



POLICLINICO UNIVERSITARIO "TURCIOS LIMA"
PINAR DEL RIO

**COMPORTAMIENTO DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL: CONSEJO POPULAR
CAPITÁN SAN LUÍS, AÑO 2007**

The Behaviour of the Preconceptional Risk at the "Capitan San Luis" Popular Council
Area, 2007

Ana Isabel Picos Gómez¹, Daismel León Rodríguez². Dr. Jorge A. Naranjo Ferragut³.

1. Alumna de tercer año de Medicina.
2. Alumno de quinto año de Medicina.
3. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva y transversal de 172 mujeres en edad fértil identificadas como riesgo preconcepcional, pertenecientes al Consejo Popular Capitán San Luis del Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima" durante el año 2007; con el objetivo de analizar el riesgo preconcepcional de esta parte de la comunidad. Los datos se obtuvieron mediante una planilla y como métodos estadísticos se utilizó la comparación de frecuencias relativas, el test de comparación de proporciones y el Chi cuadrado con un 95% de confiabilidad. Se obtuvo una prevalencia de mujeres con el mencionado riesgo de un 8.5%, estando controladas el 93% de las mismas; predominando el grupo de 36 a 49 años. Entre los antecedentes obstétricos resultaron más frecuentes el período intergenésico corto y los antecedentes de embarazo con riesgo obstétricos o perinatal incrementado. La malnutrición por defecto y el asma bronquial grado III aportaron el mayor número de casos. Predominaron las mujeres con preuniversitario terminado, las trabajadoras y las casadas, así como el funcionamiento familiar adecuado. El método anticonceptivo más utilizado resultó ser el dispositivo intrauterino. Se comprobó que las variables que influyeron negativamente en el nivel de control del riesgo fueron los factores socioeconómicos desfavorables y el funcionamiento familiar inadecuado.

Palabras clave: RIESGO PRECONCEPCIONAL, MUJERES, ANTICONCEPTIVO.

ABSTRACT

A descriptive and a cross-sectional study on 172 women in fertile age having preconceptional risk (PC), belonging to the "Capitan San Luis" Popular Council in "Turcios Lima" Out-patient Clinic in 2007, aimed at studying the preconceptional risk of this segment of the community was performed. Data were obtained with a form and the statistical methods were: the relative frequency comparison, the test of proportional comparison and the chi square test with a 95% of confidence. The prevalence of women with this risk was 8, 5% being controlled 93% of them. The predominant age group for PC was the 36 -49 y.o. women. The short intergenetic period and a history of pregnancy with an increase of obstetric or perinatal risks were the most frequent obstetric risks. Malnutrition and grade III bronchial asthma were responsible of the higher number of cases. It was observed a high number of women with an education level of high school as well as workers and married as well as those with a proper family setting. Intrauterine device was the most used contraceptive. It was proved that the bad socioeconomic factors and the improper family setting were the variables which influenced harmfully on the risk control.

Key words: PRECONCEPTION RISK, WOMEN, CONTRACEPTIVE

INTRODUCCIÓN

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

En términos de salud se considera que riesgo es la probabilidad de que determinados individuos, grupos humanos o comunidades padezcan una enfermedad o daño de origen biológico, social y ambiental, es decir, un factor de riesgo es toda característica o circunstancia biológica y social del individuo, grupo o comunidad, que está asociada a una mayor probabilidad de tener una enfermedad o daño, por lo tanto los factores de riesgo son características que tienen una asociación significativa con un desenlace bien definido. Teniendo en cuenta estos factores comenzó hace varios años la aplicación de lo que se conoció como Programa de Profilaxis de Riesgo Materno y Perinatal, que constituyó desde sus comienzos uno de los más importantes en la atención primaria, pues ha contribuido notablemente a disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal (1-3).

La identificación de un factor específico permite al sistema de salud intervenir en cualquiera de las etapas que conducen a la enfermedad. Estos factores de riesgo, la predicción de enfermedades y las posibles intervenciones son los instrumentos del concepto de riesgo que facilitan la identificación de las necesidades de acción futuras. Estas acciones concentran el uso de recursos, nos permiten aumentar la cobertura, mejorar los sistemas de referencia y resaltar la calidad de la atención (4-5-6).

Actualmente se les da el nombre de consultas de riesgo preconcepcional, considerándose dicho riesgo como la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño -ella o su producto- si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sean enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja (7).

A partir de 1996 se revitalizó la consulta central de riesgo preconcepcional con el objetivo de dar un enfoque más integral al riesgo, con una atención multidisciplinaria y una mejor utilización de los recursos disponibles, lo que complementa la atención que brinda el médico de la familia (8).

Con la labor del médico de la familia se puede brindar una mejor atención a los casos de riesgo materno-perinatal y actuar sobre los factores socioambientales que interactúan de forma adversa sobre estas gestantes (9).

En estos últimos años se ha obtenido un notable descenso en las tasas de mortalidad materna y perinatal lo cual se debe a la creación de actividades de planificación familiar y anticoncepción, instrumento fundamental de trabajo, el cual con la participación del médico y la enfermera de la familia adquiere su mayor dimensión para convertirse en una estrategia de salud, y tiene como fin proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad (9).

En Cuba, desde la implantación del Sistema Nacional de Salud, han ocupado lugar prioritario las acciones encaminadas a mejorar la salud reproductiva de la mujer, dar atención prenatal calificada, lograr el 100% del parto institucional y los cuidados especiales durante el puerperio (10).

Al considerar la planificación familiar como una estrategia de salud es importante incluir, en estos conceptos, el programa de riesgo preconcepcional como una estrategia que también asume su valor, al permitir el proceso metodológico correcto para el desarrollo de la planificación en el mejor momento para la reproducción (11).

Con un adecuado control del riesgo preconcepcional se podrán lograr los indicadores materno-infantil a que aspira el país, como son una tasa de mortalidad infantil por debajo de 5 por cada mil nacidos vivos, un índice de bajo peso al nacer inferior a 5 y una tasa de mortalidad materna de 0 por cada mil nacidos vivos (12,13).

Después del nuevo enfoque del riesgo preconcepcional en el año 1998 se han comprobado dificultades en su identificación y control, todo lo cual motivó la realización de esta investigación con el propósito de elaborar un plan de acción que permita una mayor calidad en la atención de este riesgo.

MÉTODO

La investigación se realizó en el Policlínico Docente "Luis A. Turcios Lima" de Pinar del Río, específicamente en los 23 consultorios pertenecientes al Consejo Popular Capitán San Luis, durante el período comprendido desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre del 2007.

Se realizó una investigación descriptiva y transversal para la cual se confeccionó una planilla recolectora de datos que se aplicó al total de mujeres en edad fértil (2008 mujeres). El universo de la investigación estuvo constituido por las 172 mujeres identificadas como riesgo preconcepcional en estos consultorios las cuales se estudiaron en su totalidad.

Los datos a recoger fueron: edad de las mujeres, que se operacionalizó en tres intervalos considerando para ello la etapa óptima para la concepción de un embarazo quedando entonces de la siguiente manera, de 15 a 19 años, de 20 a 35 años y de 36 a 49 años. Historia obstétrica desfavorable como abortos a repetición, muertes perinatales, bajo peso previo, hijos con afecciones graves, hijos con anomalías congénitas, período intergenésico corto, antecedentes de embarazo con riesgo obstétrico o perinatal incrementado, enfermedades crónicas asociadas, estado nutricional actual, factores sociales y económicos como conducta personal y social desordenada, per cápita familiar inadecuada y malas condiciones de la vivienda, funcionamiento familiar y anticoncepción, además de indagar sobre su control por el equipo de salud.

La información se recogió mediante la revisión del Análisis de la Situación de Salud de los consultorios médicos y del Consejo Popular, de las historias clínicas de salud familiar de estas mujeres y se concluyó la información mediante la revisión de las tarjetas de control de la consulta de planificación familiar, así como la entrevista con el médico de la familia. En los casos necesarios se complementó la información mediante el interrogatorio directo a la paciente al asistir a las consultas de planificación familiar en las cuales participó la autora de la investigación. Una vez obtenida la información se procedió a la tabulación mediante la confección de una base de datos en Excel. Posteriormente se confeccionaron las tablas y gráficos procediéndose al análisis estadístico mediante la comparación de frecuencias relativas (porcentual), Chi cuadrado con un 95% de confiabilidad si las frecuencias permitían tal comparación.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta la importancia que para nuestra sociedad implica la mujer, comenzaremos el análisis de dicha investigación resaltando el número de féminas en edad fértil que forman parte del Consejo Popular Capitán San Luís, perteneciente al Policlínico Docente "Luís A Turcios Lima" del municipio Pinar del Río. Del total encontrado, que resultaron ser 2008, 172 se consideraron como riesgo, lo que representa un 8.5%.

Cuadro 1. Riesgo preconcepcional: Grupo de edades y control de riesgo preconcepcional.

| Grupo de edades | Controladas | | No controladas | | Total | |
|-----------------|-------------|-----------|----------------|------------|------------|------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 15-19 años | 59 | 93.7 | 4 | 6.3 | 63 | 100 |
| 20-35 años | 40 | 93.0 | 3 | 7.0 | 43 | 100 |
| 36-49 años | 61 | 92.4 | 5 | 7.6 | 66 | 100 |
| Total | 160 | 93 | 12 | 7.0 | 172 | 100 |

En el Cuadro 1 se muestra la distribución de las mujeres con riesgo preconcepcional controlado o no según grupos de edades, con porcentajes de mujeres controladas similares en los tres grupos de edades.

El Cuadro II resalta el período intergenésico corto, con un total de 20 mujeres representando un 11.6%, siguiéndole de cerca los antecedentes de embarazo con riesgo obstétrico o perinatal incrementado con un total de 19 para un 11.0%, a este grupo le sigue el bajo peso previo y los abortos a repetición con igual número de casos, los hijos con anomalías congénitas y por último la muerte perinatal y los hijos con afecciones graves.

Cuadro 2. Riesgo preconcepcional: Antecedentes obstétricos y control de riesgo preconcepcional.

| Antecedentes obstétricos | Controladas | | No controladas | | Total N=172 | |
|--------------------------|-------------|-----|----------------|-----|----------------|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1.Abortos a repetición | 7 | 4 | 1 | 0.6 | 8 | 4.6 |
| 2.Muerte perinatal | 1 | 0.6 | - | - | 1 | 0.6 |

| | | | | | | |
|--|----|------|---|-----|----|------|
| 3. Bajo peso previo | 7 | 4 | 1 | 0.6 | 8 | 4.6 |
| 4. Hijos con afecciones graves | 1 | 0.6 | - | - | 1 | 0.6 |
| 5. Hijos con anomalías congénitas | 4 | 2.3 | - | - | 4 | 2.3 |
| 6. Período intergenésico corto | 18 | 10.5 | 2 | 1.1 | 20 | 11.6 |
| 7. Antecedentes de embarazo con riesgo obstétrico o perinatal incrementado | 16 | 9.3 | 3 | 1.7 | 19 | 11 |

En el Cuadro 3 se muestra la distribución de frecuencias de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al riesgo preconcepcional. La malnutrición por defecto aportó el mayor número de casos con un total de 26 para un 15.1%, seguido del Asma bronquial grado III con 18 casos para un 10.4% y por último la Hipertensión arterial con 13 para un 7.5%.

Cuadro III.

Riesgo preconcepcional: Enfermedades crónicas no transmisibles asociadas.

| Enfermedades crónicas no transmisibles asociadas (n = 172) | No. | % |
|--|-----|------|
| ipertensión arterial | 13 | 7.5 |
| Asma bronquial GradoIII | 18 | 10.4 |
| Cardiopatía isquémica | 1 | 0.6 |
| Enfermedad tiroidea | 6 | 3.5 |
| Epilepsia | 3 | 1.7 |
| Anemia | 5 | 2.9 |
| Malnutrición por exceso | 6 | 3.5 |
| Malnutrición por defecto | 26 | 15.1 |
| Trastornos psiquiátricos | 3 | 1.7 |
| Diabetes mellitus | 1 | 0.6 |
| Otras | 5 | 2.9 |

El Cuadro 4 muestra la relación de los factores socioeconómicos con el control del riesgo preconcepcional demostrándose que existía significación estadística al encontrarse por cientos elevados de mujeres con riesgo no controladas y que poseen factores de riesgo socioeconómico destacándose la conducta personal y social desordenada con un 83.3% lo que se debe a que la mayor parte de estas mujeres se hacen resistentes o evaden las acciones de salud.

Cuadro 4. Riesgo preconcepcional: Factores sociales, económicos y control de riesgo preconcepcional.

| Factores sociales y económicos | Controladas | | No controladas | | Total | |
|---|-------------|------|----------------|------|-------|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1. Conducta personal y social desordenada | 1 | 16.7 | 5 | 83.3 | 6 | 100 |
| 2. Percápita familiar inadecuado | 19 | 73.1 | 7 | 26.9 | 26 | 100 |
| 3. Malas condiciones de la vivienda | 28 | 70 | 12 | 30 | 40 | 100 |

$\chi^2=7.43$ gdl=2 p=0.02

Cuando se analiza el funcionamiento familiar del grupo de mujeres identificadas como riesgo preconcepcional se destacan los mayores por cientos con el funcionamiento adecuado con un 96,6% y los menores por cientos correspondientes al funcionamiento inadecuado.

Cuadro 5. Riesgo preconcepcional: Funcionamiento familiar y control de riesgo preconcepcional.

| Funcionamiento familiar | Controladas | | No controladas | | Total | |
|-------------------------|-------------|------|----------------|-----|-------|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Inadecuado | 18 | 72 | 7 | 28 | 25 | 100 |
| Adecuado | 142 | 96.6 | 5 | 3.4 | 147 | 100 |
| Total | 160 | 93 | 12 | 7 | 172 | 100 |

Probabilidad Exacta de Fisher=0.0002

En el cuadro 6 se muestra la distribución de los métodos anticonceptivos utilizados por las féminas controladas como riesgo preconcepcional, destacándose el

dispositivo intrauterino con un 64.3%, seguido del método de barrera con un 26.0%, las píldoras con un 7.1% y por último los inyectables con un 2.6%

Cuadro 6. Riesgo preconcepcional.: Métodos anticonceptivos.

| Métodos anticonceptivos | No. | % |
|--------------------------------|------------|------------|
| Dispositivo intrauterino | 99 | 64.3 |
| Método de barrera | 40 | 26.0 |
| Píldoras | 11 | 7.1 |
| Inyectables | 4 | 2.6 |
| Total | 154 | 100 |

DISCUSIÓN

El por ciento de mujeres dispensarizadas con riesgo preconcepcional encontradas en esta investigación es inferior a la media nacional pues se plantea que de un 10% a un 15% de las mujeres en edad fértil se dispensarizan con este riesgo.

En el caso específico de este estudio se realizó en el Consejo Popular urbano del centro de la ciudad, que se caracteriza de forma general por tener un alto nivel cultural, buenas condiciones socioeconómicas y de vida sanitaria aceptables, todo lo que facilita una adecuada educación para la salud de la población y por tanto menos riesgos en las mujeres en edad fértil. No obstante se debe profundizar en la identificación de factores de riesgo en estas mujeres, para evitar la existencia de subregistros, haciendo énfasis fundamentalmente en el estado nutricional de las féminas así como en el grupo de las adolescentes.

Aunque el por ciento que representan las no controladas es bajo, es importante establecer una estrategia de intervención multisectorial con el propósito de lograr el control de las mismas, pues potencializan el riesgo y pueden aportar una muerte materna o perinatal. (14)

El por ciento de mujeres controladas es similar para cada grupo de edades, por tanto no existe relación entre ambas variables el control de este riesgo no depende de la edad de la paciente, sino del conjunto de acciones de salud encaminadas a lograr la negociación y protección de la pareja.

Cuando una mujer concibe un embarazo teniendo factores de riesgo preconcepcional y reproductivo o antecedentes obstétricos importantes, provoca embarazos de riesgo elevado por lo que se hace necesario realizar un análisis de dichos antecedentes en esta investigación predomina entre los factores de riesgo el período intergenésico corto.

El período intergenésico corto constituye un factor de riesgo pues no permite la recuperación del organismo materno para un nuevo embarazo al no lograrse una adecuada recuperación del sistema genital de la mujer, así como la reposición de

las reservas de nutrientes en el organismo materno que garantizarían una adecuada evolución del próximo embarazo.

Cuando se analizó el comportamiento que las enfermedades asociadas presentan sobre las mujeres con riesgo preconcepcional en el consejo popular La malnutrición por defecto aportó el mayor número de casos este un aspecto que debe ser vigilado estrechamente por el Médico General Integral, sobre todo en las mujeres en edad fértil resultando esta etapa de vital importancia pues durante la misma puede concebirse un embarazo para el cual es necesario un aporte nutricional adecuado que depende en gran medida de las reservas del organismo materno, pues de no ser óptimo se incrementa el riesgo de anemia gestacional, de crecimiento intrauterino retardado, de toxemia, de roturas prematuras de membranas entre otras.

La actuación en el período prepatogénico sobre el huésped y muy particularmente sobre el peso y la estatura materna, su salud, el diagnóstico y control de enfermedades y la ganancia de peso; y sobre el agente: riesgo preconcepcional, breve intervalo intergenésico, hábitos nutricionales, hábitos tóxicos y sobre el medio ambiente: nivel socioeconómico y escolaridad, estado civil, funcionamiento familiar e higiene han de constituir el objetivo fundamental de trabajo (15).

La Oficina Panamericana de La Salud (O.P.S.) plantea que el aumento insuficiente de peso durante el embarazo se asocia con el recién nacido de bajo peso, riesgo elevado de muerte neonatal y puede sufrir diferentes defectos y minusvalías (16).

El asma bronquial y la hipertensión arterial ocuparon el 2do y 3er lugar en cuanto a las enfermedades asociadas al embarazo debido a la alta prevalencia de las mismas en la población en general y que sin lugar a dudas pueden tener una repercusión negativa en la gestación.

Las enfermedades no transmisibles son hoy la causa de la mayor parte de la morbilidad de la población, además constituyen un factor importante entre las causas de incapacidad temporal o definitiva en la mujer (17).

El médico general integral constituye una forma novedosa de atención primaria a la población pues no se limita al estudio de los factores individuales en la consulta o en el terreno, sino que busca la influencia de los factores naturales y socioeconómicos de la población que atiende (9). Basados en el tema haremos referencia

El predominio elevado de las malas condiciones de la vivienda expresa que a pesar de que la zona donde se realizó el estudio es urbana las condiciones de las viviendas presentan dificultades las cuales no llegan a resolverse en su totalidad debido a la crisis económica que atraviesa nuestro país en estos momentos.

Los pueblos civilizados están de acuerdo en que el proporcionar viviendas en cantidad suficiente y calidad aceptable es una condición ineludible que debe formar parte de toda política seria de gobierno que tienda a elevar el nivel de vida de la comunidad (18).

En 1994 en América Latina y el Caribe 209 millones de personas vivían en la pobreza y de ellas 98.3 millones eran indigentes (19), lo cual difiere de forma significativa con la situación existente en nuestro país.

Con los resultados obtenidos se demuestra como los factores socioeconómicos adversos influyen negativamente en el control de los riesgos pues generalmente se asocian a una cultura sanitaria deficiente todo lo cual dificulta el control por parte del equipo de salud.

El Cuadro 8 muestra la relación entre el funcionamiento familiar y el control del riesgo preconcepcional, demostrando que sí existe significación estadística. Este resultado se corresponde con otras investigaciones realizadas (20), donde se ha comprobado que un funcionamiento familiar adecuado permite que la familia asuma actividades resolutivas ante las diferentes crisis y problemas de salud que presenta, pues el grado de comunicación, de interacción entre sus miembros y el desempeño de sus roles propician el ambiente psicológico óptimo para el desarrollo integral de la misma, lo que favorece su dinámica ante el proceso salud-enfermedad y por tanto el control de los riesgos y enfermedades que pudiera presentar.

El dispositivo intrauterino, es el método más utilizado por este grupo de mujeres, considerándose este método muy eficaz y que además permite tener una amplia garantía en el control de estas pacientes. En las condiciones actuales en nuestro país este dispositivo es el de mayor disponibilidad en las instituciones de salud. Los dispositivos intrauterinos, cuando son insertados debidamente por una persona capacitada, pueden ofrecer anticoncepción inocua y económica durante un período de casi 10 años (21).

El segundo lugar fue ocupado por los métodos de barrera, fundamentalmente el condón, el cual además de su acción anticonceptiva previene las enfermedades de transmisión sexual, por lo que se trabaja en la divulgación de su uso, pues existe, aunque en menor cuantía, rechazo en la población en lo referente a su utilización.

En el año 1971 y 1982 el método anticonceptivo más usado fue el dispositivo intrauterino (22, 23), lo cual resulta similar a lo utilizado por las féminas en dicha investigación.

De todo lo anterior se concluye que la prevalencia de riesgo preconcepcional (8,5 %) aunque baja continúa siendo un problema de salud, a pesar de que el control de este riesgo en el Consejo Popular Capitán San Luis de Pinar del Río es alto. El riesgo predomina en mujeres de 36 a 49 años, pero se reparte igual por todos los grupos de edades. Como antecedentes más importantes estuvieron el corto período intergenésico y antecedentes de embarazo con riesgo obstétrico o perinatal incrementado. La malnutrición por defecto y el asma bronquial grado III resultaron ser las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentemente asociadas en estas mujeres, y entre los factores socioeconómicos las malas condiciones de la vivienda en las no controladas, mientras el buen funcionamiento familiar y el control del riesgo son factores asociados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones Botell M. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo .Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005; 2(1-2): 31-4.
2. Ovies García A, Valenciaga Rodríguez JL, Hernández Morales RA, Díaz Pérez L. Prevención del riesgo preconcepcional por el médico de la familia y su repercusión sobre los resultados perinatales en el período 1986-1992. Rev Cubana Obstet Ginecol.1995; (1-2): 35-9.
3. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY. El riesgo preconcepcional y la Planificación Familiar: una estrategia de salud del médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 13(5): 419-21.

4. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 15(4):446-52.
5. Figueredo Sotelo JM. El enfoque de riesgo y mortalidad materna: una perspectiva latinoamericana .Bol of Sanit Panam .2006; 120 (1): 44.
6. Lugones Botell M, Alacán Moreira D, LLodra Hidalgo A. Riesgo preconcepcional. Análisis del programa de alguno de sus resultados en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 7 (3):312-17.
7. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación familiar. Procederes en Obstetricia y Ginecología para el médico de la familia. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2003.p.5-7.
8. Ministerio de Salud Pública, Cuba. Carpeta Metodológica para la atención Materno-Infantil; 1997.
9. Vázquez Márquez A, Martínez Jiménez A, González Rodríguez R, De la Cruz Chávez F. Algunos aspectos biosociales de la mujeres en edad fértil. Rev Cubana Med Gen Integr .2003; 9 (1):36-42.
10. Dolores de la Cuesta F, López López C, López Alfonso C. Mortalidad Materna. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2003; 19 (2): 75-7.
11. Mederos Machado M. La Educación de la Sexualidad en la Escuela Cubana. Sexología y Sociedad .1995; 1 (10): 16-7.
12. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Carpeta Metodológica. La Habana; 2004.p.5-7.
13. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar. Programa para la Reducción del bajo peso al nacer. La Habana; 2003.p. 5-7.
14. Peláez Mendoza J. Adolescente Embarazada: Características y riesgos. Rev. Cubana Obstet Ginecol .1997; 23 (1): 13-7.
15. Hernández Cisneros F, López del Castillo Suárez I, González Valdés JO, Acosta Cánovas N. El Recién Nacido de bajo peso: Comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2006; 12 (1): 44-9.
16. Prado Olivares L, Ramírez Rosales MA, Vaillant Suárez G. Bajo Peso al Nacer. Enfoque Clínico Epidemiológico y Social. Rev. Cubana Med Gen Integr .2006; 12 (3): 242-47.
17. Matos Matos S, Rodríguez Ferra R, Santana Suárez FR, Sosa Uriá D. Repercusión de la malnutrición materna por defecto en el embarazo, el parto y el recién nacido. Rev Cubana Med Gen Integr .1997; 13(6): 566-71.
18. México, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Compendio en Educación para la Salud al Magisterio; 2005.
19. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Reproductiva Parte Integrante del Desarrollo Humano. Rev Panam Salud Pública. 2003; 4(3).
20. Herrera Santi PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr .2005; 13(6): 591-5.

21. Walsh F. Conceptualización of normal funtioning. New York. Normal Family Process. Guillard Press. 2006:3-44.

22. Herrera Gómez V, Rodríguez Domínguez L, Quintero Santana M, Febles Tardio L. Anticonceptivos en la consulta de planificación familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 13(4): 345-49.

23. UNICEF. Prevalencia de los anticonceptivos. En: Cuba Transición de la Fecundidad Cambio Social y Conducta Reproductiva; 2005.p.52.

Dirección autor principal: <anaisa@minsap.pri.sld.cu>