




Intervención educativa para la prevención del riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes

Educational intervention to prevent preconceptional reproductive risk in
adolescents

Julio Jesús Vargas Peña ^{1*} 

Rodrigo Wilfrido Carrillo Checa ¹ 

Deysi Viviana Bonilla Ledesma ¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes Quevedo. Ecuador.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ujuliocp31@uniandes.edu.ec

Recibido: 24/09/2023.

Aprobado: 05/01/2024.

RESUMEN

Introducción: La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, la inexperiencia en el cuidado de los niños, los modelos paternos inadecuados y la existencia de disfunción familiar determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales.

Objetivo: Desarrollar una intervención educativa para elevar el conocimiento de los adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.

Método: Se realizó un estudio cuasi experimental de tipo antes-después sin grupo control, en adolescentes del municipio Iribarren Sector 1 de la comunidad Atilio Raviccini de junio 2017 a junio 2018. El universo estuvo

ABSTRACT

Introduction: Adolescent motherhood constitutes a potential risk of biological alterations; inexperience in child care, inadequate parental models and the existence of family dysfunction determine a context that is associated with both, maternal and perinatal alterations.

Objective: To develop an educational intervention for adolescents in order to increase their knowledge about preconceptional reproductive risk.

Method: A quasi-experimental before-after study was conducted without a control group, in adolescents of the Iribarren Sector 1 municipality, Atilio Raviccini community, from June 2017 to June 2018. The universe consisted of 166 adolescents between 12 and 18 years of age, classified as preconceptional reproductive risk; the sample of 50

constituido por 166 adolescentes entre 12 y 18 años, dispensarizadas como riesgo reproductivo preconcepcional, la muestra de 50 adolescentes se seleccionó por muestreo aleatorio simple.

Resultados: Predominó el grupo de 13 a 15 años con un 46%, presentaron su menarquía entre los 13 y 15 años el 70%, se registró el inicio de las relaciones sexuales entre los 16 y 18 años en un 56%, el 80% refirió de 4 a 5 parejas sexuales, mientras que el 54% no usa ningún método anticonceptivo, el 50% refirió antecedentes familiares de hipertensión arterial, en cambio el 70% no presentó antecedentes patológicos personales.

Conclusiones: La intervención educativa mejoró el nivel de conocimientos de las adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional, resultados estadísticamente significativos para un nivel de significación de 0,05.

Palabras clave: intervención educativa, riesgo preconcepcional, embarazo, adolescentes, prevención

adolescents was selected by simple random sampling.

Results: The group aged 13 to 15 years predominated with 46%, 70% had their menarche between 13 and 15 years, 56% had sexual relations between 16 and 18 years, 80% reported 4 to 5 sexual partners, while 54% did not use any contraceptive method, 50% reported a family history of hypertension, and 70% had no personal pathological history.

Conclusions: The educational intervention improved the level of knowledge of the adolescents about preconceptional reproductive risk, results statistically significant at a significance level of 0.05.

Keywords: educational intervention, preconceptional risk, pregnancy, adolescents, prevention

Introducción

La fecundidad de las adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, la sociedad y el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de morbimortalidad materno – infantil, aumenta los costos en el sistema de salud, seguridad social y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y los hijos.⁽¹⁾

Sobre la base de la gestación como un proceso fisiológico, durante muchos años se consideró que un embarazo saludable y un recién nacido sano, dependían solo de los cuidados que recibiera la mujer en estado de gravidez; sin embargo, este concepto puede sufrir variaciones, al aceptar una serie de cuidados y observaciones, con el objetivo de prevenirlas o diagnosticarlas tempranamente.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud considera el embarazo en la adolescencia el que se produce en una mujer adolescente entre 10 y 18 años, o sea entre el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. Esta organización, por otra parte, considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente.⁽²⁾

En países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con Riesgo Reproductivo Preconcepcional es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4% y 3% respectivamente.⁽³⁾

En Cuba, se estima que entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional. En países como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, al alcanzar hasta un 25% o un 30% del total de las mujeres.⁽⁴⁾

Según el fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela, se registra la más alta tasa de embarazo adolescente entre los países de Suramérica, con 101 nacimientos por cada 1000 mujeres de 13 a 18 años de edad. Hasta hace solo 20 años, la salud sexual y reproductiva se mantuvo en un segundo plano ante prioridades como el agua, el alimento y el albergue.⁽⁵⁾

Aproximadamente 55% de la población actual venezolana son niños y adolescentes, quienes en los próximos años arriban a la edad reproductiva y laboral. Por ende, su nivel educacional, estado de salud y disposición para asumir responsabilidades, determinan su propio futuro y el del país.⁽⁵⁾

Venezuela, es un país que en materia de salud comunitaria realiza grandes esfuerzos para brindar una atención médica verdaderamente integral; el Ministerio del Poder Popular para la Salud en su Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva establece una serie de acciones en el periodo preconcepcional durante el embarazo, parto y puerperio.⁽⁶⁾

A lo que se añade el desarrollo de la Misión Niño Jesús en diciembre del 2009, la cual establece dentro de sus 15 objetivos: "Identificar el riesgo materno preconcepcional y establecer conductas que lo reviertan o aminoren." (6)

Sin embargo, en los últimos cinco años se evidencia un incremento alarmante de los embarazos en adolescentes, con más del 30% de gestantes, de este grupo etario, por año. A pesar de esto el país no cuenta con muchas publicaciones que orienten sobre la situación planteada, excepto el estudio realizado por González en 2016.(7)

El autor expone estadísticas de pacientes a quienes no se les señaló la importancia de cuidados sobre los riesgos y factores preconceptionales y las consiguientes complicaciones para el binomio materno fetal con un incremento de la tasa de mortalidad materna.(7)

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, dado que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos paternos inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto asociado con alteraciones tanto maternas como perinatales. La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado, la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas.(8)

En este contexto surge como problema científico: ¿Cómo modificar, desde la educación para la salud, los conocimientos de los adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional?

Es posible entonces, definir como objetivo desarrollar una intervención educativa para elevar el conocimiento de los adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.

Método

Se realizó un estudio cuantitativo de intervención cuasi experimental de tipo antes-después sin grupo control, en adolescentes del Municipio Iribarren Sector 1 de la comunidad Atilio Raviccini en el periodo comprendido de junio 2017 a junio 2018.

El universo estuvo constituido por 166 adolescentes comprendidas entre 12 y 18 años, dispensarizadas como riesgo reproductivo preconcepcional, para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para una proporción poblacional con la que se obtuvo un tamaño muestral de 50 adolescentes, que seleccionaron por muestreo aleatorio simple.⁽⁹⁾

En interés de la investigación se estudiaron las siguientes variables:

Variable dependiente

- Nivel de conocimientos de las adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional: variable cualitativa nominal politómica, para la cual se tuvieron en cuenta los resultados del cuestionario, antes y después de la intervención y según la calificación total de las preguntas y se les aplicó la siguiente escala:

Bien: pacientes que obtuvieron 85 puntos o más en la calificación final del cuestionario.

Regular: pacientes que obtuvieron entre 70 y 84 puntos en la calificación final del cuestionario.

Mal: pacientes que obtuvieron menos de 70 puntos en la calificación final del cuestionario.

Variable independiente

- Edad: variable cuantitativa discreta, los datos se recogieron por la edad en años cumplidos según el documento de identidad y se le aplicó la siguiente escala en tres grupos: de 10 a 12 años, de 13 a 15 años y de 16 a 18 años.

- Nivel de escolaridad: variable cualitativa ordinal, los datos se obtuvieron del cuestionario, para su clasificación se consideró el nivel escolar vencido, de lo contrario se incluyó en la categoría precedente, según la siguiente escala: Ninguno, Primaria, Secundaria o Superior.

- Menarquía: variable cuantitativa discreta, los datos se recogieron a través del cuestionario y la historia clínica y se le aplicó la siguiente escala en tres grupos: entre los 10 y 12 años, entre los 13 y 15 años o entre los 16 y 18 años.

- Inicio de las relaciones sexuales: variable cuantitativa discreta, los datos se recogieron a través del cuestionario y la historia clínica, según la edad de la primera relación sexual y se le aplicó la siguiente escala en tres grupos: entre los 10 y 12 años, entre los 13 y 15 años o entre los 16 y 18 años.

- Número de parejas sexuales: variable cuantitativa discreta, los datos se recogieron a través del cuestionario y la historia clínica, según la cantidad de parejas sexuales desde la primera relación sexual, hasta el momento de la investigación y se le aplicó la siguiente escala en tres grupos: De 1 a 3 parejas sexuales, de 4 a 5 parejas sexuales y 6 o más parejas sexuales.
- Métodos anticonceptivos: variable cualitativa nominal politómica, los datos se obtuvieron a través del cuestionario y la historia clínica individual, se clasificaron los pacientes según el método anticonceptivo que utiliza al momento del estudio: ninguno, píldoras, inyectables, métodos de barrera y otros.
- Paridad: Variable cualitativa nominal dicotómica, los datos se obtuvieron del cuestionario, para su clasificación se tuvieron en cuenta el número de nacidos vivos al momento del estudio y se le aplicó la siguiente escala:
Nulípara: sin ningún nacido vivo.
Multípara: uno o más nacidos vivos.
- Antecedentes patológicos familiares: variable cualitativa nominal politómica, los datos se obtuvieron a través del cuestionario y la historia clínica individual, se clasificaron los pacientes, de acuerdo con la presencia o ausencia de: diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar, asma bronquial, epilepsia, cardiopatías, anemia y VIH.
- Antecedentes patológicos personales: variable cualitativa nominal politómica, los datos se obtuvieron a través del cuestionario y la historia clínica individual, se clasificaron los pacientes según la escala: Sí o No, de acuerdo a la presencia o ausencia de: diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar, asma bronquial, epilepsia, cardiopatías, anemia y VIH.

En el desarrollo de la investigación se utilizaron los siguientes métodos

Los métodos empíricos que permitieron seleccionar, recolectar y realizar un análisis preliminar de la información a través de:

Análisis documental: que se utilizó en la revisión de la historia clínica así como en el estudio de documentos normativos referentes a la investigación.

Encuesta: Se utilizó como medio de la encuesta el cuestionario.

De los métodos teóricos se utilizaron:

Histórico- lógico: Para el análisis de la literatura y documentación especializada, con el objetivo de examinar los antecedentes históricos que han caracterizado al riesgo reproductivo preconcepcional de hasta la actualidad.

Deductivo-inductivo: Para inferir en los resultados de la investigación, así como para reagrupar toda la información y precisar el estado actual del conocimiento de los adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.

Análisis y síntesis: Permitted estudiar y descubrir las múltiples relaciones que guardan entre sí las variables del estudio.

Hipotético-deductivo: Se utilizó en la prueba de hipótesis y en la particularización de los resultados.

Métodos Estadísticos:

De la estadística descriptiva: Para describir los adolescentes según las variables seleccionadas se utilizaron en el procesamiento de la información frecuencias absolutas, porcentos y razón para las variables cualitativas, además para las variables cuantitativas se calcularon la media aritmética y la desviación estándar.

De la estadística inferencial: Para determinar el nivel de conocimientos antes y después de la implementación de la intervención educativa, se ejecutó la prueba estadística no paramétrica de Stewart Maxwell. Se utilizó un nivel de significación de 0,05 en las pruebas de hipótesis.

La investigación se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación.

Etapa diagnóstica: a las pacientes que conformaron la muestra se le explicaron las características del estudio y se les solicitó su consentimiento informado para participar en el mismo, todas estuvieron de acuerdo en participar, se aplicó el cuestionario diseñado por los investigadores, el cual fue previamente validado en un pilotaje en diez adolescentes, seleccionados al azar, que acudieron a la consulta de riesgo reproductivo preconcepcional, durante una semana, mediante la aplicación de una forma paralela del test, los resultados del coeficiente de correlación V de Cramer (0,76) le confirieron al cuestionario confiabilidad intrínseca y permitió además evaluar la validez de criterio concurrente.

Además, como parte de la evaluación de confiabilidad se determinó la consistencia interna para la que se utilizó el análisis de homogeneidad de los ítems, que se llevó a cabo a través del cálculo del α de Cronbach, el cual mostró un resultado de 0,81 y avaló una consistencia interna aceptable del instrumento.

Etapa de intervención: El diseño de la propuesta de intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional, partió de los problemas identificados en la primera parte de este estudio, contempló la organización de la muestra en 10 grupos (5 integrantes en cada uno), se realizó en 6 sesiones de trabajo de 30 minutos de duración con una frecuencia semanal.

Se utilizaron técnicas participativas, tales como: tormentas de ideas, clases de grupo, pancartas, laminarias y videos relacionados con el tema. Para dichos encuentros se escogió las instalaciones del Ambulatorio, en horario de la tarde, así como la Sede del Consejo Comunal.

Etapa de evaluación: En esta etapa se continuó el seguimiento de las participantes a través de la consulta preconcepcional, se evaluaron las modificaciones de la información antes y después de la intervención.

Con los datos se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel 2010 y el paquete estadístico SPSS versión 26. Los métodos previamente declarados permitieron darle cumplimiento a los objetivos de la investigación. Los resultados se resumieron y presentaron en tablas y gráficos estadísticos para su mejor comprensión.

Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó según los principios de la Declaración de Helsinki,⁽¹⁰⁾ y la aprobación del Comité de Ética de la investigación de las instituciones participantes, así como del Consejo Científico de las mismas.

Resultados

Tabla I. Edad de las adolescentes con riesgo reproductivo preconcepcional. Comunidad Atilio Raviccini. 2017- 2018.

Grupos de edad	No	%
De 10 a 12 años	10	20,00
De 13 a 15 años	23	46,00
De 16 a 18 años	17	34,00
Total	50	100,00

Al analizar la edad de las pacientes se observó el predominio del grupo de 13 a 15 años, con un 46% seguido por las de 16 a 18 años con un 34%, y finalmente el de 10 a 12 años con un 20% respectivamente. El promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 14,42 años con una desviación estándar de 2,16 años.

En el análisis del nivel de escolaridad se evidenció que solo 15 adolescentes tuvieron un grado de deserción escolar para un 30% y 35 de ellas, representadas en un 70%, continúan con sus estudios.

Tabla II. Menarquía y edad de inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes con riesgo reproductivo preconcepcional. Comunidad Atilio Raviccini. 2017- 2018.

Grupos de edad	Menarquía		Inicio de las relaciones sexuales	
	No	%	No	%
De 10 a 12 años	9	18,00	2	4,00
De 13 a 15 años	35	70,00	15	30,00
De 16 a 18 años	6	12,00	28	56,00

Se pudo determinar que presentaron su menarquía entre los 13 y 15 años el 70%, otro grupo minoritario se ve reflejado en menores de 13 años con un 18%, por el contrario después de los 15 años solo el 12%. Referente al inicio de las relaciones sexuales se registró inicio entre los 16 y 18 años en un 56%, seguidamente por el grupo entre los 13 y 15 años con un 30%, así mismo un 4% entre los 10 y 12 años.

Intervención educativa para la prevención del riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes

Según el número de parejas sexuales el 80% refirió de 4 a 5 parejas sexuales, en tanto que en el 14% se registraron de 1 a 3 parejas sexuales, y solo el 6% refirió haber tenido seis o más parejas sexuales.

Tabla III. Uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes con riesgo reproductivo preconcepcional.

Comunidad Atilio Raviccini. 2017- 2018.

Métodos anticonceptivos	No	%
Ninguno	27	54,00
Métodos de barrera	12	24,00
Píldoras	6	12,00
Otros	5	10,00
Métodos hormonales inyectables	0	0,00
Total	50	100,00

En la tabla precedente es posible apreciar que un 54% no usa ningún método anticonceptivo, así mismo el 24% de las mismas usan métodos de barrera, seguido por el uso de píldoras con un 12%, otros métodos anticonceptivos reportaron un 10%, no se reflejan resultados en los métodos hormonales inyectables. En cuanto a la paridad, se observó un predominio de multíparas en un 70%.

Tabla IV. Antecedentes patológicos familiares y personales de las adolescentes con riesgo reproductivo preconcepcional. Comunidad Atilio Raviccini. 2017- 2018.

Antecedentes patológicos	Familiares		Personales	
	No	%	No	%
Hipertensión arterial	25	50,00	0	0,00
Diabetes Mellitus	14	28,00	0	0,00
Anemia	0	0,00	15	30,00
Sin antecedentes	11	22,00	35	70,00

El análisis de los antecedentes patológicos familiares evidenció que el 50% refirió antecedentes de hipertensión arterial, seguidas de un 28% de diabetes mellitus y un 22% refirieron no presentar ningún antecedente patológico familiar. Por el contrario, en cuanto a los

antecedentes patológicos personales, se registró un 70% de adolescentes sin antecedentes patológicos y el 30% refirió padecer de anemia.

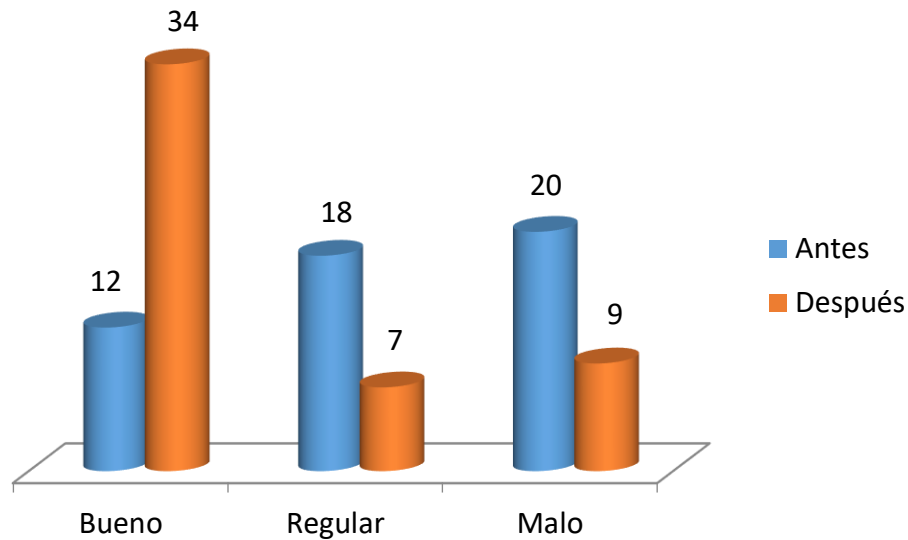


Gráfico 1. Nivel de conocimientos de los adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional antes y después de la intervención. Cominidad Atilio Raviccini. 2017- 2018.

El gráfico 1 evidencia que antes de la intervención las participantes del estudio tenían dudas, con respecto al tema, en la evaluación inicial observándose dificultades en algunos ítems, respondiendo regular 18 participantes, de bien 12 participantes y de mal 20. Posterior a la intervención clasifican como con un buen nivel de conocimientos bien 34 participantes, 7 de regular y 9 de mal.

El análisis inferencial para determinar la significación del cambio después de la intervención educativa, a través de la prueba no paramétrica de Stewart Maxwell arrojó un valor p de 0,000, pues con los datos disponibles, es posible afirmar que la intervención educativa mejoró el nivel de conocimientos de las adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional, resultados estadísticamente significativos para un nivel de confianza del 95% y de significación de 0,05.

Discusión

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos, estudios realizados han identificado un rejuvenecimiento de la fecundidad con gran incidencia entre los 11-19 años fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se le asocia un incremento de la tasa de aborto en jóvenes menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se relacionan con deficiente orientación sexual tanto en el hogar como en las instituciones educativas y de salud.⁽¹¹⁾

Baste tan solo señalar que actualmente el aborto constituye la primera causa de muerte en esta etapa de la vida. Pero como si fuera poco, estas actitudes irresponsables marcan diferencias en el comportamiento de las afecciones obstétricas e incrementa el riesgo en problemas de tipo biológico, psicológico y económico.⁽¹¹⁾

Debido a las características psicológicas propias de la edad, las adolescentes tienden a no adoptar conductas responsables de autocuidado, generalmente no tienen parejas estables y la posibilidad que se produzca en ellas un embarazo de riesgo es alta.

Por otra parte: Alvino,⁽³⁾ González,⁽⁷⁾ y Rivero,⁽¹²⁾ analizaron los factores de riesgo preconceptionales, no encontraron riesgos en madres adolescentes, pero sí en madres de 35 años o más, debido a que no es la edad en sí, sino principalmente su asociación con la gravedad de las complicaciones que se presentan durante el embarazo.

El embarazo en edades extremas de la vida (mayor de 35 años y menor de 18 años) identificado internacionalmente como alto riesgo, tanto para la madre como para el feto, están asociados a presentar parto prematuro, bajo peso al nacer (BPN) y una mayor mortalidad durante el primer año de vida. Esto podría explicarse porque en la adolescencia, el aparato reproductor y los órganos de la economía no se encuentran completamente maduros o listos para el embarazo y después de los 35 años su asociación es frecuente con enfermedades que hacen aparición en esta etapa de la vida.⁽⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud plantea que unas 16 millones de muchachas de 15 a 18 años son las que presentan embarazos y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos.⁽²⁾

El embarazo en la etapa de la adolescencia constituye en sí mismo un riesgo, pues se asocia en muchas ocasiones a factores como la soltería, la baja escolaridad, la ausencia a consultas y se plantea que solo la mitad de las gestantes asiste a su primera consulta en el primer trimestre.

Los resultados de la presente investigación difieren con un estudio realizado por Rivero,⁽¹²⁾ sobre adolescentes embarazadas, encontró que el 65,2% de los adolescentes encuestados no acuden a sus clases con regularidad y abandonan la escuela por estar embarazadas.

Los adolescentes se encuentran inmersos e influenciados por la sociedad donde viven y se desarrollan. Varias investigaciones muestran como en los estratos medio y alto, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente, en tanto que en los estratos más bajos donde existe mayor tolerancia del medio de la maternidad adolescente, son más comunes que tengan su hijo.

El embarazo en la adolescencia ocurre en todas las clases sociales, pero la actitud que frente a él asumen, tanto las y los adolescentes como su familia, varía ampliamente según el proyecto de vida de los jóvenes y de las expectativas que los padres depositan en ellos.⁽¹³⁾

A tono con la presente investigación las estadísticas mundiales muestran que el 18% de los adolescentes americanos ha experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. A escala mundial, el embarazo en la adolescencia representa el 20% de los embarazos. Según estudios realizados en el 2016, a nivel mundial alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19.⁽¹⁴⁾

Cuando en África las embarazadas adolescentes oscilan entre un 20-30% y en algunos países sobrepasan estas cifras, entre el 40 y el 60 % de los hijos de madres adolescentes en este continente son fruto de embarazos no deseados, a raíz de un acceso insuficiente a los métodos anticonceptivos y a la falta de educación sexual.⁽¹⁴⁾

Por otro lado, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además, se debe añadir que alrededor del 35% de las madres adolescentes son solteras y que el 50% de las madres solteras son adolescentes; si se añade que entre el 60 y el 70% de estos embarazos no son deseados, se podrá comprender los efectos psicosociales de este fenómeno. Santana ⁽¹⁵⁾ en su investigación sobre riesgo reproductivo preconcepcional encontró adolescentes embarazadas con altos índices de suicidio, abandono escolar y desempleo, lo cual condiciona la formación de una familia con un nivel económico bajo en relación al resto de la población.⁽¹⁴⁾

La presente investigación armoniza con Alvino,⁽³⁾ quien reporta que la menarquía entre los 13 y 15 años ocurrió en un 86,4%, la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales fue entre los 15 y 19 años con un 71,2%, y que el 45,2 % del grupo estudiado presentó dos parejas sexuales. Sin embargo, difiere en cuanto a la utilización de los métodos anticonceptivos orales con un 49,3%, coincidiendo este acápite con estudios de González,⁽⁷⁾ que reporta un 80% de utilización de estos métodos y referido a la paridad observó que la mayoría eran multíparas. En la presente investigación la mayoría de las adolescentes se negó a utilizar métodos anticonceptivos (60%) de manera que coincide con el estudio de Domínguez,⁽¹⁵⁾ donde el 60% de las adolescentes se niegan al uso de métodos anticonceptivos, en el cual fueron más frecuentes también aquellas adolescentes multíparas (73,33%) por tanto guarda relación con el estudio de Urbina ⁽¹⁷⁾ en el que el 81,3% había tenido al menos un parto.

En cuanto al conocimiento que poseen las mujeres de la comunidad Atilio Ravicini, el presente estudio coincide con los de González,⁽⁷⁾ en el 2016, quien describe que en la respuesta posterior a la intervención 39 participantes (78%) aumentaron su nivel de información y a 11 adolescentes (22%) no les importaba la consulta, con indiferencia para acudir a los controles prenatales.

El incremento en el nivel de conocimiento encontrado después de recibir orientación y asesoramiento, es un factor positivo para la adopción de conductas saludables y de auto

cuidado, que propicia el control de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno.

Sin embargo, el médico y la enfermera de la familia juegan un papel determinante en el logro de estos objetivos, pues son los encargados de reforzar las orientaciones dadas en la consulta de planificación familiar y comprobar su cumplimiento.⁽¹¹⁾

Por otra parte, no siempre el nivel de conocimiento adecuado sobre la situación y lo que hay que hacer para modificarlo se acompaña de la motivación y disposición para el cambio, de hecho es insuficiente para propiciar un cambio duradero. El cambio profundo requiere la reestructuración de hábitos intelectuales, emocionales y de conducta más arraigados. Estos resultados coinciden con otros autores consultados.⁽¹⁶⁾

La identificación y modificación del nivel de conocimientos sobre el riesgo preconcepcional implica mejor preparación, capacitación, que redundan en una mejor calidad de vida para las adolescentes de esta comunidad y repercutirá en la población, tanto en el desarrollo psicosocial de las adolescentes como en la preparación del resto de la comunidad, así como en la formación de convicciones y modos de actuación para su incorporación plena a la vida, siendo este uno de los sectores más olvidado y más pobres de la comunidad, donde los factores de riesgo son extremos.

Principales limitaciones

La investigación se desarrolló con una muestra pequeña aunque representativa, lo que implica una limitación de impacto, para ampliar y generalizar su aplicación de manera que sus efectos perduren en el tiempo.

Conclusiones

Predominaron las adolescentes entre 13 y 15 años que presentaron la menarquía en este mismo rango de edades, la edad más frecuente de inicio de las relaciones sexuales fue entre los

16 y 18 años, que no usan ningún método anticonceptivo, sin antecedentes patológicos personales y en las que el antecedente patológico familiar más frecuente fue la hipertensión arterial. La intervención educativa mejoró el nivel de conocimientos de las adolescentes acerca del riesgo reproductivo preconcepcional, resultados estadísticamente significativos para un nivel de significación de 0,05.

Referencias Bibliográficas

1. Figueroa Oliva DA, Negrin Garcia VA, Garcell Fernández ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas .2021 [citado 18/01/2024];25(5):e5051. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025&lng=es

2. OMS. Embarazo en la adolescencia. Ginebra:OMS;15/09/2022 [citado 25/08/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

3. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. [Lima Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. 63p. Disponible en:

<https://core.ac.uk/download/pdf/323350895.pdf>

4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP. 2022. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>

5. Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al servicio del desarrollo humano. 2020 [citado 08/01/2024]. Disponible en:

<https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr2015reportsppdf.pdf>

6. NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela. 2013 [citado 18/01/2024]. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SSR%202013_1.pdf

7. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev Cubana Med Gen Integr.2016 [citado 18/01/2024]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es.

8. Pérez Chacón JA, Morataya Torres I, Paz Chavarría MJ. Conocimientos sobre atención preconcepcional en mujeres en edad fértil. Unidad comunitaria de salud familiar Zacamil. Enero –febrero 2013[Tesis].[San Salvador]:Universidad de el Salvador;2013.64p.Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16951/1/TESIS%20%281%29.pdf>

9. Silva Aycaguer LC. Diseño Razonado de Muestras y Captación de Datos para la Investigación Sanitaria. Madrid, España: Diaz de Santos;2000[citado 18/01/2024]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-diseno-razonado-de-muestras-y-captacion-de-datos-para-la-investigacion-sanitaria-incluye-cd-rom/9788479784546/737718>

10. Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964. 2013 [citado 18/01/2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

11. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enfermer.2011[citado 18/12/2023];27(4):337-350. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400011&lng=es

12. Rivero Torres J, Manning Ávila EA, Massó Bombalé G, Lobaina Díaz AJ. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo, 2020. Gac Méd Estud. 2020[citado 08/12/2023];1(2):104-112. Disponible en:

<https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/24>

13. Pérez Pascual M, Salmerón Ruiz M. El entorno y la influencia en la adolescencia: familia, amigos, escuela, universidad y medios de comunicación. Pediatr Integral.2022[citado 01/12/2023];26(4):214-221. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-06/el-entorno-y-la-influencia-en-la-adolescencia-familia-amigos-escuela-universidad-y-medios-de-comunicacion/>

14. Gálvez Henry F, Rodríguez Sánchez BA, Lugones Botell M, Altunaga Palacio M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017[citado 18/01/2024];43(3):15-27. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003&lng=es

15. Domínguez Anaya R, Herazo Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2019. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011[citado 16/11/2023];62(2):141-147. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200004&lng=en

16. Cutiño Brito Y, Mojena Fernández O, Peña Valdés A. Estrategia De Intervención Al Riesgo Preconcepcional En Mujeres En Edad Fértil Del CMF Macagua 8 Jobabo. Rev Carib Ciencias Sociales. 2019[citado 17/11/2023]. Disponible en:

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/intervencion-riesgo-preconcepcional.html//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1912intervencion-riesgo-preconcepcional>

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Financiación: Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Contribución de los autores

Conceptualización: Julio Jesús Vargas Peña, Rodrigo Wilfrido Carrillo Checa.

Curación de datos: Julio Jesús Vargas Peña.

Análisis formal: Julio Jesús Vargas Peña, Rodrigo Wilfrido Carrillo Checa, Deysi Viviana Bonilla Ledesma.

Investigación: Julio Jesús Vargas Peña, Rodrigo Wilfrido Carrillo Checa, Deysi Viviana Bonilla Ledesma.

Administración de proyecto: Julio Jesús Vargas Peña.

Supervisión: Deysi Viviana Bonilla Ledesma.

Validación: Rodrigo Wilfrido Carrillo Checa.

Visualización: Julio Jesús Vargas Peña.

Redacción de borrador original: Julio Jesús Vargas Peña, Rodrigo Wilfrido Carrillo Checa, Deysi Viviana Bonilla Ledesma.

Redacción: Revisión y edición: Julio Jesús Vargas Peña, Deysi Viviana Bonilla Ledesma.



Esta obra está bajo [una licencia de Creative Commons Reconocimiento-
No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).