienfuegos fueron la piedra angular para alcanzar los resultados anteriormente expuestos.

El manejo del adolescente que inicia en etapas muy tempranas del ciclo de vida las prácticas sexuales y se enfrenta a los resultado una práctica sexual sin protección, está expuesto a un riesgo mayor que el que nunca ha incursionado en esta experiencia. Al respecto la labor del médico y la enfermera, en y desde la comunidad, es un eslabón primordial entre la familia y la sociedad de manera tal que las enseñanzas que puedan brindar resulten en herramientas para andar en el largo camino de la vida con la adopción de conductas saludables y ejerzan una sexualidad responsable.

PRINCIPALES RESULTADOS

- ∞ Las adolescentes del estudio se caracterizaron biológicamente por tener edad media (14 años) en correspondencia con el final de la adolescencia temprana, padecer de asma bronquial (n=16-21,3 %), tener sobrepeso (n=39-51,3 %) y obesidad (n=22-29,0 %).
- ∞ Las características obstétricas que las distinguieron fueron favorables: sin embarazo previos (n=66-86,8 %) en la mayor parte de las participantes, y no haber experimentado un aborto (n=43-56,6 %).
- ∞ Las características sociales que las distinguieron fueron la soltería (n=64-84,2 %) y las necesidades básicas regular (n=31-40,8 %) y mala (n=25-32,9 %), consumo del tabaco (n=59-77,6 %), el consumo de alcohol (n=51-67,1 %) y la promiscuidad (n=33-43,4 %), tener vida sexual activa (n=74-97,4 %), con una pareja sexual (n=41-54,0 %).
- ∞ Antes de la intervención el 84,2 % tenían conocimiento bajos y el 15,8 % medio sobre RPC. Posterior a la implementación del programa educativo modificaron sus conocimientos a nivel medio el 39,2 % y a nivel alto el 27,6 %. Solo el 13,2 % no logró modificar sus conocimientos.
- ∞ Al diagnóstico se detectaron riesgos como: el 97,4 % inician su vida sexual en la adolescencia temprana, consumen tabaco (n=59-77,6 %) y alcohol (n=51-67,1 %), no usan métodos anticonceptivos (n=50-65,8 %), tienen sobrepeso (n=39-51,3 %), abortos previos (n=33-43,4 %), son promiscuas (n=33-43,4 %), tienen obesidad (n=22-29,0 %) y embarazo previos (n=10-13,2 %).
- ∞ Al finalizar el estudio el riesgo mejor modificado fue el abandono del alcohol (n=36-47,4 %), del tabaco (n=34-44,7 %), no experimentar embarazos, la obesidad (n=26-34,2 %), no incurrir en abortos y emplear métodos anticonceptivos con igual representación (n=24-31,6 %), abandono de la promiscuidad (n=21-27,6 %). Mientras que, los menos representado fueron: el abandono del consumo de café (n=12-15,8 %), incurrir en intento suicida (n=8-10,5 %) y en las ETS (n=7-9,2 %).

CONCLUSIONES

- ☞ El diagnóstico realizado permitió conocer que más de 2/3 de las adolescentes practican hábitos tóxicos, inician sus relaciones sexuales desprotegidas en la adolescencia temprana y muestran necesidades de aprendizaje con un criterio restringido del riesgo preconcepcional, conocimientos erróneos en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, con el lógico incremento de los riesgos.
- ☞ La intervención educativa evidencia su asequibilidad para ser implementada en otros entornos comunitarios. Además demuestra pertinencia durante su ejecución logrando modificar el nivel de conocimientos con impacto favorable en factores de riesgos relacionados con el comportamiento de una conducta sexual responsable y mitigando la práctica de hábitos tóxicos y los riesgos cardiovasculares desde la adolescencia temprana.

RECOMENDACIONES

- ∞ Incorporar en el plan de acción de los consultorios del médico de familia donde se encuentran dispensarizados la población de adolescentes de la ESBU “5 de Septiembre” la estrategia de intervención ejecutada con la finalidad de que se reproduzca una vez al año en edades previas a la enseñanza básica.
- ∞ Fomentar la implementación de nuevas investigaciones relacionadas con el tema que incluya “Maternidad y paternidad responsable” en los consultorios médicos donde tributan las adolescentes y que incluya la población masculina de este sector poblacional donde se trabaje con grupos más reducidos durante la intervención teniendo en cuenta la situación epidemiológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [Citado 2021 Jun 19];81(3):243–253: Disponible en: <http://www.revistasochog.l/files/pdf/DR.MENDOZA10.pdf>
2. Rodríguez Rodríguez N, Cala Bayeux Á, Nápoles Pérez JL, Milán Arenado Y, Aguilar Tito M. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Rev. Inf. Cient. [Internet]. 2018 Oct [Citado 2021 Jun 19];97(5): 945-954. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102899332018000500945&lng=es.
3. Perlavisión. Trabajan en Cienfuegos para disminuir el embarazo en la adolescencia. En Internet (Fecha de Acceso 1/10/2018) Disponible en: <http://www.perlavision.cu/trabajan-en-cienfuegos-para-disminuir-el-embarazo-en-la-adolescencia/14>
4. Rosell Juarte E, Delgado Hernández M. Riesgo Reproductivo preconcepcional. Archivo Méd. Camagüey. 2015; 10(6): 1025-10255.
5. Garrido RC. Riesgo reproductivo. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas 2014 p.273.
6. Prendes Labrada. MC, Guibert Reyes W, González Gómez I, Serrano Borges E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación Familiar. Rev. Cubana Medicina General Integral 2018; 17(4):260-6.
7. Duran Santos MC. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev. Cubana Medicina General Integral. La Habana 2018; 43:252-262.
8. Dupont Tigoso P. Algo más que un concepto. Rev. Salud Reproductiva Ecuador 2017; 12 (3):21-3.
9. Donoso E, Becker J, Villarroel L. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile. Rev. Panamá. Salud Pública 2018; 14(1): 3-8.

10. Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. La Anticoncepción en América Latina, 1997-2017. En: Manual CELSAM. 2018.
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud de Cuba 2019. La Habana: MINSAP [en línea]. 2020 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%3%b3nico-Espa%3%b1ol-2019-ed-2020.pdf>
12. Requeira N, Rodríguez Fernández R, Brizuela Pérez. Comportamiento del Riesgo Preconcepcional. Rev. Cubana. Medicina General Integral 2017; 14(2):100-104.
13. Álvarez Fumero R. Repercusión de los factores de riesgo preconcepcionales en el bajo peso la nacer. Resumen 2019; 14(3):115-21.
14. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC, Sanz Delgado Riesgo Reproductivo Preconcepcional: Análisis De Su Comportamiento En Tres Consultorios Médicos. Rev. Cubana Medicina General Integral 2019; 21(3-4).
15. Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención primaria de salud, medicina familiar y médicos de familia. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral vol. I. La Habana: ed. Ciencias Médicas; 2014.p.7-37
16. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. 2018.
17. Balestena Sánchez J, Pérez Ruiz A, Valle Rivera A. Factores Maternos que Influyen En La Mortalidad Fetal Tardía. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna"; Pinar del Río 2018.
18. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra J, Lemus Lago ER, Batista Molinea R. Temas de Medicina General Integral. V2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 80.
19. Faneite P, González M, Rivera C, Linares M, Faenita J. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. Rev. Obstetricia y Ginecología. Venezuela 2013; 60(4): 22-8.
20. Batista Moliner R, Feal Cañizares P. La demografía en APS. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Ed. Ciencias Médicas; 2014.p.32.

21. Fernández Sordo T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional. Ciudad de la Habana; 2012. [En línea]. Disponible: [http:// www.ilustrados.com/](http://www.ilustrados.com/)[Consulta 9-8-2012].
22. Vázquez Silva Y, Hernández Cisneros F, Navarro Padrón A, Amaro Hernández F. Bajo Peso Al Nacer En Un Grupo Básico De Trabajo: Comportamiento De Factores De Riesgo. Archivo Médico de Camagüey 2015; 11(3) ISSN: 1025-0255.
23. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad Materna, Riesgo Nutricional Preconcepcional Y Peso Al Nacer. Rev Cubana Aliment Nutr 2015; 14(2):94-9.
24. Sosa Marín M. Derechos reproductivos, salud sexual y reproducción. Venezuela. [Documento en línea]. Rev. Cubana Medicina General Integral. 2013; 18(4).
25. García Nápoles JE, Álvarez Sintés R, Santisteban Zaldívar D, Arena García R. Manual para el médico y la enfermera de la familia. La Habana: AGDC; 2011.
26. Ministerio de salud pública. Dirección nacional de salud materno- infantil y planificación familiar. Marco Conceptual, Programa Plan estratégico. Cuba 2007.
27. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para mejorar la salud de la población cubana hasta el año 2010. [En línea].Disponible en <http://www.asebir.com/riesgopreconcepcional>
28. Escalona Fernández M. Estudio de algunos factores epidemiológicos que inciden en el riesgo perinatal del CMF# 61. [Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en MGI].Policlínico Comunitario Banes, Holguín; 2016.
29. Villacur, Jorge C, Cuman, G. La Consulta Preconcepcional Rev.Soc. Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, 2011,76 (924) 20-8.
30. Reyna Gómez G. Algunos aspectos éticos sobre el riesgo preconcepcional Rev. Bras. Saude Marten. Infant; 2(1):51-55,2012.
31. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev. Cub Obstet Ginecol 2012; 26(2): 82-86.

32. Ramírez Torres MJ, Rodríguez Galá R, Díaz del Pino R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Boletín Medicina General Integral 2017 4(2):17-8.
33. Rodríguez Ferrá R, Hernández Cuesta Y, Gómez García, Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología; 26(2):82-86,2011
34. Vázquez Márquez A. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. Rev. Cubana Medicina General Integral 2013; 4(3):192-5.
35. Garrido Riquenes C, Gutiérrez Coronado T. Planificación familiar y anticoncepción. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas, 2014: T1, p. 256-78.
36. Lemus Lago ER, Borroto Cruz R. Atención primaria de salud, medicina familiar y médicos de familia. En: Álvarez Síntes R. Temas de Medicina General Integral vol. I. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2014.p.7-37.
37. Salud Reproductiva y Prenatal. [Documento en línea]. 2011 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: <http://www.paho.org>.
38. Peraza Rodríguez G. Salud sexual y reproductiva. Manual de procedimiento. 2da edición, editorial Ciencias Médicas La Habana, colectivo de autores 2017.
39. Álvarez Villanueva R; Salud Reproductiva en: Temas de MGI volumen I de Álvarez Síntes, R., La Habana: Ciencias Médicas, 2014, pág. 56-57.
40. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [Serial online] enero 2009. [Citado 2021 Jun 19] Disponible en: <http://www.elac.CI/mujer/dirección/instituciones101>
41. Villacur, Jorge C; Cuman, G. La Consulta Preconcepcional Rev. Soc. Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires, 2018,76 (924) 20-8.
42. Ramírez Torres MJ, Rodríguez Galá R, Díaz del Pino R. Planificación familiar y control del riesgo reproductivo preconcepcional. Boletín Med Gen Integral 2012; 4 (2):17-8.

43. Colectivo de Autores. Puericultura. Manual de procedimiento para la atención de grupos priorizados (niños/as y adolescentes) dirigidos a médicos. La Habana: MINSAP; 2011. p. 10–30.
44. Rojas Riera J. M. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio No. 28. Parroquia Pascuales. 2016 [Tesis de Especialista en medicina familiar y comunitaria]. Guayaquil: Universidad católica de Santiago de Guayaquil; 2017. [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf>
45. Almeida Gacives WJ, Borges Acosta M, Bolufé Vilaza ME. Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. Edumecentro. 2018; 8(1):174-180
46. Chialepeh W, Sathiyasusuman A. Associated risk factors of STIs and multiple sexual relationships among youths in Malawi. PLoS One. 2021, 10: e0134286. doi: 10.1371/journal.pone.0134286.
47. Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgos relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Medicina Clínica 2020;138:534-40.
48. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid: España; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019.
49. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV Education programs: their impact on sexual behaviors of Young people throughout the world. J Adolesc Health. 2019; 40:206-17.
50. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2018; 22: 511-19.
51. Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe de la Juventud en España 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019. 399p.
52. Navarro-Pertusa E, Reig-Ferrer A, Barberá Heredia E et al. Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. Int J Clin Health Psychol. 2018; 6: 79-96.

53. Gelfond J, Dierschke N, Lowe D et al. Preventing Pregnancy in High School Students: Observations From a 3-Year Longitudinal, Quasi-Experimental Study. *Am J Public Health*. 2018; 106: S97–S102.
54. Pérez J, Brunelys M. Intervención educativa sobre ETS en un grupo poblacional de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2019 [Citado 2021 Jun 19];16(3):260-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300008
55. Achiong Alemañy M, Achiong Estupiñán FJ. Intervención educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas "Carlos Marx", de Matanzas. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2018 [Citado 2021 Jun 19];49(3):336-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032018000300003&lng=es
56. Hernández JM. Intervención educativa sobre sexualidad y Enfermedades de transmisión sexual. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2019.p.5-20.
57. Sarmiento Olivera M, Gómez Olivera I, Ordaz González AM, García Díaz C D, Casanova Moreno MC. Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. *Rev Ciencias Méd* [Internet]. 2020 [Citado 2021 Jun 19];16(1):32-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942020000100006&lng=es
58. Zhu C, Geng Q, Chen L, Yang H, Jiang W. Impact of an educational programme on reproductive health among young migrant female workers in shenzhen, china: an intervention study. *Int J Behav Med*. 2019;21(4):710-18. Citado en PubMed; PMID;24643443.
59. Ramos Sánchez MC, Almira González F, Suárez García R, Nonell Fernández L. Conocimiento sobre la sexualidad en adolescentes de Venezuela. *Correo Científico Médico*. [Internet] 2018 [Citado 2021 Jun 19];17(1):651-684. Disponible en: <http://www.revcoocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1292/328>
60. Salazar Granara A, Santa María Álvarez A, Santana Romero I. Conocimiento de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en un grupo de

adolescente de instituciones educativa nacionales del distrito el Agustino, Lima Perú. Rev. Horizontes Médicos. 2019, 17(31), 79-85.

61. Aliño Santiago M, López Esquirol JR, Navarro Fernández R. Adolescencia. Aspectos Generales Y atención a la Salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2019, 22(1) ,12-28.

62. Domínguez-Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecología [Internet]. 2019 Sep [Citado 2021 Jun 19];37(3):387-398. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011&lng=es.

63. Hernández Machín LE, Martínez Malo Gutiérrez NH, Cruz Hernández Y, Cabrera Sánchez Y, Míreles Hernández OM. Evaluación del nivel de conocimientos de jóvenes adolescentes sobre sexualidad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [Citado 2021 Jun 19];18(1):33-44. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000100005&lng=es

64. Santana Pérez O, Carballo G, Verdeja Varela OL, Fleitas Ruiz R. Caracterización de la Primera relación sexual en adolescentes escolares de ciudad de la Habana. Rev. Cubana De Salud Pública. 2019; 32(3), 22-29.

65. Ávila Gálvez E. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Pediatr; 2018;74(4), 41-4.

66. Della Mora M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual con relación a los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. Revista electrónica psicología.com. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/index.php>.

67. Álvarez Síntes R, Álvarez Villanueva R. Salud sexual y reproductiva. En: Álvarez Síntes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S, et al. Medicina General Integral. Volumen I Salud y Medicina. 3era .ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 181-183

68. Secura GM, Adams T, Buckel CM, Zhao Q, Peipert JF. Change in sexual behavior with provision of no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2018 Apr; 123(4):771-6. Citado en PubMed; PMID;24785603.
69. Peláez J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica; 2018.p.453.
70. Alpízar Navarro J, Rodríguez Jiménez P, Cañete Villafranca R. Intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes de una escuela secundaria básica. Unión de Reyes, Matanzas, Cuba. *RevMed Electrón*. [Internet]. 2020 Oct [Citado 2021 Jun 19];36(5):572-582. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-182420200005000005&lng=es.
71. Laborí Quesada P, Laborí Gallego AM, Velázquez Reyes M, Leyva Rojas AD, Sosa Ramos LS. Caracterización de pacientes diabéticos con microalbuminuria. *Rev electrón* [Internet]. 2017 [Citado 2021 Jun 19];41(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/733>
72. Miranda-Folch JJ, Alemán-Marichal B, Vega-Jiménez J, García-Cuervo D, Arocha-Molina Y, Rivero-Rodríguez L. Factores de progresión de disfunción renal en diabéticos ingresados en Medicina Interna. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2017 [Citado 2021 Jun 19];38(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-182420170006000002
73. OPS. Hipertensión [Internet]. 2016 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es
74. Arias Huamán CV. Efectividad de la intervención educativa "Corazón sano y feliz" para mejorar los conocimientos sobre medidas preventivas de la hipertensión arterial en trabajadores del colegio américa del Callao, 2019. [Tesis de Máster]. Universidad de Huánuco. Piura, Perú; 2019.
75. Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso en relación al manejo oportuno de las dislipidemias. *Arch Argent Pediatr* 2018; 113(2):177-186.

76. Volberg-Ochs SR, Ehrman JK, Josh Johann, Kokkinos P, Liguori G, Pack QR, et al. En Riebe D, editor. Guidelines for Exercise Testing and Prescription. American College of Sport Medicine. Tenth edition. Philadelphia. Wolters Kluwer. 2018. p. 279 – 283.
77. Gotthelf SY, Rivas PC. Prevalencia de dislipidemias y su asociación con el estado nutricional en la población de la ciudad de Salta Argentina en 2014. Rev Fed Arg Cardiol. 2017; 45(4): 184-189
78. Ninatanta-Ortiz Juana Aurelia, Núñez-Zambrano Luz Amparo, Segunda García-Flores Segunda Aydee, Romaní Romaní, Franco. Frecuencia de Síndrome metabólico en Residentes de una Región Andina del Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2017;33(4):640-50.
79. Núñez Robles E, Huapaya Pizarro C, Torres R, Esquivel-León S, Suarez Moreno S, Yasuda Espinoza MB, et al. Prevalencia de enfermedades de riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en escolares, universitarios y mujeres de organizaciones sociales de base en distritos de Lima, Callao, La Libertad y Arequipa, Perú 2017. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2018;31(4):652-9.
80. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [Citado 2021 Jun 19];39(1):321-358. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n1/spu15113.pdf>
81. Mirabal Martínez G, Martínez Argudin XE, Valdés Puebla Y, Pérez Carmona I, Ramos DA, Díaz Galvan L. Intervención educativa para una sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes universitarios, Bahía Honda, 2020-2021. [Internet]. 2021 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sarticle/pii/S0221656714001322>
82. Pérez Viltres M, Lorente Viltres K, Herriman Olivera DL, Rodríguez Puebla E. Nivel de conocimiento de adolescentes sobre sexualidad responsable y uso del preservativo. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Jun 19]. Disponible en: [http://www.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/text_sexualidad_en_adolescentes tc.pdf](http://www.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/text_sexualidad_en_adolescentes_tc.pdf)
83. Singh Chuy L, Serreta Ramos M, Martínez Hodelin A, Espinosa Abreu M, Revilla Faure A. Comportamiento de la sexualidad en adolescentes. Revista Información Científica [Internet]. 2019 [Citado 2021 Jun 19];77(1):25-31. Disponible en:

http://www.gtm.sld.cu/sitios/cpicm/contenido/ric/textos/Vol_77_No.1/comportamiento_sexualidad_en_adolescentes_tc.pdf

84. Nápoles P. Intervención de salud sobre infecciones de transmisión sexual en una institución cerrada, 2005-2006. Rev Cubana Med Gener Integ [Internet]. 2018 [Citado 2021 Jun 19];16(2):46-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000300007

85. López LM, Otterness C, Chen M, Steiner M, Gallo MF. Behavioral interventions for improving condom use for dual protection. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Oct 26;10:CD010662. Citado en PubMed; PMID; 24163112.

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento Informado

Estimada Paciente:

Solicito de Ud. Su participación voluntaria para el estudio de mí Tesis de Grado como Especialista en Medicina General integral, denominado **Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en la ESBU “5 de Septiembre” del municipio de Cienfuegos.**

Es mi deber informarle que los datos que usted nos suministren serán estrictamente confidenciales y solos para fines de la investigación con el objetivo de mejorar los conocimientos en las adolescentes menores de 15 años sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

Si Ud. está de acuerdo en participar necesito que firme este documento como constancia de su aprobación.

Firma de la paciente

En caso de ser menor de edad la paciente se solicita la autorización del tutor(a)

Firma del Tutor (a)

Gracias

Investigadora principal: Dra. Jesislyn Bárbara Ferreiro González

Anexo II. Cuestionario 1

Caracterización del perfil socio biológico de los adolescentes.

MARQUE CON UNA (X) LA CARACTERÍSTICA Y RESPUESTA CORRECTA.

FAVOR SER LO MÁS SINCERA POSIBLE CON CADA UNA DE ELLAS.

1-Características sociales

a. Edad en años ____

b. ESTADO CIVIL:

____ Soltera (o)

____ Unión libre

____ Casada (o)

c. Satisfacción de Necesidades básicas.

____ Bueno

____ Regular

____ Malo

2-a) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Padece de alguna enfermedad:

Sí ____ No ____

Si es (sí), marque cuál de las enfermedades que se enuncian se corresponde con su padecimiento.

____ Enfermedad Cardiovascular

____ Hipertensión Arterial

____ Colesterol y triglicéridos altos

____ Diabetes mellitus

____ Hepatitis B

____ Hipotiroidismo

____ Tumoraciones

____ Asma Bronquial

____ Enfermedad Psiquiátrica

____ Violencia y maltrato familiar

_____ Intento Suicida

_____ Accidentes

_____ Enfermedad de Transmisión Sexual ¿Cuál? _____

b) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- SEXUALIDAD Y FECUNDIDAD

¿Ha tenido relaciones sexuales? Sí _____ No _____

Si su respuesta fue SI, por favor responda:

Edad de su primera relación sexual: _____

Cuántas parejas sexuales ha tenido: _____

Busco asesoría antes de comenzar las relaciones sexuales. _____

De ser si marque(x)

--médico y enfermera del consultorio

--educadora para la salud del área

--padre, madre o ambos.

--amiga o amigo

---otros-----

¿Sólo ha tenido relaciones sexuales sin penetración?: __sí , __no

Siempre ha sido con penetración: __sí, __no

Ha estado embarazada: Sí _____ No _____

Se ha realizado legrado o regulación menstrual: Sí _____ No _____

3-MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (solo para las que tienen relaciones sexuales)

1. Se protegió con condón desde la primera relación sexual: Si _____ NO _____

2. Usa algún método anticonceptivo Sí _____ No _____

3. ¿Qué método anticonceptivo utiliza? _____

4. ¿Qué tiempo hace que lo utiliza? _____

5. ¿Se embarazó utilizando algún método anticonceptivo? Sí _____ No _____ ¿Cuál?

4. CONDUCTAS PERSONALES

1. ¿Fuma Cigarrillos? Sí _____, No _____

2. ¿Consume Alcohol? Sí _____, No _____

3. ¿Consume Drogas o Medicamentos con efectos similar a las drogas? Sí _____
No _____

¿Cuál? _____

1. Promiscuidad: (para las que tienen relaciones sexuales)

¿Tiene pareja estable? Sí _____ No _____

Lo que está en este recuadro sólo llena el entrevistador

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

Anexo III. Cuestionario 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL

A continuación, le relacionamos una serie de preguntas con la finalidad de medir el nivel de información que usted posee sobre el Riesgo Reproductivo Preconcepcional, le rogamos sea sincera en sus respuestas:

1. ¿Conoce usted si existe condiciones o factores antes del embarazo que ponen en riesgo la salud de la mujer durante el embarazo o el parto?

Sí No

2. ¿Considera usted que es necesario la identificación y el control de las mujeres que tengan algún factor de riesgo antes del embarazo?

Sí _____ No _____

3. ¿Cree usted que es necesario acudir al médico o ginecólogo para planificar un embarazo?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

4. ¿Sabe usted si es bueno tomar el ácido fólico antes del embarazo?

Sí _____ No _____

5. ¿Cree usted que es beneficioso para su salud y para la de su futuro hijo realizarle un estudio por parte del médico antes del embarazo?

Sí _____, No _____, No sé _____

Explique con sus palabras por qué

6. Mencione tres (3) enfermedades de transmisión sexual de las que conozca

1) _____

2) _____

3) _____

4) No conozco _____

7. De las características que le mencionamos a continuación.

¿Cuáles son las mujeres que usted cree que se encuentran dentro del grupo con riesgo antes del embarazo?

Señale con una X las respuestas correctas. (Puede marcar varias opciones)

a) Edad

☐ 10 a 19 años con relaciones sexuales

☐ 20 a 34 años

☐ Más de 35 años

b) Antecedentes Patológicos Personales

☐ Gripe

☐ Mujeres con enfermedades crónicas (presión alta, diabéticas u otras)

☐ Apendicitis hace 2 años

c) Hábitos Tóxicos Sí ☐ No ☐

En caso de responder sí, diga cuáles hábitos tóxicos conoce _____

d) Peso

☐ Normal

☐ Desnutridas

☐ Obesas

e) Historia Obstétrica Anterior

☐ Abortadora frecuente (3 abortos o más), productos con malformaciones congénitas o muertes fetales.

☐ Partos prematuros o con bajo peso al nacer

☐ Mujeres con más de 3 partos o cesáreas

☐ Hipertensión Arterial en la última etapa del embarazo anterior o previo

☐ Mujeres ligadas

☐ Cesárea anterior más de 5 años

8. ¿Qué tiempo mínimo debes esperar entre un parto o cesárea para quedar nuevamente embarazada?

No hay tiempo establecido

2 años

5 años

Anexo IV. Programa educativo

PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL.

1. Título de la estrategia: ¡Yo decido el plan de mi vida reproductiva!

2. Datos informativos

Institución ejecutora: Consultorio médico de Familia 13. Policlínico área 1

Institución Beneficiada: Escuela 5 de septiembre

Provincia: Cienfuegos

Beneficiarias: las adolescentes de Octavo grado pertenecientes a la ESBU 5 de Septiembre de Cienfuegos

Autora: Dra. Jesislyn Bárbara Ferreiro González

Tutor: Dr. Ernesto Martínez Ferrer

Nº de participantes: 76 adolescentes de octavo grado

Grupos: 4 de 19 personas

Encuentros por grupos: 6 encuentros

Duración: 6 horas para cada grupo

Frecuencia semanal

Tiempo estimado: 24 semanas

3. Justificación de la propuesta

En Cienfuegos, específicamente en el área 1 y en la ESBU 5 de Septiembre no existe Información de alguna investigación y más aún de una intervención educativa dirigida a las adolescentes

Mediante un estudio exploratorio empíricamente se identificó estudiantes de este centro con relaciones sexuales a edades tempranas, así como embarazos no deseados diagnosticados al azar .mostrando desconocimiento en el manejo del riesgo preconcepcional, esto constituye la principal motivación para realizar el estudio.

Siendo el desconocimiento una de las causas de grandes complicaciones de salud, altamente prevenibles, modificables o evitables, es el incentivo para la autora diseñar una estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional dirigida a éstas

adolescentes, logrando así aumentar el nivel de conocimiento y más aún concientizando la importancia de la responsabilidad del auto cuidado y aplazar para las edades optimas fecundas el momento idóneo para la concepción con resultados exitosos de tener hijos sanos y saludables en un medio acogedor con una familia estructurada llena de principios y virtudes.

La población en estudio necesita el empleo de una estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional, para así no tener embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y a su vez a largo plazo ayudar a cumplir con uno de los objetivos del milenio y los objetivos del buen vivir como es la disminución de la mortalidad materna.

Objetivo General Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en las adolescentes de octavo grado de la ESBU 5 de septiembre.

Objetivos Específicos:

Describir el comportamiento del riesgo preconcepcional de las participantes.

Concientizar la magnitud del problema conocido. Facilitar información sobre la conceptualización del riesgo preconcepcional.

Describir la clasificación de los factores de riesgo preconcepcional.

Explicar que importantes factores de riesgos preconcepcionales pueden ser prevenibles como las enfermedades de transmisión sexual.

Orientar las principales medidas para la prevención y modificación de riesgo preconcepcional Proporcionar la responsabilidad individual del autocuidado.

Fundamentación teórica:

Tradicionalmente el nacimiento de un hijo sano, a nivel de todas las sociedades es algo maravilloso, de dicha y felicidad, pero para muchas familias termina siendo todo lo contrario sumando a ello el peligro, las secuelas e incluso la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos. “El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños La ignorancia es uno de los peores enemigos de la salud, es por ello que muchas enfermedades se encuentran relacionadas con el desconocimiento, no deslindándose las complicaciones o causas de los factores de riesgo preconcepcional siendo esta etapa preconcepcional la de los cuidados promocionales y preventivos es decir cuando se logra modificar factores o controlar

enfermedades existentes previas al embarazo, ya que al coexistir con el mismo aumentaría el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo preconcepcional pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, y no solamente deben ser valorados en la mujer, sino también el estudio debe ser a su pareja, familia y el entorno.

La promoción es más que educación para la salud, es más que cambio de estilo de vida, pues implica condiciones supraindividuales que condicionan el Comportamiento.

La educación para la salud es” un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.” ⁽⁵⁾

La visión que se ha tenido hasta la actualidad es la de disminuir riesgos reproductivos y muertes maternas mejorando la calidad de atención prenatal, durante el parto y control del puerperio, pero es una estrategia intervenir educativamente en el periodo preconcepcional así la mujer o pareja decidirán con responsabilidad el momento idóneo para la procreación.

5. Factibilidad:

Se trata de una propuesta que tiene alta posibilidad de realizarse ya que no compromete altos costos sino más bien el interés por parte de la facilitadora en transmitir información y de las participantes en recibirla.

6. Metodología:

Al ser identificadas las necesidades de aprendizaje se implementará la estrategia de intervención educativa aprobada por expertos de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Los encuentros se realizarán en la ESBU “5 de Septiembre” con todas las adolescentes, previo al consentimiento informado de ellas y/o tutores las adolescentes se dividen en 4 grupos, tres de 19 personas, con un total de 6 encuentros, los primeros 5 para el desarrollo y el ultimo para aplicar nuevamente el cuestionario que evalúa nivel de conocimiento y realizar el cierre del evento.

Cada grupo recibirá por separado seis sesiones de 1 hora de duración los sábados, se empleará metodología activa y participativa posibilitando el desarrollo de una

comunicación, mediante el cual el auditorio aprenderá y construirá su conocimiento, promoviendo el diálogo, discusión y confrontación de ideas de las participantes en un ambiente de respeto y tolerancia, mediante los métodos de enseñanza como Dinámicas de presentación, conferencia, conferencia audiovisual, entre otras.

7. Técnicas:

Para la realización de esta estrategia de intervención se utiliza las técnicas o dinámicas de presentación como búsqueda de tesoros escondidos o métodos de enseñanza con las dinámicas “nombres completos”, “recuerde el nombre de la fruta”, “la baraja”, “discusión dirigida”, “si de repente...”, “manual de preservativos masculinos”

8. Descripción de la propuesta

8.1. Metas:

Elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional más del 75% de las participantes.

Incentivar el uso de métodos anticonceptivos

Incentivar el uso correcto del preservativo

Lograr que adquieran conocimiento de la responsabilidad del autocuidado

Aumentar el número de consultas de planificación familiar, atención preconcepcional.

Lograr la participación de ellas de forma activa en los círculos de adolescentes y que expongan sus experiencias sobre esta intervención.

8.2. Recursos

Humanos: médico, Enfermera, Presidenta del consejo Popular, Director del Centro de Salud, Educadora para la salud, Psicólogo del grupo básico y profesor guía del año escolar. Materiales: cartulinas, tijeras, sábana, marcadores, computadora, videos, bolígrafos, pizarra, maqueta, preservativos, T de cobre, anticonceptivos orales, inyectables y subcutáneo.

8.3 Impacto:

Esta estrategia de intervención educativa dejará huellas positivas, pues al conocer sobre riesgo preconcepcional, los factores de riesgo preconcepcional como prevenirlos, modificarlos y controlarlos, logrará concientizar a las participantes y

evitar embarazos no deseados estructuración del programa de intervención educativa.

Primer encuentro: Apertura del evento

Tema:

Apertura del evento

Introducción al tema

Comportamiento del riesgo preconcepcional de las estudiantes de octavo grado de la ESBU 5 de Septiembre.

Objetivos:

Brindar un ambiente cálido

Lograr que se conozcan entre compañeras

Conocer la magnitud del problema identificado

Tiempo estimado: 1 horas

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la técnica de presentación” El Caramelo” la misma que tendrá dos usos: una para presentación y la otra para subdividir el grupo.

Cada uno tiene un caramelo, de a una por vez se van a ir presentando a partir del nombre y aquello que tenga ganas de decir mientras lo va desenvolviendo. Se le indica que vayan guardando la envoltura para que posteriormente se vayan agrupando según el color de la envoltura y además cada color representa el número de grupo al cual pertenecerán, se estima un tiempo de 45 minutos.

Una vez formados los grupos se aplicará la dinámica de nombres completos, entregando una tarjeta hecha de cartulina para escribir el nombre de cada integrante, junto con un alfiler se dará a la participante para que sea aplicada en la parte delantera de la blusa, de esta manera servirá para la identificación. Además, se indica que dicha identificación tendrá que ser aplicada hasta la finalización del evento. Se estima un tiempo de 15 minutos. Ya habiendo creado un ambiente cálido y participativo, se procede a la

Introducción al tema, es decir indicándoles de esta manera se iniciará aclarando que al decir riesgo Pregestacional, riesgo antes de la gestación, estamos hablando de

riesgo preconcepcional y que durante el resto de encuentros aplicaríamos dicha terminología por ende deberán acoplarse a la misma.

Posteriormente se expondrán los objetivos del evento, metodología, los métodos, los temas a presentar a través de un cronograma estipulado por la autora, el motivo de iniciar esta intervención y los cambios que se pretende alcanzar, a cada participante se entregará un tríptico el mismo que es de la programación durante todo el evento, sirviendo como guía de lo que se dará en cada encuentro pero además de manera voluntaria en el caso de las que dispongan y deseen informarse previamente sobre el tema.

Tiempo estimado 30 minutos.

Seguidamente se continuará con la presentación del tema: Comportamiento del riesgo preconcepcional de las estudiantes de octavo grado de la ESBU 5 de Septiembre mujeres de esta manera se espera concientizar e incentivarlas a que inicien con mayor interés de aprender en cada encuentro.

Se procederá a mostrar un video el cual transmite en resumen la importancia de la atención preconcepcional, de forma breve sus riesgos y cuando embarazarse frente a ellos. Tiempo estimado 5 minutos. Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Segundo encuentro: Conceptualización del riesgo preconcepcional

Tema:

Inicio de la actividad

Conceptualizaciones de riesgo preconcepcional

Factores de riesgo mencionados en el video

Objetivos:

Crear relaciones afectivas entre los mismos

Agregar información del concepto de riesgo preconcepcional

Estimular la importancia de escuchar con atención la información

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: 1 sábana, computadora, video

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la técnica de presentación”

Juego de sábanas” la misma que permitirá que se puedan conocer, creando relaciones afectivas entre los mismos. Dos participantes cogen de cada extremo la sábana, dividiendo al grupo en dos mitades, al momento que se baja la sábana tendrán que recordar los nombres que se encuentran frente a ellas, el grupo que tenga mayores aciertos será el grupo ganador.

Seguidamente se les indica que tomen sus respectivos asientos para cumplir con el segundo objetivo que es que adquieran información sobre conceptualización del riesgo preconcepcional, a través de un PowerPoint, el mismo que tiene 12 diapositivas refiriéndose a los conceptos de riesgo preconcepcional, atención preconcepcional, consulta preconcepcional.

Luego continuamos con la presentación de un video “En qué consiste la consulta preconcepcional” de duración de 5 minutos, se le indicará a las participantes que se deberá escuchar con atención ya que posteriormente se realizará preguntas de que indiquen los factores de riesgos que mencionan en el video; entre estos tenemos: Diabetes, trastornos metabólicos, edades extremas, embarazos prematuros, abortos, cesárea anterior, entre otros.

Mediante la técnica” discusión dirigida”, en donde el grupo discute e intercambia información obtenida. Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Tercer encuentro: Clasificación del riesgo preconcepcional

Tema:

Inicio de la actividad

Factores de riesgo preconcepcional biológico

Factores de riesgo preconcepcional psicosocial

Objetivos

Crear relaciones afectivas entre las participantes

Aportar información sobre factores desencadenantes a un riesgo preconcepcional.

Identificar factores de riesgo biológicos y psicosociales.

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales:

Cartulina, alfileres, tijera, computadora, y video

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la dinámica recuerda el nombre de la fruta, el mismo que se realizará de la siguiente manera. A cada participante se le da un nombre de fruta (uva, manzana, durazno, banano, pera, durazno, kiwi, coco, piña, chirimoya, higo, naranja, sandía, limón, cereza, frutilla, pomelo, mandarina) escritos en un pequeño recuadro de cartulina, se adhiere a su ropa mediante un alfiler.

Se les indica que durante la hora de la presentación no se llamarán por su nombre sino por el de la fruta, todas estaremos pendiente ya que en el caso de equivocación u olvido se le marcará un punto en el rostro, la participante que tenga más marcada la cara será la que ha perdido y deberá cumplir la penitencia como es la de cantar algo a su gusto, se estima un tiempo de 20 minutos mientras se indica el juego y se aplique las cartulinas con sus respectivas frutas. Esta dinámica se realiza con la finalidad de observar cuanto se conocen y además para crear relaciones afectivas entre las mismas.

Continuamos con la información de los factores desencadenantes del riesgo preconcepcional, mediante conferencia a través de la presentación de 10 diapositivas (PowerPoint), se estima un tiempo de 10 minutos. Seguidamente se presenta un video “Consulta preconcepcional”, en éste se observará la importancia de reconocer los factores de riesgo, cuáles son los factores de riesgo biológico y psicosociales, tiene duración de 25 minutos.

Es importante referirles que deberán poner mucha atención a la presentación ya que en el cuarto encuentro también habrá ciertas preguntas del video. Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Cuarto encuentro: Factores de riesgo preconcepcional

Tema:

Inicio de la actividad

Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional

Enfermedades de Transmisión sexual

Objetivos:

Reforzar conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional

Conocer las enfermedades de transmisión sexual más comunes
Conocer las enfermedades de transmisión sexual como un factor de riesgo preconcepcional.

Conocer la importancia del preservativo

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: tarjetas simulando barajas que contengan varias frases en su reverso, tarjetas en blanco, bolígrafos, alfileres, computadora, y video

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la dinámica grupal “La baraja”, que se desarrolla de la siguiente manera:

El mediador hace 3 equipos de 5 participantes, las mismas que se deben sentarse en círculo. Cada equipo tiene 15 cartas de una baraja y tienen que dividirlos en dos bloques, uno con los factores de riesgos preconcepcionales y otras que no corresponden a dichos factores. Después se comprueban los bloques de cada equipo, y el equipo que tenga mayores aciertos será el ganador, al finalizar se indicará las barajas correctas en cuanto a lo solicitado.

Esta actividad se la realiza en base a los conocimientos adquiridos del encuentro anterior, reforzando y a la vez evaluando conocimientos.

Posibles textos de los naipes o barajas:

Tener más de 35 años representa un riesgo preconcepcional

Es peligroso tener más de 3 hijos

Se considera a 1 aborto un factor de riesgo preconcepcional

Se considera más de 3 abortos espontáneos un factor de riesgo preconcepcional

Antecedentes de gripe consecutivas es un factor de riesgo preconcepcional

Tener pareja inestable es un factor de riesgo preconcepcional

La adolescencia (15 a 19 años), se considera un factor de riesgo

El antecedente de apendicitis es un factor importante para un riesgo preconcepcional

Antecedente de hipertensión arterial durante el embarazo.

Una mujer desnutrida u obesa tiene la probabilidad de tener hijos prematuros.

El alcoholismo, tabaquismo y drogadicción son conductas personales que no afectan en un embarazo

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, hijos prematuros o con malformaciones congénitas son antecedentes personales y gineco-obstétricos de importancia.

Puedo tener un nuevo embarazo con tranquilidad en menos de 2 años de cesárea o parto.

Respuestas correctas: 6

Tiempo estimado: 20 minutos

Continuamos con la dinámica grupal “Si de repente...”, esta permitirá

Favorecer la toma de conciencia sobre la valoración social negativa que reciben muchas personas VIH positivas o enfermas de SIDA, reforzar el hecho de que no hay ninguna razón que justifique esta discriminación y a la vez ayuda a incentivar el uso de medidas necesarias para evitar una futura infección o enfermedad de transmisión sexual, el mismo que representa un riesgo preconcepcional.

A cada participante se le da una tarjeta con su respectivo bolígrafo y alfiler, se les pide que escriban en esa tarjeta con una palabra lo que normalmente piensa la sociedad de una paciente con VIH o SIDA, por ejemplo (miedo, temor, feo, etc.); seguidamente estas tarjetas serán reunidas y puestas en una caja para mezclarlas y se irá entregando a cada participante quien en voz alta leerá lo que está escrito en dichas tarjetas, finalmente se le pide a las participante se coloque con el alfiler en un lugar visible.

Se pedirá a las participantes que se imaginen que ellas se encuentran infectadas de VIH y que su familia, amigos y compañeros les están demostrando la reacción que aparece en su tarjeta ¿Cómo se sentiría? Tiempo estimado: 20 minutos

La actividad anterior da apertura a la presentación de un video “Enfermedades de transmisión sexual”, el mismo que es un documental, facilitando la atención de las presentes, además que transmite información, siendo las enfermedades de transmisión sexual uno de los factores de riesgo preconcepcional. Tiempo estimado: 30 minutos finalmente se expresará un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro y se dará una hoja con toda la información sobre métodos anticonceptivos, se solicitará a cada participante lea, ya que se realizarán preguntas en cuanto a lo dado.

Quinto encuentro: Prevención del riesgo preconcepcional

Tema: Métodos anticonceptivos

Es mejor cerrar las piernas

Importancia del ácido fólico

Objetivos:

Conocer la importancia y clasificación de los métodos anticonceptivos

Conocer la aplicación correcta del preservativo

Concientizar la importancia de planificar

Demostrar lo aprendido mediante la participación activa

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: pizarra, marcadores, pene de madera, preservativos, T de cobre, anticonceptivos orales, inyectables y subcutáneos, computadora, y cartillas, marcadores.

Desarrollo: Con el objetivo de profundizar conocimientos, permitir un análisis crítico del tema y estimular comunicación se realiza la siguiente actividad utilizando la dinámica “discusión dirigida”, se recuerda que en el encuentro anterior se les brindo información por escrito acerca de los métodos anticonceptivos, por lo cual se iniciará con las siguientes preguntas:

¿Las píldoras o anticonceptivos orales previenen el embarazo y enfermedades de transmisión sexual? ¿Todo método anticonceptivo hace engordar?

¿El anticonceptivo subcutáneo o llamado en la comunidad (la pila o el palito), es de un material duro que se puede quebrar?

¿Puede existir embarazo utilizando algún método anticonceptivo?

Estas preguntas ayudarán para iniciar y guiar la discusión, el moderador pedirá opiniones concediendo los turnos de palabra y permitiendo las aclaraciones que vayan surgiendo. En cuanto vayan disminuyendo los comentarios el facilitador hará un resumen de lo tratado y se mostrará directamente los diferentes métodos anticonceptivos como son las píldoras, las inyecciones, la T de cobre, los preservativos masculino y femenino, implante subcutáneo (implanon), es de importancia que las participantes vean y palpen.

Luego se procederá con la enseñanza de la forma correcta de utilizar el preservativo.

Para esto se hace una dinámica “Manual de preservativo masculino”, con el objetivo de conocer el preservativo masculino, los pasos para usarlo correctamente y favorecer la comunicación entre los participantes.

Se forman grupos de 5 personas y se les da una cartilla con los pasos que han de seguir para colocar correctamente un preservativo con el objetivo de que los grupos los ordenen de forma adecuada en el menor tiempo posible.

Cada cartilla tendrá:

Excitación

Pene en erección

Abrir el envoltorio

Colocar el preservativo

Penetración

Eyacuación

Retirar el pene

Pérdida de la erección

Quitar el preservativo Tirarlo a la basura.

Cada grupo debe explicar cómo los ha colocado y por qué.

El moderador finalmente, mostrará la secuencia correcta de utilización a todo el grupo mediante el pene de madera.

Tiempo estimado: 30 minutos

Posteriormente se pasará un video “es mejor cerrar las piernas”, éste tendrá el objetivo de fortalecer la importancia de utilización de métodos anticonceptivos y la planificación familiar. Tiempo estimado: 10 minutos

Seguidamente se enseñará otro video “importancia del ácido fólico”, si bien es cierto los temas expuestos en este encuentro permitirá conocer que existen factores de riesgos modificables y prevenibles y cuáles son las medidas a tomar.

Tiempo estimado: 10 minutos

Antes de finalizar se pide a las participantes expongan con sus palabras la importancia de lo aprendido, se pide a 5 voluntarias que indique un breve resumen de la información obtenida y cómo esto ayudará en su vida personal.

Tiempo estimado: 10 minutos

Para finalizar se aplica el post test y además se invitará a todos los grupos acudir en el último encuentro para dar cierre al evento, indicando que ese día se entregará el certificado de asistencia, cabe recalcar que es importante que haya acudido a todos los encuentros efectuados, valiéndonos por la firma de asistencias.

Sexto encuentro Cierre del evento Se aplicará nuevamente el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional, después de haber desarrollado los temas previstos en la estrategia diseñada.

Una vez que terminen de responder el cuestionario le aplicamos la técnica de PNI para identificar lo positivo, negativo e interesante para las mismas.

Para posteriormente evaluar los resultados.

Anexo V. Cuestionario 3

Evaluación del comportamiento de los factores de riesgo seis meses después de implementada la intervención educativa.

**MARQUE CON UNA (X) LA CARACTERÍSTICA Y RESPUESTA CORRECTA.
FAVOR SER LO MÁS SINCERA POSIBLE CON CADA UNA DE ELLAS.**

1) Características socioambientales.

b. - ESTADO CIVIL:

- Se mantiene soltera
- Comenzó una unión libre en los últimos 6 meses
- Se casó en los últimos 6 meses

2-a) Antecedentes patológicos personales:

- Realizo algún intento suicida en los últimos 6 meses: Si---- No----

De ser Si la respuesta, diga cuál fue el motivo.-----

- Presento alguna Enfermedad de Transmisión Sexual en los últimos 6 meses:
Sí---- No----

De ser afirmativa la respuesta ¿Cuál?-----

b) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- SEXUALIDAD Y FECUNDIDAD

- Se mantiene sin tener relaciones sexuales. Si--- No---
- Comenzó a tener relaciones sexuales en los últimos 6 meses: Si---No---

Si su respuesta fue SI responda:

- A qué edad: _____
- Cuántas parejas sexuales ha tenido en este periodo: _____
- Busco asesoría antes de iniciar las relaciones sexuales. Si--- No---
- De ser SI marque: MEDICO Y ENFERMERA DEL CONSULTORIO ----

EDUCADORA PARA LA SALUD DE ÁREA -----

PADRE ----, MADRE---- o AMBOS----

AMIGA O AMIGO ----

OTROS ---- ¿Quién?-----

- Se mantiene con relaciones sexuales sin penetración. Sí ---- No ----
- Mantiene desde el primer momento relaciones con penetración: Si---- No----

-Quedo embarazada en los últimos 6 meses: Si--- No ---

De ser SI la respuesta: responda

- Se interrumpió el embarazo: Si--- No---

3) MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Solo para las que tienen relaciones sexuales:

1- Se protege con condón desde la primera relación sexual: Si---- No----

2-No usaba método anticonceptivo y comenzó a usarlo: Si---- No----

3-Se mantiene utilizando algún método anticonceptivo: Si--- No---

4. ¿Qué método anticonceptivo utiliza?

5. Que tiempo hace?

4. ¿Se embarazó utilizando algún método anticonceptivo Sí ----No----

¿Cuál? -----

4) CONDUCTAS PERSONALES

1. Comenzó a fumar en los últimos 6 meses: Si---- No----

2- Comenzó a consumir alcohol en los últimos 6 meses: Si ---- No—

3-Ha consumido drogas o medicamentos con efectos similares a las drogas en los últimos 6 meses: Sí----- No----

¿Cuál o cuáles?-----

4. -Promiscuidad:

.Se mantiene con su misma pareja estable Si---- No ----.

.Se mantiene con pareja inestable. Si --- No ---

Tenía pareja inestable y decidió tener pareja inestable: Si---- No---

Lo que está en este recuadro sólo llena el entrevistador

PESO_____ kg TALLA_____ m IMC_____ kg/m²

Anexo VI. Índice de masa corporal para el sexo femenino

EDAD (AÑOS)	PERCENTILES						
	3	10	25	50	75	90	97
10	13.1	13.9	14.8	15.9	17.4	19.8	22.3
11	13.4	14.3	15.2	16.3	18.1	20.5	22.9
12	13.8	14.8	15.8	17.0	19.0	21.5	24.7
13	14.6	15.3	16.6	18.1	20.1	22.4	25.5
14	15.2	16.0	17.5	19.3	21.0	23.0	26.0
15	15.9	16.8	18.2	20.1	21.8	23.6	26.2
16	16.4	17.4	18.8	20.6	22.4	24.4	26.9
17	16.7	17.7	19.1	21.0	22.8	25.0	27.9
18	16.9	17.8	19.2	21.1	23.0	25.3	28.5
19	17.0	17.9	19.3	21.2	23.1	25.5	29.0