XXVI JORNADA NACIONAL VIRTUAL
BIBLIOTECOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANCTI SPÍRITUS

2026

TÍTULO: Estrategia de intervención familiar para la prevención del embarazo en adolescentes. Policlínico Universitario Juana Naranjo León, Sancti Spíritus.

Title: Family intervention strategy for the prevention of adolescent pregnancy. Juana Naranjo León University Polyclinic, Sancti Spíritus.

Autores: M.Sc. Gerardo Martín Valle Alvarez

Dr.C. Mallelín Rodríguez Mateo

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública con profundas repercusiones biomédicas, psicológicas y sociales. La falta de educación sexual y comunicación intrafamiliar efectiva limita el rol preventivo de la familia. **Objetivo:** Implementar y evaluar una estrategia de intervención a la familia para la prevención del embarazo en adolescentes, sustentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en el área de salud del Policlínico Universitario Juana Naranjo León, Sancti Spíritus. **Métodos:** Investigación de desarrollo con diseño cuasiexperimental (pre-test y post-test) sin grupo control. Muestra de 136 familias seleccionadas por muestreo aleatorio simple. Se aplicó el test FF-SIL y encuestas de conocimientos. La intervención se aplicó exclusivamente a

padres/tutores mediante 7 talleres semanales, evaluando el impacto indirecto en los adolescentes a través de la mejora de la dinámica comunicativa familiar. Se utilizaron Chi cuadrado y McNemar. **Resultados:** Diagnóstico inicial: predominio de familias moderadamente funcionales (51,5%). Conocimiento inadecuado: 84,6% en adolescentes y 61,0% en padres. Asociación significativa entre funcionamiento familiar y conocimientos adolescentes (χ^2=14,28; p=0,0025). Post-intervención: conocimiento adecuado en padres aumentó del 39,0% al 92,6% (p=0,0001), y en adolescentes del 15,4% al 91,2% (p=0,0001), con alta concordancia final. **Conclusiones:** La estrategia de intervención familiar demostró ser efectiva para modificar el modo de actuación de las familias. **Aporte social:** Fortalece el rol de la familia como agente preventivo y se alinea con los ODS 3 y 5.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia; familia; intervención educativa; enfermería; promoción de la salud; estrategia

Keywords: adolescent pregnancy; family; educational intervention; nursing; health promotion; strategy

INTRODUCCIÓN

El embarazo durante la adolescencia es calificado por la comunidad científica internacional como un problema de salud pública con profundas repercusiones biomédicas, psicológicas y estructurales. La Organización Mundial de la Salud señala el embarazo como prioridad en la atención de adolescentes, y la falta de educación sexual y el no uso de anticonceptivos explican muchos de estos casos. El embarazo temprano interrumpe la vida escolar, social y familiar, perpetúa pobreza y desigualdad, y afecta la salud del binomio madre-hijo. En los últimos años, organizaciones internacionales han trazado acuerdos respecto a lo necesario que resulta propiciar la prevención del embarazo adolescente mediante intervenciones educativas y el fortalecimiento de la familia.

En Cuba, el desbalance en los últimos años es visible. Según datos del Ministerio de Salud Pública, en 2023 la tasa de fecundidad adolescente fue de 19,7%, en contraste con un 17,9% en 2022. Las provincias centrales y orientales tienen el mayor aporte a estas cifras. En la provincia de Sancti Spíritus, en 2024 unas 420 adolescentes se convirtieron en madres, con los municipios de La Sierpe (23,7%), Sancti Spíritus (21,8%) y Cabaiguán (20,6%) como los de mayor incidencia. En el área de salud del Policlínico Universitario Juana Naranjo León, donde se desarrolla la presente investigación, la situación es igualmente preocupante, con 57 embarazadas adolescentes captadas hasta el cierre del noveno mes de 2024.

La presente investigación se sustenta en los postulados del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, el cual constituye un marco de referencia válido para la práctica de enfermería comunitaria. Dicho modelo enfatiza la promoción de salud motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano, promoviendo actitudes, motivaciones y acciones a partir del concepto de autoeficacia y del compromiso con el cambio de conductas para fomentar salud. El autor considera que estos constructos son particularmente relevantes para el diseño de intervenciones familiares orientadas a la prevención del embarazo adolescente.

Autores cubanos como Villegas Dorticós y Wong-Corrales han aplicado el modelo en escenarios comunitarios cubanos, demostrando su utilidad para el diseño de

intervenciones de enfermería. Sin embargo, hasta donde se ha podido constatar en la literatura revisada, existen pocas referencias acerca de la aplicación de estrategias de intervención familiar basadas en el modelo de Nola J. Pender, aplicada específicamente en un área de salud para la prevención del embarazo en adolescentes.

El objetivo del presente trabajo fue: Implementar y evaluar una estrategia de intervención a la familia para la prevención del embarazo en adolescentes, sustentada en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en el área de salud del Policlínico Universitario Juana Naranjo León, municipio Sancti Spíritus, durante el periodo comprendido entre octubre de 2024 y mayo de 2026.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de desarrollo con diseño cuasiexperimental (pre-test y post-test) sin grupo control, con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). La investigación se desarrolló en el Policlínico Universitario Juana Naranjo León, ubicado en el municipio Sancti Spíritus, provincia de Sancti Spíritus, Cuba. La población de estudio estuvo conformada por todas las familias en las que convivían al menos un adolescente con edades comprendidas entre 11 y 19 años, pertenecientes a los consultorios médicos de familia números 15 y 17. El tamaño poblacional total fue de 211 familias, según los registros de salud familiar actualizados al mes de septiembre de 2024. Para determinar el tamaño de la muestra, se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$), una proporción estimada del 50% ($p=0.5$) y un margen de error del 5% ($E=0.05$). El cálculo arrojó un resultado de $n = 136$ familias. El muestreo fue de tipo aleatorio simple. Se establecieron criterios de inclusión (voluntariedad, residencia permanente en el área, convivencia con adolescente de 11-19 años) y exclusión (problemas que impidieran la participación activa, adolescentes con trastornos que limitaran su capacidad de respuesta).

En la realización del diagnóstico, se aplicó el método histórico-lógico para fundamentar la historia del problema. Del nivel empírico: el análisis documental permitió el estudio de los lineamientos generales para el trabajo metodológico. La observación permitió la identificación de las principales dificultades que se manifiestan en el modo de actuación de las familias. Se aplicó una encuesta a los adolescentes y a los padres o tutores para valorar el nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo adolescente. Se aplicó el test de funcionamiento familiar (FF-SIL), validado en el contexto cubano, que evalúa los indicadores de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. La puntuación final se interpreta según la siguiente escala: Familia funcional (70-57 puntos), Familia moderadamente funcional (56-43 puntos), Familia disfuncional (42-28 puntos) y Familia severamente disfuncional (27-14 puntos). Se utilizó el método de criterio de expertos (Delphi) para valorar la pertinencia y validez teórica de la estrategia de intervención propuesta.

Del nivel estadístico se utilizó el cálculo porcentual para el análisis de los datos cuantitativos. Para evaluar la relación entre variables cualitativas en el pre-test (funcionamiento familiar y nivel de conocimientos), se aplicó la prueba de Chi cuadrado (χ^2), con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Para comparar los resultados antes y después de la intervención (pre-test vs. post-test) en las muestras relacionadas, se aplicó la prueba de McNemar. Los resultados se mostraron en tablas y gráficos para una mejor interpretación. Se analizaron variables relacionadas con estructura familiar, funcionamiento familiar, nivel de conocimientos de padres y adolescentes, y relación entre funcionamiento familiar y nivel de conocimientos. Esta investigación se enmarca dentro de un proyecto aprobado por el Comité de Ética y el Consejo Científico de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus, y se desarrolló respetando plenamente los principios éticos relacionados con la dignidad y los derechos de los sujetos investigados.

La estrategia de intervención familiar se diseñó con base en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, integrando los constructos de autoeficacia, beneficios percibidos y barreras percibidas. Se estructuró en 7 talleres semanales de 1 hora de duración, dirigidos exclusivamente a padres, madres o tutores. Las temáticas

abordaron factores de riesgo, consecuencias del embarazo adolescente, métodos anticonceptivos y comunicación sexual intrafamiliar. La validación mediante el método Delphi con 5 expertos alcanzó un coeficiente de concordancia de Kendall de 0,85.

RESULTADOS

En la Tabla 1, aparece la distribución de las familias según número de miembros y ontogénesis en la muestra estudiada. En la comparación entre ambas categorías se aprecia un predominio de familias medianas (53,7%) y extensas (47,1%). Este crecimiento refleja una estructura familiar típica del contexto cubano, influenciada por el envejecimiento poblacional y las dificultades habitacionales que obligan a la convivencia de múltiples generaciones. Este hallazgo coincide con lo reportado por otros autores en contextos similares del país, donde las familias extensas constituyen una respuesta adaptativa a las limitaciones de vivienda y a las redes de apoyo intergeneracionales. El autor considera que esta realidad debe ser considerada en el diseño de intervenciones de enfermería, pues las familias extensas ofrecen tanto oportunidades (redes de apoyo ampliadas) como desafíos (mayor probabilidad de conflictos intergeneracionales) para la educación sexual de los adolescentes.

Sin embargo, se identifican brechas en la representación de familias nucleares (37,5%) y ampliadas (15,4%), lo que sugiere la necesidad de estrategias de intervención diferenciadas según el tipo de familia. Para futuras intervenciones, sería recomendable consolidar la participación de todos los tipos familiares, garantizando así un equilibrio representativo que potencie la efectividad de las estrategias preventivas.

Tabla 1. Distribución de las familias según número de miembros y ontogénesis. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Característica	Categoría	n	%
Número de miembros	Pequeña (hasta 3 miembros)	44	32,4
	Mediana (4 a 6 miembros)	73	53,7
	Extensa (más de 6 miembros)	19	13,9
Ontogénesis	Nuclear	51	37,5
Extensa		64	47,1

Ampliada		21	15,4

Fuente: Análisis de la Situación de Salud, Historia de Salud Familiar e Historia de Salud Individual.

La distribución por grupos etarios de los 543 miembros de las familias (Tabla 2) muestra que la mayoría se concentra en el grupo de adultos de 26 a 60 años (43,3%), lo que representa la generación parental. Le siguen los adolescentes de 11 a 19 años (22,5%), que constituyen el grupo etario de interés para esta investigación. Los menores de 11 años suman 62 (11,4%), los jóvenes de 20 a 25 años suman 66 (12,2%), y los adultos mayores de 60 años suman 58 (10,6%). En cuanto al sexo, predominó el sexo masculino con 290 personas (53,4%) sobre el femenino con 253 (46,6%). Según el Análisis de la Situación de Salud Municipal, la edad media de la población se encuentra alrededor de los 43 años y la esperanza de vida es elevada. El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común como resultado de factores sociales, educacionales, económicos y culturales, por lo que encontramos a padres de adolescentes con edades superiores a las de hace algunos años atrás, reflejando el proceso de envejecimiento poblacional que experimenta Cuba.

Tabla 2. Distribución de los miembros de la familia según variables sociodemográficas. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Grupos etarios	Número	%
Menor de 11 años	62	11,4
De 11 a 19 años (adolescentes)	122	22,5
De 20 a 25 años (jóvenes)	66	12,2
De 26 a 60 años (adultos)	235	43,3
De 60 y más años (adultos mayores)	58	10,6
Según sexo	Número	%
Masculino	290	53,4
Femenino	253	46,6

Tabla 3. Distribución de las familias según funcionamiento familiar y presencia de crisis. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Funcionamiento familiar	n	%	Presencia de crisis	n	%
Funcional	57	41,9	Crisis normativas	125	91,9
Moderadamente funcional	70	51,5	Crisis paranormativas	11	8,1
Disfuncional	7	5,1			
Severamente disfuncional	2	1,5			
Total	136	100			

Fuente: Análisis de la Situación de Salud, Historia de Salud Familiar, Historia de Salud Individual y Encuesta.

En la Tabla 3 se expone la distribución de las familias según su nivel de funcionamiento familiar y presencia de crisis. En cuanto al funcionamiento familiar, predominaron las familias moderadamente funcionales (51,5%), seguidas por las familias funcionales (41,9%). Solo 7 familias (5,1%) se clasificaron como disfuncionales y 2 (1,5%) como severamente disfuncionales. En relación con las crisis familiares, la mayoría (91,9%) presentaban crisis normativas, relacionadas con el ciclo vital familiar (formación de la pareja, nacimiento del primer hijo, hijos en edad escolar o adolescentes, emancipación de los hijos, jubilación y envejecimiento), mientras que solo 11 familias (8,1%) atravesaban crisis paranormativas (divorcio, enfermedades graves, accidentes, pérdida inesperada de empleo). La exploración de la funcionalidad familiar reveló que un 51,5% se encuentra en niveles de funcionalidad moderada, 41,9% funcional, 5,1% disfuncional y 1,5% severamente disfuncional. La predominancia de familias funcionales y moderadamente funcionales (93,4%) constituye un hallazgo alentador, pues sugiere que el tejido familiar en el área de salud estudiada posee una base sólida sobre la cual construir intervenciones de promoción de salud. El autor coincide con Pérez y colaboradores quienes plantean que la familia funcional garantiza el crecimiento y desarrollo de sus integrantes y es parte del equilibrio emocional que facilita afrontar acontecimientos de la vida.

Tabla 4. Relación entre funcionamiento familiar y nivel de conocimientos de los adolescentes antes de la intervención. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Funcionamiento familiar	Conocimiento adecuado (n=21)	Conocimiento inadecuado (n=115)	Total
Funcional (n=57)	13 (22,8%)	44 (77,2%)	57
Moderadamente funcional (n=70)	7 (10%)	63 (90%)	70
Disfuncional (n=7)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	7
Severamente disfuncional (n=2)	0 (0%)	2 (100%)	2
Total	21 (100%)	115 (100%)	136

Chi cuadrado = 14,28; gl = 3; p = 0,0025

Fuente: Análisis de la Situación de Salud, Historia de Salud Familiar, test FF-SIL y encuesta a adolescentes.

El análisis de la Tabla 4 revela que el 84,6% de los adolescentes presentaba conocimientos inadecuados antes de la intervención, lo que evidencia una brecha significativa en la educación sexual de este grupo etario. Se observa una tendencia clara: a medida que disminuye el nivel de funcionalidad de las familias, se incrementa la proporción de adolescentes con conocimientos inadecuados. El valor de Chi cuadrado calculado (14,28) es mayor que el valor crítico (7,81) y p = 0,0025, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación significativa entre el funcionamiento familiar y el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre prevención del embarazo. Las relaciones emocionalmente distantes entre los miembros de la familia condicionan que los padres no conozcan con quién se relacionan sus hijos y lo que hacen, lo cual favorece que los adolescentes, al no tener control parental ni apoyo familiar, desarrollen conductas que violan las normas sociales. Este hallazgo coincide con lo reportado por Vizcaino y Cusme, quienes concluyen que la falta de cohesión y comunicación de los padres se asocia a una conducta de riesgo alta en el desarrollo de las adolescentes.

Tabla 5. Distribución de conocimientos de padres o tutores antes y después de la intervención. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Momento	Conocimiento adecuado		Conocimiento inadecuado	
No.	%	No.	%	
Pre-test	53	39,0%	83	61,0%
Post-test	126	92,6%	10	7,4%

McNemar: p = 0,0001

Fuente: Encuesta a padres/tutores.

La efectividad demostrada en los padres (aumento del 39,0% al 92,6% de conocimientos adecuados) respalda la tesis de que la orientación familiar constituye un eje central en la promoción de conductas de salud. La capacitación de los padres en temas de salud sexual y reproductiva no solo mejora sus conocimientos individuales, sino que los posiciona como agentes multiplicadores capaces de influir positivamente en las decisiones de sus hijos adolescentes. Este hallazgo coincide con lo reportado por Louro Bernal, quien plantea que la familia es el espacio fundamental donde se transmiten valores, hábitos y prácticas de cuidado que permean todas las etapas del ciclo vital. A pesar de que alrededor del 40% de las familias tenían un nivel de conocimiento adecuado antes de la intervención, pudo constatarse en varios de los ítems de las preguntas una desinformación importante al realizar el diagnóstico. Las mayores dificultades se encontraron en identificar las principales causas del embarazo, las complicaciones y consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Tabla 6. Distribución de conocimientos de los adolescentes antes y después de la intervención. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Momento	Conocimiento adecuado		Conocimiento inadecuado	
No.	%	No.	%	
Pre-test	21	15,4%	115	84,6%

Post-test	124	91,2%	12	8,8%

McNemar: p = 0,0001

Fuente: Encuesta a adolescentes.

La Tabla 6 muestra la distribución del nivel de conocimientos de los adolescentes antes y después de la intervención. Antes de la intervención, solo 21 adolescentes (15,4%) tenían un nivel de conocimiento adecuado, mientras que 115 (84,6%) presentaban conocimientos inadecuados. Después de la intervención, el número de adolescentes con conocimiento adecuado aumentó a 124 (91,2%). Cabe aclarar que los adolescentes no participaron en los talleres; la medición de sus conocimientos tuvo como propósito evaluar el impacto indirecto de la capacitación brindada a los padres. La prueba de McNemar arrojó un valor de p = 0,0001, demostrando la alta efectividad indirecta de la intervención en los adolescentes. La concordancia del 96,8% entre padres con nivel adecuado y adolescentes que también alcanzaron nivel adecuado es un hallazgo que subraya la importancia de intervenir sobre la familia como unidad de cuidado. Este resultado es consistente con los hallazgos de Carrión y colaboradores, quienes encontraron que la falta de conocimientos adecuados sobre sexualidad aumenta el riesgo de embarazo en adolescentes.

Tabla 7. Relación entre conocimientos de padres y adolescentes después de la intervención. Consultorios 15 y 17. Policlínico Juana Naranjo León. Sancti Spíritus.

Conocimiento de padres	Conocimientos adolescentes	Total	
Adecuado (n=126)	122 (96,8%)	4 (3,2%)	126
Inadecuado (n=10)	2 (20,0%)	8 (80,0%)	10
Total	124	12	136

Chi cuadrado = 85,34; gl = 1; p = 0,0001

Fuente: Encuestas a padres y adolescentes.

Después de la intervención, se observó una alta concordancia entre el nivel de conocimiento de padres y adolescentes. De las 126 familias en las que los padres alcanzaron un nivel de conocimiento adecuado, en 122 de ellas (96,8%) los adolescentes también alcanzaron un nivel adecuado. Solo en 4 familias hubo padres con conocimiento adecuado y adolescentes inadecuado, y en 2 familias padres inadecuados con adolescentes adecuados. El autor aplicó la prueba de Chi cuadrado, obteniendo un valor de p = 0,0001, lo que indica una asociación altamente significativa entre el conocimiento de padres y adolescentes después de la intervención. Estos resultados confirman que, aunque la intervención se aplicó exclusivamente a los padres, el efecto beneficioso se extiende a los adolescentes, probablemente a través de una mejor comunicación intrafamiliar y un mayor involucramiento parental en la educación sexual de sus hijos. Esta concordancia entre los conocimientos de padres e hijos después de la intervención respalda la efectividad del diseño de intervención familiar indirecta empleado en esta investigación. En la investigación de Ochoa Durán y colaboradores resultó esencial incorporar la educación sexual integral a todos los niveles, destacando la responsabilidad compartida entre instituciones educativas, de salud y comunidades para mejorar los resultados en salud reproductiva entre los jóvenes cubanos. Por su parte, Ramírez Hernández y colaboradores destacan la importancia de la intervención familiar en la prevención del embarazo adolescente, subrayando que una comunicación abierta entre padres e hijos es fundamental para abordar temas de sexualidad.

El análisis comparativo de las dos mediciones revela un patrón evolutivo en los conocimientos de padres y adolescentes. En la primera medición (pre-test), los participantes reconocieron de manera limitada los factores de riesgo y las consecuencias del embarazo adolescente. En la segunda medición (post-test), se observa una ampliación y consolidación de conocimientos, destacando la comprensión más profunda de los métodos anticonceptivos, los factores de riesgo y las estrategias de comunicación intrafamiliar.

La estrategia fue implementada según lo descrito en el diseño metodológico. La asistencia promedio a los talleres fue del 92,6% (126 de 136 padres), lo que indica una

alta aceptación de la intervención por parte de las familias participantes. Durante los talleres, se observó una evolución en la participación de los padres: en las primeras sesiones predominaban las preguntas sobre aspectos biológicos y médicos, mientras que en las sesiones finales las intervenciones se centraron en cómo iniciar conversaciones con sus hijos y cómo manejar situaciones cotidianas complejas. Los padres manifestaron que los principales temores para abordar la sexualidad con sus hijos eran la vergüenza y el temor a no saber cómo responder a sus preguntas, los cuales fueron reemplazados por una mayor confianza en sus capacidades comunicativas al finalizar el programa.

Los principales desafíos identificados por las familias para la prevención del embarazo adolescente se representan en la Figura 1.

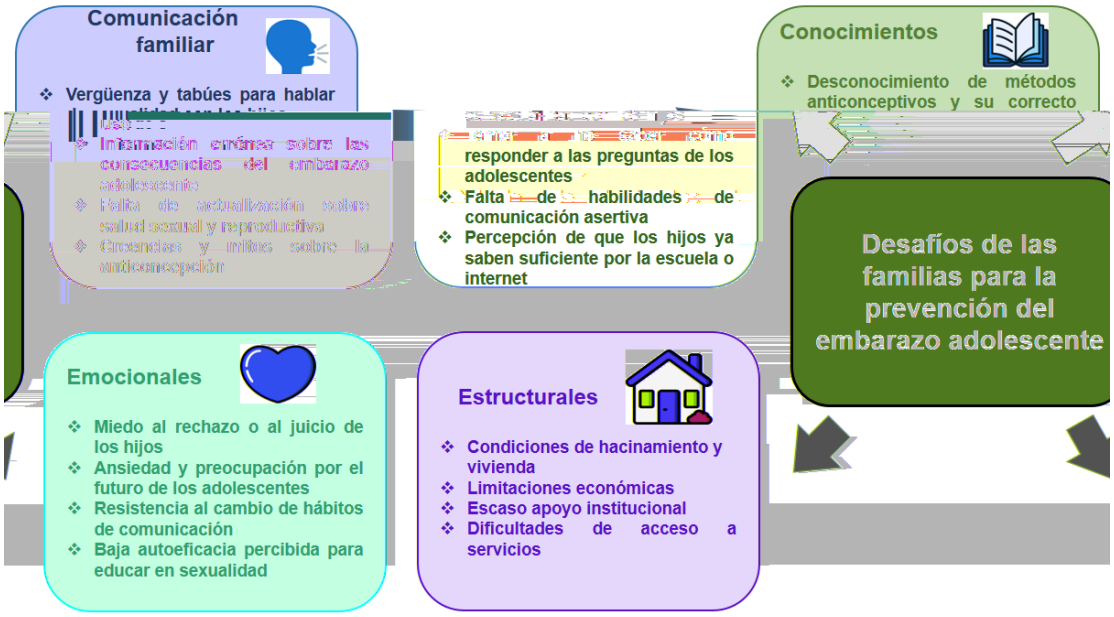


Figura 1. Principales desafíos que enfrentan las familias para la prevención del embarazo adolescente. Fuente: Elaborado a partir de la encuesta, observación y entrevista.

Los puntos de contacto entre ambas mediciones revelan que las familias comparten una visión crítica y realista del proceso de prevención del embarazo adolescente. Los desafíos no se reducen a lo técnico (falta de información), sino que abarcan dimensiones comunicativas, emocionales y estructurales, especialmente en contextos

de recursos limitados como el cubano. La identificación de estos desafíos aporta evidencia para diseñar estrategias institucionales que garanticen calidad en la prevención del embarazo adolescente desde el trabajo con la familia.

CONCLUSIONES

La implementación de la estrategia de intervención familiar logró modificar significativamente el modo de actuación de las familias en la prevención del embarazo adolescente, evidenciado por el incremento sustancial de los conocimientos adecuados en padres (del 39,0% al 92,6%) y en adolescentes (del 15,4% al 91,2%). La caracterización inicial evidenció un predominio de familias medianas (53,7%) y extensas (47,1%), con funcionamiento moderadamente funcional (51,5%) y crisis normativas (91,9%), lo que permitió contextualizar las necesidades específicas de la población estudiada.

El diagnóstico inicial confirmó la existencia de una asociación significativa entre el funcionamiento familiar y el nivel de conocimientos de los adolescentes ($\chi^2 = 14,28$; $p = 0,0025$), lo que valida la importancia de fortalecer la dinámica familiar como estrategia de prevención primaria. La estrategia basada en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender demostró ser altamente efectiva, elevando los conocimientos adecuados en padres del 39,0% al 92,6% y en adolescentes del 15,4% al 91,2%, con una alta concordancia final entre ambos ($p = 0,0001$).

Se observa una transición desde enfoques tradicionales de educación sexual hacia metodologías más activas y participativas, aunque aún persiste dependencia de la transmisión directa de información en algunos casos. La alta concordancia entre padres y adolescentes después de la intervención refleja la valoración de la integración familiar como estrategia pedagógica efectiva.

En ambas mediciones los participantes diferenciaron con precisión los factores de riesgo y protectores, además de reconocer progresivamente la importancia de la comunicación intrafamiliar. Esto confirma una comprensión estable del Modelo de Promoción de la Salud, aunque requiere mayor consolidación práctica en el trabajo comunitario con las familias, especialmente en la sostenibilidad de los cambios a largo plazo.

RECOMENDACIONES

Equilibrar la participación intergeneracional: promover la inclusión de padres con diferentes niveles de experiencia y formación en las futuras ediciones de la intervención, para potenciar el intercambio de saberes y fortalecer la innovación pedagógica en salud sexual.

Consolidar metodologías activas: incentivar el uso de técnicas participativas como el juego de roles y el aprendizaje basado en problemas como estrategias centrales, reduciendo la dependencia de la exposición magistral y fomentando la participación de las familias.

Fortalecer la capacitación comunitaria: garantizar formación continua en el uso de herramientas educativas y en la integración de tecnologías como recursos estratégicos para la prevención del embarazo adolescente.

Estandarizar roles en la intervención familiar: definir funciones claras y diferenciadas para los profesionales de la salud, los facilitadores comunitarios y las familias, visibilizando también roles emergentes como agentes de cambio comunitario.

Atender desafíos estructurales y emocionales: diseñar estrategias institucionales para mejorar las condiciones de vivienda, apoyar la gestión del tiempo parental y asegurar coherencia organizativa en el desarrollo de las intervenciones familiares.

Realizar el análisis comparativo entre las dos ediciones del diagnóstico (pre-test y post-test), integrando tanto los indicadores cuantitativos (niveles de conocimiento, funcionamiento familiar) como los cualitativos (percepciones, desafíos y reflexiones de las familias).

APORTES SOCIALES

Fortalecimiento institucional: La ampliación de la participación de consultorios médicos y niveles de atención en la segunda edición del diagnóstico refleja un impacto directo en la integración de distintos niveles de atención en salud. Esto contribuye a la cohesión del sistema sanitario y a la formación continua de sus profesionales.

Innovación pedagógica: La transición hacia metodologías activas y participativas en la educación sexual promueve un cambio cultural en la atención primaria de salud, favoreciendo la autonomía de las familias y la creación de entornos de aprendizaje más inclusivos y participativos para la prevención del embarazo adolescente.

Equidad y acceso: Al visibilizar los desafíos de comunicación intrafamiliar y las barreras percibidas por los padres para abordar la sexualidad con sus hijos, el trabajo aporta evidencia para diseñar políticas que reduzcan brechas de información, garantizando mayor equidad en el acceso a la educación sexual en contextos de limitaciones socioculturales.

Desarrollo profesional de enfermería: La combinación de enfermeros con experiencia y jóvenes en formación metodológica potencia el intercambio intergeneracional, asegurando la transmisión de saberes y la renovación pedagógica en el sector salud.

Mejora de la salud comunitaria: Al fortalecer la capacitación de las familias en salud sexual y reproductiva, se contribuye indirectamente a mejorar la calidad de la atención médica, pues los padres formados repercuten en la preparación de futuros profesionales de la salud que atenderán a la comunidad.

Este trabajo aporta un valor social significativo al visibilizar cómo la educación sexual y la intervención familiar pueden convertirse en un motor de transformación institucional y comunitaria. La ampliación de la participación de consultorios, policlínicos y universidades fortalece la cohesión del sistema de salud y garantiza la formación continua de sus profesionales. La transición hacia metodologías activas y colaborativas promueve una cultura pedagógica más inclusiva, que fomenta la autonomía y la participación de las familias. Al mismo tiempo, la identificación de brechas de comunicación y recursos ofrece evidencia para diseñar políticas que

reduzcan desigualdades en el acceso a la información, asegurando mayor equidad en la educación sexual. Finalmente, la combinación de profesionales experimentados y jóvenes en formación metodológica potencia el intercambio intergeneracional, asegurando la transmisión de saberes y la renovación pedagógica, con impacto directo en la calidad de la atención que recibe la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

World Health Organization. (2024). Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. y Parsons, M. A. (2019). Health promotion in nursing practice (8th ed.). Upper Saddle River (NJ): Pearson.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.

Hernández Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2023). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (8va ed.). México DF: McGraw-Hill.

Polit, D. F. y Beck, C. T. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2024). Anuario Estadístico de Salud 2023 [Internet]. La Habana: MINSAP. https://salud.minsap.cu/anuario-estadistico

Villegas Dorticós, M. A., Sánchez García, Z. T., Urbina Laza, O., Pardillo Mustelier, N. A., Cordero Odery, J. y Gómez Valdivia, M. (2023). El envejecimiento poblacional: una mirada desde la práctica de enfermería basada en el modelo de Nola J. Pender. Medisur, 21(6), 1298-1304. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000601298

Wong-Corrales, L. A., Señán-Hernández, N., Fernández Pérez, R., Álvarez Rodríguez, Y., Aguilar Hernández, I. y Perera-Milian, L. S. (2023). Efectividad de la intervención de Enfermería sobre promoción de salud en brigadistas sanitarias. Revista Cubana de Enfermería, 39. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100004

Castro Espín, M., Rivero Pino, R., Guerrero Borrego, N., Vázquez Seijido, M. y Díaz Figueroa, Y. (2014). La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

en América Latina y el Caribe. Revista Cubana de Sexología y Sociedad, 20(1), 15-28.

Louro Bernal, I. (2004). La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana de Salud Pública, 30(1), 48-51.

Ochoa Camac, K. y Cuba Sancho, J. M. (2021). Factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe 2009-2019: revisión sistemática. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 23. https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.ffpp

Chacón O'Farril, D., Cortes Alfaro, A., Álvarez García, A. G. y Sotonavarro Gómez, Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 41(1), 50-58. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2015000100006

Esquivel-Tamayo, J. A. y Peña-Laguna, Y. C. (2023). Caracterización psicosocial de las embarazadas adolescentes del área de salud del Policlínico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 27(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000400007

Pérez Ferreiro, Y. D., Apupalo Chisag, M. M. y Creagh Bandera, I. (2018). Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 17(5). http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2449

Carrión Ordóñez, I., Bravo Salinas, S. E., Izquierdo Coronel, S. A. y Marrero Escalona, E. D. (2020). Conocimientos sobre sexualidad y conductas sexuales de jóvenes universitarios, Cañar 2020. RECIMUNDO, 4(4), 115-128.

Ramírez Hernández, S., et al. (2024). Intervención familiar en la prevención del embarazo adolescente. Revista de Ciencias Médicas. https://revcmc.sld.cu/index.php/cmc/article/view/5678

Figueroa Oliva, D. A., Negrin Garcia, V. A. y Garcell Fernández, E. T. (2021). Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 25(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025

Jácome Vera, A. M., Román Proaño, J. V. y Cadena Figueroa, M. E. (2024). Embarazo en adolescentes: consecuencias en el ámbito familiar, escolar y psicosocial. Tesla Revista Científica, 4(2), e389. https://doi.org/10.55204/trc.v4i2.e389

Ministerio de Salud Pública. (2000). Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. La Habana: MINSAP. https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/CUB-AD-17-01-PLAN-STRATEGY-2000-esp-Programa-adolescentes.pdf

Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Indicador 3.7.2: Tasa de natalidad adolescente (10-14 años; 15-19 años). Nueva York: ONU. https://sdgs.un.org/goals/goal3