

INNOVACIÓN UNIVERSITARIA Y SALUD

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA LA
TRANSFORMACIÓN SOCIOCOMUNITARIA.
APORTACIONES DESDE NICARAGUA



JUAN AGUSTÍN MORÓN-MARCHENA
M^a CARMEN MUÑOZ-DÍAZ
MANUEL JESÚS PEREA-RODRÍGUEZ



INNOVACIÓN UNIVERSITARIA Y SALUD

**ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA LA
TRANSFORMACIÓN SOCIOCOMUNITARIA.
APORTACIONES DESDE NICARAGUA**

JUAN AGUSTÍN MORÓN-MARCHENA
M^a CARMEN MUÑOZ-DÍAZ
MANUEL JESÚS PEREA-RODRÍGUEZ

(Coordinadores)

INNOVACIÓN UNIVERSITARIA Y SALUD

**ESTUDIOS E INVESTIGACIONES PARA LA
TRANSFORMACIÓN SOCIOCOMUNITARIA.
APORTACIONES DESDE NICARAGUA**

Dykinson, S. L.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407.

Esta publicación es resultado del «Proyecto de formación e investigación para el desarrollo y mejora de la Calidad de Vida en Juigalpa (Nicaragua): Generación de capacidades y competencias socio-comunitarias en el ámbito de la Educación para la Salud para agentes sociales» (Referencia: 2020UC010), aprobado en la Resolución de 22 de diciembre de 2020 sobre concesión de subvenciones, en régimen de concurrencia competitiva, Convocatoria Universidades 2020, por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID), a las Universidades para la financiación de proyectos de cooperación de cooperación internacional al desarrollo, proyecto interuniversitario entre la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). Periodo de Ejecución: 20/01/2021 al 19/01/2025. Investigador Principal: Dr. Juan Agustín Morón Marchena.



UNIVERSIDAD
**PABLO DE
OLAVIDE**
SEVILLA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA



Junta de Andalucía
PROGRAMA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial
Para mayor información, véase www.dykinson.com/quienes_somos

© Copyright by
Los autores
Madrid

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69
e-mail: info@dykinson.com
<http://www.dykinson.es>
<http://www.dykinson.com>

ISBN: 979-13-7006-833-2
Depósito Legal: M-26477-2025
DOI: <https://doi.org/10.14679/4579>

ISBN electrónico: 979-13-7047-001-2

Maquetación:
german.balaguer@gmail.com

ÍNDICE

EDUCACIÓN, SALUD Y TRANSFORMACIÓN SOCIOCOMUNITARIA 11
JUAN AGUSTÍN MORÓN-MARCHENA

1. INTRODUCCIÓN	11
2. EDUCACIÓN Y SALUD: UNA RELACIÓN ESENCIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL.....	12
3. EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	13
4. INNOVACIÓN Y HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITA- RIA	14
5. HACIA UNA EDUCACIÓN TRANSFORMADORA PARA LA SALUD	15
6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	15
7. ÍNDICE DE LA FELICIDAD Y AGENDA 2030.....	17
8. EL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.....	18
9. UNA ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRAL PARA LA PREPA- RACIÓN DEL PARTO.....	19
10. ESTUDIO DE CASO CON ADOLESCENTE EMBARAZADA.....	20
11. RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA JUVENTUD UNIVERSITA- RIA	21
12. EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA MEJORA COMUNI- TARIA.....	22
13. RIESGOS EN ADOLESCENTES: EDUCACIÓN AFECTIVA Y SEXUAL.....	23
14. COMUNIDAD Y SALUD COMUNITARIA.....	24
15. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN JÓVENES Y ADOLESCEN- TES.....	25
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA EL BIENESTAR COMUNITARIO.....29
MANUEL JESÚS PEREA-RODRÍGUEZ / MARÍA CARMEN MUÑOZ-DÍAZ / JAZCAR JOSUÉ BRAVO RIVAS

1. INTRODUCCIÓN29
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD30
3. INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y SALUD INTEGRAL: EMPOWERMENT, RESILIENCIA Y RETOS CONTEMPORÁNEOS ...32
4. CONCLUSIONES34
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS35

EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD Y EDUCACIÓN QUE ATIENDE A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN JUIGALPA, NICARAGUA37
ZENAYDA AURORA SUÁREZ / GRACIELA GRISELDA CALERO VIVAS / MARÍA MERCEDES ZAPATA QUINTANILLA

1. INTRODUCCIÓN37
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA38
3. MATERIAL Y MÉTODO39
4. CONCLUSIONES43
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS46

PARTO PSICOPROFILAXIS: UNA ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRAL EFECTIVA PARA LA PREPARACIÓN DEL PARTO49
YASMARI E. LIRA ROMERO / CRISTHYAM E. NÚÑEZ AGUILAR / JEYLIN M. PÉREZ OBREGÓN

1. INTRODUCCIÓN49
2. MARCO TEÓRICO50
3. METODOLOGÍA52
4. RESULTADOS53
5. CONCLUSIONES60
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS61

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE EMBARAZADA ADOLESCENTE CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: ESTUDIO DE CASO EN NICARAGUA.....63
CARMEN DOLORES CASTRILLO REYES / MARÍA LUISA CASTILLA ESPINOZA

1. INTRODUCCIÓN63
2. DESARROLLO63

3. MATERIAL Y MÉTODO	66
4. RESULTADOS	67
5. CONCLUSIONES	73
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

PROPUESTA DE UNA ESCALA PARA MEDIR LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN PERSONAS JÓVENES UNIVERSITARIAS DE LA UNAN-MANAGUA 77
TONYS ROMERO DÍAZ / MIRTHA DEL CARMEN SEVILLA ESPINO / JOSÉ ELIGIO GUZMÁN CONTRERAS

1. INTRODUCCIÓN	77
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	78
3. METODOLOGÍA	80
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	82
5. CONCLUSIONES	86
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

ÍNDICE DE LA FELICIDAD EN NICARAGUA. AVANCES Y DESAFÍOS DE LA AGENDA 2030..... 89
MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO-GÓMEZ / JUAN AGUSTÍN MORÓN-MARCHENA

1. INTRODUCCIÓN	89
2. ÍNDICE DE LA FELICIDAD	89
3. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)	93
4. AGENDA 2030	94
5. A MODO DE COROLARIO FINAL.....	95
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

UNA EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA MEJORA COMUNITARIA 99
DENIS JAVIER GUDIEL GUDIEL / LILLIAM DELIA PÉREZ GONZÁLEZ / EYLEANG ELIZABETH ROMERO ROMERO / YOLBRANIA JOSUÉ GONZÁLEZ BÁEZ / FRANCISCO ANTONIO MILLONS GARCÍA

1. INTRODUCCIÓN	99
2. METODOLOGÍA	102
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	103
4. CONCLUSIONES	107
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108

RIESGOS EN ADOLESCENTES: UN ENFOQUE AFECTIVO Y SEXUAL	111
CARMEN DOLORES CASTRILLO REYES / ZENAYDA AURORA SUÁREZ	
1. INTRODUCCIÓN	111
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	112
3. MATERIAL Y MÉTODO	114
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	115
5. CONCLUSIONES	119
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
FOMENTO DE LA SALUD COMUNITARIA A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS SOCIOEDUCATIVAS EN NICARAGUA	123
MARCO ANTONIO REYES CENTENO / KARLA PATRICIA CASTILLA	
1. INTRODUCCIÓN	123
2. MARCO TEÓRICO	124
3. DISEÑO Y DESARROLLO	128
4. RESULTADOS	131
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS: PROBLEMA-INTERVENCIÓN	133
6. CONCLUSIONES	135
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO EN EL ALUMNADO. UN ESTUDIO EN LA UNAN-MANAGUA CUR-CHONTALES	139
PABLO JOSÉ OBANDO TÉLLEZ / CARLOS MIGUEL MATAMOROS OSORIO	
1. INTRODUCCIÓN	139
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	141
3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	147
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	149
5. CONCLUSIONES	150
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152

EDUCACIÓN, SALUD Y TRANSFORMACIÓN SOCIOCOMUNITARIA

JUAN AGUSTÍN MORÓN-MARCHENA
Universidad Pablo de Olavide

1. INTRODUCCIÓN

Desde el año 2007, un equipo de docentes y colaboradores, pertenecientes al Departamento de Educación y Psicología Social (Facultad de Ciencias Sociales) de la Universidad Pablo de Olavide (UPO, Sevilla, España), con participación también de miembros de otras universidades españolas, hemos llevado a cabo numerosos proyectos docentes, de investigación y de cooperación al desarrollo aprobados en convocatorias públicas competitivas, que han sido seleccionados para su financiación, posibilitando una línea de colaboración permanente con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua (UNAN-Managua).

El punto de partida fue la aprobación del proyecto «Seminario de Formación en Educación para la Salud y Prevención de Riesgos Laborales» (R^a C /014441/07), seleccionado en la Convocatoria de Ayudas del Programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica entre España e Iberoamérica, de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). A partir de ahí, como decía anteriormente, hemos desarrollado numerosos proyectos, seleccionados en convocatorias públicas competitivas (de la AECID, AACID, Plan Propio de la UPO...). Han sido un total de once proyectos, y todos se han desarrollado en el mismo entorno, con la misma contraparte, el CUR-Chontales UNAN-Managua, el campus regional de la principal universidad nicaragüense ubicado en la ciudad de Juigalpa.

El objetivo general de estos proyectos era la mejora social, de salud comunitaria y de calidad de vida, pues han versado sobre educación para el desarrollo, salud comunitaria, promoción de la salud, prevención de riesgos psicosociales y temáticas afines más específicas. Así, hemos trabajado en actividades de formación, investigación e intervención en

el campo de la sexualidad y educación sexual, prevención de embarazos, drogodependencias, salud laboral, SIDA/VIH...

Además de estos proyectos, se han realizado otras muchas acciones que han complementado y fortalecido a los mismos, tales como viajes de intercambio y estancias de profesorado y personas investigadoras de ambos países en el marco de programas diversos, Becas de Movilidad Iberoamericana para profesorado y personas investigadoras jóvenes de Santander-Universidades, Becas de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (AUIP), Ayudas a la movilidad en el extranjero del programa José Castillejo, participación de cooperantes y voluntariado internacional en varios de los proyectos, etc., tanto de miembros españoles en la UNAN-Managua-CUR Chontales como de personal nicaragüense en la UPO. Asimismo, personas del equipo también han participado en otras acciones y proyectos de Cooperación al Desarrollo con otras instituciones y ONGD desarrollados en la zona.

Fruto de estos proyectos han surgido numeros trabajos académicos y de investigación, productos también de distintas acciones.

La educación y la salud han estado siempre interconectadas, influyendo mutuamente en un proceso dinámico de aprendizaje y bienestar. Una sociedad 'educada' es una sociedad más saludable, y viceversa. La educación para la salud no solo busca transmitir conocimientos médicos o preventivos, sino que se fundamenta en la transformación social, la construcción del pensamiento crítico y la promoción del bienestar colectivo.

El presente libro es un testimonio del papel fundamental que juegan la educación y la salud en la mejora de la calidad de vida de las personas. A través de sus capítulos, se evidencian experiencias, estudios y análisis que demuestran cómo la innovación universitaria y el compromiso académico pueden ser motores de cambio para la salud comunitaria. En este capítulo inicial, se presentan los principales ejes temáticos abordados en la obra, relacionándolos con teorías pedagógicas y de salud pública que refuerzan su pertinencia, así como un somero resumen de los distintos capítulos.

2. EDUCACIÓN Y SALUD: UNA RELACIÓN ESENCIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL

La educación ha evolucionado en los últimos años hacia modelos más integradores y participativos. En el ámbito universitario, se ha pasado de enfoques tradicionales de enseñanza a metodologías basadas en competencias, que no buscan solo transmitir conocimientos, sino formar profesionales capaces de responder a los desafíos del mundo actual. En

el campo de la salud, esta evolución ha sido especialmente significativa, pues implica que los futuros profesionales sanitarios no solo deben poseer conocimientos científicos, sino también habilidades interpersonales y sensibilidad social.

En este sentido, la pedagogía crítica de Paulo Freire (1970) nos ofrece un marco clave para comprender la relación entre educación y salud. Freire sostenía que la educación no puede ser un acto de transmisión pasiva de conocimientos, sino un proceso de concienciación en el que las personas comprendan su realidad, la cuestionan y participan en su transformación. Esta idea es esencial en la educación para la salud, donde no basta con informar a la población sobre enfermedades y tratamientos, sino que es necesario empoderarla para que tome decisiones informadas y responsables sobre su bienestar.

El libro recoge esta perspectiva en varios de sus capítulos. En particular, el análisis sobre estrategias de evaluación en la educación superior subraya la importancia de desarrollar herramientas pedagógicas que permitan a los estudiantes no solo aprender, sino aplicar el conocimiento de manera crítica y reflexiva. En el campo de la salud, esto es crucial, ya que la formación de profesionales sanitarios debe garantizar no solo el dominio técnico, sino también la capacidad de comunicación, la empatía y el compromiso con la comunidad.

3. EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Uno de los principales desafíos en salud pública es la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. La educación juega aquí un papel crucial, ya que permite generar cambios de comportamiento sostenibles y fortalecer la conciencia sobre el autocuidado.

El capítulo sobre embarazo en la adolescencia en Juigalpa, de Suárez, Calero y Zapata, es un ejemplo claro de cómo la educación influye en la salud de la población. La falta de acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, sumada a factores socioeconómicos y culturales, perpetúa altas tasas de embarazo adolescente, con consecuencias tanto para las jóvenes como para sus comunidades. La educación sexual integral se presenta, entonces, como una estrategia clave para abordar esta problemática, ofreciendo herramientas para la toma de decisiones informadas y la prevención de embarazos no planificados.

Desde una perspectiva pedagógica, el enfoque constructivista de Piaget (1969) nos ayuda a comprender cómo los adolescentes procesan la

información y construyen su conocimiento. La educación sexual no puede limitarse a la transmisión de datos biológicos; debe ser un proceso de reflexión crítica, en el que la juventud pueda cuestionar mitos, desarrollar habilidades para la toma de decisiones y fortalecer su autoestima. Este enfoque es esencial para promover una educación para la salud efectiva, en la que el alumnado no sea receptor pasivo de información, sino sujeto activo de su propio aprendizaje y bienestar.

El mismo principio se aplica para la prevención del suicidio en personas jóvenes universitarias. El capítulo sobre el comportamiento suicida en estudiantes de Enfermería en el CUR-Chontales evidencia una realidad preocupante: el 50% de los estudiantes evaluados presentan un riesgo suicida moderado o alto. Este dato refuerza la necesidad de implementar programas de salud mental en las universidades, promoviendo el bienestar emocional y proporcionando espacios seguros para el diálogo y la expresión de sentimientos.

En este sentido, la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) resulta particularmente útil para comprender la influencia del entorno en la salud mental de la juventud. Bandura sostiene que las personas aprenden comportamientos a través de la observación y la interacción con su entorno. En el caso del alumnado universitario, factores como la presión académica, la inseguridad laboral y la falta de redes de apoyo pueden aumentar el riesgo de problemas emocionales y pensamientos suicidas. La educación para la salud mental debe, por tanto, enfocarse en la construcción de comunidades de apoyo, la promoción del autocuidado y la capacitación de docentes y administrativos para la identificación temprana de señales de alerta.

4. INNOVACIÓN Y HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

La innovación en salud no se limita a la tecnología; también implica transformar los modelos de atención para hacerlos más humanos, inclusivos y eficaces. Un claro ejemplo de ello es el capítulo sobre parto psicoprofiláctico, que subraya la importancia de preparar a las mujeres embarazadas para el proceso del parto desde un enfoque integral. Este modelo, basado en el acompañamiento, la educación prenatal y la promoción del bienestar emocional, representa un cambio hacia una atención más humanizada y centrada en la paciente.

Desde la perspectiva de la educación para la salud, este enfoque se alinea con el modelo biopsicosocial de Engel (1977), que propone que la salud no puede entenderse únicamente desde una dimensión biológica,

sino que debe considerarse también el impacto de los factores psicológicos y sociales. En el caso de la atención prenatal, esto significa que la preparación para el parto no debe limitarse a aspectos médicos, sino que debe incluir apoyo emocional, técnicas de relajación y estrategias para fortalecer el vínculo madre-hijo.

El mismo principio se aplica a la atención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud comunitaria. Veremos distintos estudios e investigaciones en los que se demuestra que la educación para la salud juega un papel clave en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la prevención de enfermedades. En todos estos casos, la formación de profesionales con una visión integral y humanista es fundamental para garantizar un sistema de salud más efectivo y equitativo.

5. HACIA UNA EDUCACIÓN TRANSFORMADORA PARA LA SALUD

El presente libro es una contribución valiosa a la reflexión sobre la relación entre educación y salud, evidenciando cómo la innovación universitaria puede ser un motor de cambio en la promoción del bienestar. Los estudios y experiencias aquí presentados demuestran que la formación de profesionales de la salud debe ir más allá de la transmisión de conocimientos técnicos, incorporando un enfoque crítico, participativo y humanista.

La educación para la salud, entendida como un proceso continuo y transformador, debe centrarse en el desarrollo de competencias para la vida, la promoción del pensamiento crítico y la construcción de comunidades más saludables. Como señaló la OMS (2024), la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social. La educación tiene el poder de hacer de este ideal una realidad, y es nuestra responsabilidad, como personal docente, personas investigadoras y ciudadanas, contribuir a ello.

Que este libro sea una invitación a repensar el papel de la educación en la promoción de la salud. Que nos recuerde que aprender y sanar son procesos profundamente humanos y que el conocimiento solo tiene sentido cuando se traduce en acciones que mejoren la vida de las personas.

6. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

El capítulo '*Educación para la salud y promoción de la salud: un enfoque integral para el bienestar comunitario*', de Manuel Jesús Perea-Rodríguez y María Carmen Muñoz-Díaz, analiza la relación entre estos conceptos. La salud es un derecho fundamental y un pilar esencial para el desarrollo

humano. A lo largo de la historia, su concepción ha evolucionado desde un enfoque reduccionista, centrado en la ausencia de enfermedad, hasta una visión holística que integra dimensiones físicas, mentales, emocionales, sociales y ambientales. Un hito clave en este proceso fue la definición de la OMS en 1948, que estableció la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Posteriormente, el modelo biopsicosocial (Engel, 1977) reforzó la idea de que la salud es un fenómeno multifactorial influenciado por diversos determinantes.

La educación para la salud y su promoción han sido fundamentales en este cambio de paradigma. Mientras que la educación para la salud busca dotar a las personas de conocimientos y habilidades para mejorar su bienestar, la promoción de la salud se enfoca en la creación de entornos y políticas que favorezcan estilos de vida saludables. El clásico modelo de Gerald Caplan (1964) categorizó la prevención en distintos niveles, desde la prevención de enfermedades hasta la minimización de daños por intervenciones médicas innecesarias. Las definiciones de prevención primaria, secundaria o terciaria, se mantiene aún hoy en día, para referirse a interconexiones del sistema de salud y anteriores a la aparición de un problema o enfermedad, a la atención del mismo una vez que se ha instalado y a la recuperación de su tratamiento a posteriori. Ciertamente, aunque era una propuesta sobre salud mental, sus planteamientos han tenido una perspectiva comunitaria y siguen vigentes, pero desarrollos posteriores hacen mucho más complejos el abordaje con nuevos esquemas. Pero la prevención primaria sigue siendo un concepto comunitario: no trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población.

El trabajo social sanitario ha desempeñado un papel clave en este proceso. Pioneras como Octavia Hill, Jane Addams y Mary Richmond promovieron la mejora de las condiciones de vida y la intervención preventiva en salud, sentando las bases del enfoque comunitario. En la actualidad, la intervención comunitaria sigue siendo crucial para fortalecer la autoconciencia y el *empowerment*, permitiendo a las personas influir en sus entornos y mejorar su bienestar. La salud mental, piedra angular del bienestar integral, ha cobrado relevancia en las políticas públicas, dado su impacto en la productividad y la cohesión social.

Además, los desafíos contemporáneos, como las adicciones y el uso excesivo de tecnologías, afectan la salud y la interacción social. La indigenización de las estrategias de salud, es decir, la adaptación de intervenciones a la cosmovisión y valores de cada comunidad, es clave para su efectividad y sostenibilidad.

En conclusión, la educación y promoción de la salud, fundamentadas en modelos teóricos sólidos y estrategias preventivas, son esenciales para mejorar la calidad de vida y garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Un enfoque comunitario y culturalmente adaptado es indispensable para el desarrollo de sociedades resilientes y equitativas.

7. ÍNDICE DE LA FELICIDAD Y AGENDA 2030.

El capítulo '*Índice de la Felicidad en Nicaragua. Avances y desafíos de la Agenda 2030*' de María de los Ángeles Romero Gómez y Juan Agustín Morón Marchena versa sobre los avances generados como consecuencia de los cambios promovidos por la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible que inciden de manera directa en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Nicaragua y por ende, en el Índice de la Felicidad de las personas nicaragüenses.

Este trabajo tiene como objetivo conocer la relación existente entre estos indicadores y la influencia de la aplicación de la Agenda 2030 y los ODS sobre los mismos. Es por ello que, en primera instancia, se analiza el Índice de Felicidad de Nicaragua, el cual muestra una diferencia significativa de puntuación en relación con los países europeos, si bien es cierto que ha evolucionado positivamente en los últimos años. En segunda instancia, la aplicación de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Nicaragua han conseguido transformar parte de la realidad nicaragüense, mejorando aspectos como la educación que se contempla en la evolución del IDH en los últimos años. Además, se analizan los factores determinantes para su clasificación en los ranking de ambos indicadores.

Estos avances llevan consigo unos desafíos que alientan la necesidad de una Educación para el Desarrollo que se adapte a todo este proceso de cambio. Ésta se alza como una disciplina pedagógica de constante evolución, cuya importancia radica en la capacidad de transformar realidades y promover el desarrollo humano integral y social mediante la praxis educativa, que ha ido tomando fuerza en los últimos años gracias a la aparición de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La Educación para el Desarrollo es una educación de calidad necesaria para salvaguardar el porvenir de las sociedades en desarrollo y una disciplina preventiva que ayuda al progreso, la humanización de las sociedades desarrollo integral del país sin perder su identidad ni fortalezas.

8. EL PERSONAL DE SALUD ANTE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

El embarazo adolescente es un problema de salud pública con impactos significativos en las condiciones físicas, psicológicas y socioeconómicas de las jóvenes, sus familias y la sociedad en general. Este fenómeno afecta especialmente a los países en desarrollo, donde la pobreza, la falta de educación sexual y la violencia de género son factores determinantes (Dueñas, 2023; UNICEF, 2014). A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (2024) reporta que 21 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años quedan embarazadas anualmente, con 12 millones de nacimientos en este grupo etario. Numerosos estudios e investigaciones verifican “que el embarazo en la adolescencia esboza problemas paralelos de salud materno-reproductiva, mortalidad y nutrición, abandono de actividades educativas y laborales, transmisión intergeneracional de la pobreza y altos costos de desarrollo para las comunidades” (Pedrero-García, Muñoz-Díaz, Morón-Marchena y Suárez, 2025: 10-11).

El capítulo *‘Experiencia del personal de salud y educación que atiende a adolescentes embarazadas en Juigalpa, Nicaragua’*, de Zenayda Aurora Suárez, Graciela Griselda Calero Vivas y María Mercedes Zapata Quintanilla se centra en un estudio, enmarcado en un enfoque sociocrítico y cualitativo, realizado en Juigalpa (Nicaragua), utilizando un grupo focal multidisciplinario conformado por profesionales de la salud y la educación. Las autoras identifican tres categorías principales de análisis: factores desencadenantes del embarazo adolescente, consecuencias físicas y psicosociales, y estrategias de prevención e intervención. Entre los factores desencadenantes, se evidencia que la pobreza, la violencia intrafamiliar, la ausencia de educación sexual y el escaso acceso a servicios de salud juegan un papel clave en la persistencia del problema (Palacios-Dueñas et al., 2024; Ahualla et al., 2023).

Las consecuencias del embarazo adolescente incluyen complicaciones obstétricas graves como anemia, preeclampsia, hemorragias e infecciones, así como efectos psicosociales como baja autoestima, depresión, deserción escolar y exclusión social (Mirama, 2020; Figueroa, 2021). Además, se observó que muchas adolescentes enfrentan el embarazo sin el apoyo de una pareja estable, lo que agrava su vulnerabilidad.

Las estrategias implementadas por el sistema de salud en Nicaragua han logrado avances significativos, como la creación de casas maternas, la activación del Código Rojo y la mejora en la cobertura de atención prenatal. No obstante, persisten desafíos relacionados con la falta de

educación sexual y la normalización de los embarazos adolescentes en algunas comunidades.

El estudio concluye que es fundamental fortalecer los programas de educación sexual integral, garantizar el acceso a anticonceptivos y reforzar el apoyo comunitario y familiar para reducir la incidencia del embarazo en adolescentes. Y recomiendan profundizar en estudios que analicen la experiencia de las propias adolescentes para generar estrategias de intervención más efectivas y sostenibles.

9. UNA ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRAL PARA LA PREPARACIÓN DEL PARTO

El parto psicoprofiláctico es una estrategia de preparación integral que permite a la mujer embarazada adquirir conocimientos y habilidades esenciales para afrontar el proceso del parto de manera segura y menos traumática. Su implementación, basada en ejercicios de respiración, relajación y acondicionamiento físico, facilita la reducción del dolor, disminuye la ansiedad y promueve un parto más humanizado y natural. A nivel global, su aplicación ha demostrado ser efectiva en la reducción de la morbilidad materno-fetal y en la mejora de la experiencia del nacimiento.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud (MINSa) regula esta estrategia a través de una normativa de Parto Humanizado (042), la cual establece el derecho de las embarazadas a recibir información clara sobre su estado de gestación y a elegir el tipo de atención que desean recibir durante el parto. El capítulo '*Parto psicoprofilaxis: una estrategia de salud integral efectiva para la preparación del parto*' de Yasmari Lira Romero, Cristhyam Núñez Aguilar y Jeylin Pérez Obregón, recoge una investigación realizada sobre esta cuestión, en la que se comprueba, a pesar de la existencia de este marco normativo, la evidencia de una brecha significativa entre el conocimiento del personal de salud y la aplicación efectiva de esta estrategia en la práctica clínica.

El estudio, de enfoque descriptivo y mixto, incluyó encuestas dirigidas a profesionales de la salud y entrevistas semiestructuradas a embarazadas que reciben atención prenatal en Juigalpa. Los hallazgos revelan que aunque el personal de salud posee conocimientos teóricos sobre la psicoprofilaxis del parto, no se ha garantizado una difusión efectiva de esta información a las gestantes. De hecho, ninguna de las embarazadas entrevistadas había participado en sesiones de preparación para el parto ni había recibido orientación específica sobre la importancia de esta estrategia.

Ante esta situación, se diseñó un “Plan de Intervención sobre la Psicoprofilaxis del Parto” con el propósito de establecer un seguimiento estructurado tanto para el personal de salud como para las gestantes y sus parejas. La implementación efectiva de esta estrategia contribuirá significativamente a la mejora de los indicadores de salud materno-fetal, asegurando partos más seguros y satisfactorios. Además, fortalecerá la aplicación de la citada normativa 042, promoviendo una atención materna más humanizada y alineada con los derechos de la mujer.

Las autoras enfatizan la necesidad de fortalecer la capacitación de los profesionales de salud, fomentar la participación activa de las mujeres embarazadas y sus acompañantes, y mejorar la comunicación sobre la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica.

10. ESTUDIO DE CASO CON ADOLESCENTE EMBARAZADA

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública con repercusiones significativas en la salud materno-infantil, la economía y la sociedad. La gestación a edades tempranas incrementa los riesgos de complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas, perpetuando ciclos de pobreza y limitando oportunidades de desarrollo para las adolescentes. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el costo de oportunidad del embarazo adolescente representa un 0.35% del PIB en América Latina, además de generar elevados costos en la atención médica. La prevención del embarazo en adolescentes a través de estrategias educativas en salud es crucial para minimizar estos impactos.

Entre las complicaciones más frecuentes en el embarazo adolescente destacan la diabetes gestacional y la hipertensión arterial, patologías que aumentan la morbilidad materno-fetal. La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una alteración metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre durante el embarazo, lo que puede derivar en complicaciones para la madre y el feto. Existen múltiples factores de riesgo como antecedentes familiares, sobrepeso pregestacional y preeclampsia. A su vez, la hipertensión en el embarazo es una de las principales causas de mortalidad materna y neonatal, con una prevalencia del 5 al 10% en gestantes, lo que incrementa el riesgo de preeclampsia y eclampsia.

El Ministerio de Salud de Nicaragua establece protocolos de diagnóstico y manejo de estas condiciones mediante la normativa 077. El tratamiento incluye control metabólico, plan nutricional y actividad física supervisada.

El capítulo *'Intervención de enfermería en paciente embarazada adolescente con complicaciones obstétricas: estudio de caso'*, de Carmen Castrillo Reyes y M^a Luisa Castilla Espinoza, aborda una investigación sobre esta cuestión, en la que aplican el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a una adolescente embarazada con diabetes gestacional y preeclampsia, utilizando la guía de valoración de Ramona Mercer y el modelo de promoción de la salud de Nola Pender. La planificación de cuidados incluye intervenciones de monitoreo de signos vitales, educación sobre nutrición y autocontrol de la glucosa.

Los resultados evidencian la necesidad de atención integral y apoyo psicosocial debido a la vulnerabilidad de la paciente, quien carecía de red de apoyo familiar. Asimismo, el estudio subraya la importancia de fortalecer estrategias de educación en salud para prevenir embarazos adolescentes y mejorar la atención materna, reduciendo la incidencia de complicaciones y optimizando los servicios de salud.

11. RIESGOS PSICOSOCIALES EN LA JUVENTUD UNIVERSITARIA

La aportación *'Propuesta de una escala para medir los riesgos psicosociales en jóvenes universitarios de la UNAN-Managua'*, de Tonys Romero Díaz, Mirtha del Carmen Sevilla Espino y José Eligio Guzmán Contreras, recoge un estudio sobre los riesgos psicosociales que afectan al desarrollo y rendimiento académico del alumnado universitario, destacando la importancia de la salud mental y emocional en esta etapa de formación. Factores como el estrés académico, la ansiedad, el abuso de sustancias y las dificultades familiares pueden impactar negativamente en su bienestar y en su desempeño educativo. Ante esta realidad, el estudio propone la construcción de una escala fiable para medir estos riesgos en estudiantes universitarios nicaragüenses.

Utilizando un enfoque cuantitativo y el análisis factorial exploratorio, se ha diseñado un cuestionario que permite identificar las dimensiones principales de los riesgos psicosociales. La muestra estuvo conformada por 747 estudiantes de diversas facultades y programas, incluyendo la Universidad en el Campo. A través del cuestionario, compuesto por 30 preguntas distribuidas en seis factores clave, se analizaron problemáticas como el entorno familiar y los comportamientos recreativos de riesgo, el estilo de vida saludable y la planificación personal, el estrés académico y los conflictos interpersonales, el consumo de sustancias y la autoimagen, las influencias sociales y los comportamientos de riesgo, y la desesperanza y vulnerabilidad emocional.

El estudio destaca el impacto del contexto sociocultural en la salud psicosocial del alumnado, abordando la conciliación trabajo-familia y los efectos de las nuevas tecnologías en su bienestar. Se enfatiza la influencia de los “influencers” en las redes sociales y su papel en la construcción de la identidad de los jóvenes, así como la relación entre el consumo de sustancias y la percepción de la autoimagen.

El análisis factorial exploratorio confirmó la estructura de la escala con seis dimensiones que explican el 58% de la varianza total del instrumento. Los índices de fiabilidad, con valores entre 0.70 y 0.94, indican que la escala es válida y fiable para evaluar los riesgos psicosociales en el ámbito universitario. Los coeficientes de consistencia interna demostraron una fiabilidad general de 0.88, lo que respalda su aplicación en contextos similares.

Con esta investigación, se proporciona una herramienta de medición efectiva para identificar y prevenir factores de riesgo psicosocial en estudiantes universitarios. Su implementación puede contribuir al diseño de estrategias de intervención que promuevan el bienestar integral y el éxito académico de los jóvenes, facilitando su adaptación a los desafíos de la vida universitaria y profesional.

12. EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA MEJORA COMUNITARIA

El capítulo de título *‘Una experiencia de educación para la salud para la mejora comunitaria’*, de Denis Javier Gudiel Gudiel, Lilliam Delia Pérez González, Eyleang Elizabeth Romero Romero, Josué González Yolbrania y Francisco Antonio Millons García, nos presenta un estudio sobre un proyecto de intervención socioeducativo en la comunidad San Ramón de Juigalpa (Nicaragua), enfocado en la prevención de las parasitosis intestinales mediante la educación para la salud. Se implementaron estrategias higiénico-sanitarias a través de charlas, talleres, simulaciones y actividades lúdicas con la finalidad de reducir la incidencia de enfermedades parasitarias en la población. La metodología utilizada fue la Investigación-Acción Participativa, que permitió involucrar a la comunidad en la identificación de problemas y la implementación de soluciones.

El diagnóstico comunitario inicial evidenció una alta prevalencia de parasitosis intestinales, afectando especialmente a los niños y niñas, debido a la falta de acceso a agua potable, el inadecuado lavado de manos y la práctica del fecalismo al aire libre. Durante la fase de intervención, se desarrollaron actividades dirigidas a familiares, docentes y menores, quienes adquirieron conocimientos sobre medidas preventivas y mejores hábitos de higiene. La evaluación posterior mostró un incremento del 80%

en el nivel de conocimiento y aplicación de estas prácticas, lo que refleja el impacto positivo del proyecto.

Los resultados resaltan la importancia de las estrategias educativas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El proyecto demostró ser sostenible, ya que los habitantes de la comunidad continuaron aplicando las medidas enseñadas. Además, la participación de diversas instituciones gubernamentales fortaleció la intervención y permitió una mayor sensibilización sobre la importancia de la higiene y el saneamiento básico. En conclusión, la educación para la salud en la comunidad es un factor clave en la lucha contra las parasitosis intestinales. Este proyecto evidencia que la combinación de actividades educativas, el trabajo comunitario y la intervención institucional resulta efectiva en la reducción de enfermedades de transmisión hídrica. Los autores recomiendan continuar con iniciativas similares para garantizar el bienestar de la población y fortalecer la promoción de la salud en comunidades vulnerables.

13. RIESGOS EN ADOLESCENTES: EDUCACIÓN AFECTIVA Y SEXUAL

La educación afectiva y sexual es un tema de interés social y un desafío para la salud pública, ya que influye directamente en el comportamiento y la prevención de riesgos en los adolescentes. Durante esta etapa de desarrollo, los jóvenes se enfrentan a múltiples desafíos emocionales y sociales que pueden derivar en comportamientos de riesgo si no cuentan con herramientas adecuadas. Factores como la inteligencia emocional, la resiliencia, el apoyo familiar y la educación pueden actuar como protectores, mientras que la falta de orientación, la pobreza, la violencia y el acceso limitado a información sobre salud sexual pueden incrementar su vulnerabilidad.

En Nicaragua, diversas instituciones gubernamentales, como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, han implementado políticas para el bienestar de los adolescentes. Sin embargo, se han identificado vacíos en la educación afectiva y sexual, lo que contribuye a problemáticas como embarazos a temprana edad, violencia de género, consumo de sustancias ilícitas y deserción escolar. A nivel internacional, estudios han resaltado la importancia de incorporar la educación sexual en los programas académicos y de salud pública, enfatizando la necesidad de integrar la diversidad sexual, la igualdad de género y la educación emocional como elementos esenciales para el desarrollo integral de los adolescentes.

En el capítulo de título '*Riesgos en adolescentes: un enfoque afectivo y sexual*', Carmen D. Castrillo Reyes y Zenayda Aurora Suárez nos presentan un estudio desarrollado en el municipio de Juigalpa (Chontales), con el

objetivo de analizar los riesgos psicosociales en adolescentes desde la perspectiva de la educación afectiva y sexual. Para ello, se aplicó una metodología de enfoque cuantitativo, utilizando encuestas en una muestra de 249 adolescentes. Los resultados revelan que muchos desconocen sus derechos reproductivos y presentan dificultades para expresar sus emociones y preocupaciones. Además, se evidencia la existencia de violencia intrafamiliar y la falta de información sobre planificación familiar como factores de riesgo predominantes.

En cuanto a los comportamientos de riesgo, señalan que la mayoría de los adolescentes no ha iniciado su vida sexual activa ni ha consumido sustancias ilícitas. Sin embargo, los datos reflejan una preocupación por el bajo rendimiento académico y la ausencia de redes de apoyo efectivas. Se concluye que la educación afectiva y sexual juega un papel fundamental en la prevención de riesgos psicosociales, siendo esencial fortalecer programas educativos y estrategias de intervención que fomenten el bienestar emocional y la toma de decisiones informadas en los adolescentes. Asimismo, recomiendan un trabajo interdisciplinario entre el sector educativo, el sistema de salud y las familias para promover un entorno seguro y saludable para este sector de población.

14. COMUNIDAD Y SALUD COMUNITARIA

Tal como señalan López-Noguero, Morón-Marchena y Gallardo-López (2025: 7), “la piedra angular de las sociedades son las comunidades, formadas por una compleja red de interacciones, relaciones y dinámicas que ejercen una poderosa influencia en la calidad de vida de las personas que las forman y en los procesos sociales que se desarrollan en los contextos donde se ubican”. La implicación de la comunidad es fundamental para resolver los problemas que afectan a la sociedad en diversos contextos.

En el capítulo *‘Fomento de la salud comunitaria a través de estrategias socioeducativas en Nicaragua’*, Marco Antonio Reyes Centeno y Karla Patricia Castilla realizan un estudio llevado a cabo en dos barrios de la ciudad de Juigalpa, abordando distintas temáticas, como la adicción a las drogas, el embarazo en adolescentes e infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la discriminación hacia la población LGBTI y personas trabajadoras sexuales. El propósito de este trabajo es diagnosticar, utilizando el método Hanlon, si los problemas identificados en estas áreas requerían implementar intervenciones socio-comunitarias para su mitigación.

La priorización de los “problemas” estudiados en la investigación se presenta de acuerdo con el orden de las puntuaciones obtenidas mediante

el citado método, en forma descendente: drogadicción, embarazo en adolescentes e ITS, desnutrición escolar, y la discriminación que enfrenta la comunidad LGBTI y personas trabajadoras sexuales. Tras establecer esta priorización, se llevaron a cabo charlas sobre educación sexual integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, así como a poblaciones LGBTI y trabajadoras sexuales, además de actividades deportivas y culturales. Se mejoró la merienda escolar y se establecieron huertos escolares para combatir la desnutrición en el alumnado. Los autores señalan que el método de Hanlon ofrece un marco efectivo para priorizar problemas complejos en comunidades vulnerables, lo que asegura que las intervenciones posteriores eviten sesgos subjetivos y promuevan la salud y el bienestar, al abordar las causas profundas de los problemas identificados y buscar soluciones integrales que fortalezcan la resiliencia comunitaria, mejorando así la calidad de vida de sus miembros.

15. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

El suicidio es un problema de salud pública de gran impacto, especialmente entre adolescentes y jóvenes, una de las principales causas de fallecimiento en todos los países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el acto deliberado de quitarse la vida, siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En 2019, se reportaron más de 700,000 suicidios, lo que representa una muerte por suicidio cada 100 fallecimientos. En Nicaragua, las cifras reflejan un crecimiento preocupante, con 16 defunciones por suicidio en Chontales en 2021, lo que representa 0.8 casos por cada 10,000 habitantes.

El capítulo *‘Comportamiento del suicidio en el alumnado. Un estudio en la UNAN-Managua CUR-Chontales’* de Pablo José Obando Téllez y Carlos M. Matamoros Osorio, presenta una investigación que analiza el comportamiento suicida en el alumnado de la carrera de Enfermería del citado centro, con el objetivo de identificar factores de riesgo como baja autoestima, desesperanza, aislamiento social e ideación suicida. Para ello se utilizó el Inventario de Orientación Suicida ISO-30, en un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Los resultados revelaron que el 50% de los estudiantes presentan un riesgo bajo de suicidio, mientras que la restante mitad se encuentra en un nivel moderado o alto (dato preocupante). Dentro de los factores influyentes, se destaca la falta de redes de apoyo, la presión académica, la exposición a redes sociales que refuerzan estándares inalcanzables y la presencia de trastornos emocionales no atendidos. Otros datos significativos:

el 42% de los encuestados siente que los demás no lo necesitan, mientras que el 37% no se considera capaz de afrontar la vida con valentía.

El estudio subraya la importancia de intervenciones preventivas en salud mental dirigidas a jóvenes universitarios. La formación de espacios seguros de diálogo, la inclusión de programas de bienestar emocional en las universidades y la promoción del acceso a servicios psicológicos son estrategias clave para mitigar el riesgo suicida. Además, recomiendan el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y comunitario, junto con acciones coordinadas entre el sector educativo y el sistema de salud.

La investigación contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente al objetivo 3.4, que busca reducir la mortalidad prematura a través de la prevención y el tratamiento de enfermedades mentales. Es crucial abordar el suicidio desde un enfoque multidisciplinario, promoviendo la educación, la concienciación y la detección temprana de signos de alerta en los jóvenes.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahualla, A., Bravo, J., & Palacios-Dueñas, M. (2023). *Factores determinantes del embarazo adolescente en América Latina: Un enfoque psicosocial*. Editorial Universitaria.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Dueñas, L. (2023). *El embarazo adolescente como problema de salud pública: Causas, consecuencias y estrategias de intervención*. Fondo Editorial Universitario.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Figuroa, R. (2021). *Complicaciones perinatales y neonatales en adolescentes embarazadas*. *Revista Internacional de Obstetricia*, 39(2), 120-136.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- López-Noguero, F., Morón-Marchena, J.A. & Gallardo-López, J.A. (Coords.) (2025). *Líderes comunitarios y dinámica de grupos sociales. Participación ciudadana para la mejora de calidad de vida*. Narcea.
- Mirama, J. (2020). *Salud reproductiva en adolescentes y su relación con el embarazo precoz*. Editorial de Ciencias Médicas.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Informe sobre el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias en la salud materno infantil*. OMS.
- Palacios-Dueñas, M., Bravo, J., & Ahualla, A. (2024). *Análisis de los determinantes del embarazo adolescente: Enfoques multidisciplinarios*. Editorial Académica Internacional.

- Pedrero-García, E.; Muñoz-Díaz, M.C.; Morón-Marchena, J.A. & Suárez Suárez, R.V. (2025). *Embarazos en adolescentes y jóvenes: reducción de riesgo y planificación familiar. Un estudio en Nicaragua*. Octaedro.
- Piaget, J. (1969). *Psicología y Pedagogía*. Ariel.
- UNICEF (2014). *El embarazo adolescente y su impacto en el desarrollo infantil y juvenil: Estrategias de prevención y mitigación*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA EL BIENESTAR COMUNITARIO

MANUEL JESÚS PEREA-RODRÍGUEZ
Universidad Pablo de Olavide

MARIA CARMEN MUÑOZ-DÍAZ
Universidad Pablo de Olavide

JAZCAR JOSUÉ BRAVO RIVAS
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

La salud se reconoce hoy como un derecho fundamental y un bien preciado, constituyendo un pilar esencial para el desarrollo humano y el bienestar de las sociedades. A lo largo de la historia, la manera en que se comprende y aborda la salud ha experimentado una transformación profunda. En sus inicios, se entendía de manera reduccionista, limitándose a la ausencia de enfermedad. Esta perspectiva, influenciada por una visión puramente biológica, consideraba que la salud podía medirse únicamente en términos de indicadores clínicos y resultados de tratamientos médicos (Canguilhem, 1991). Sin embargo, con el avance de las ciencias, se ha consolidado un enfoque holístico que integra dimensiones físicas, mentales, emocionales, sociales y ambientales.

Un punto de inflexión en esta evolución fue la adopción de la definición de la OMS en 1948, que estableció la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948), marcando un cambio radical respecto a la visión reduccionista. Posteriormente, el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) amplió esta concepción, subrayando que la salud y la enfermedad son fenómenos multifactoriales en los que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Laframboise (2010) y Max-Neef (1991) enfatizan que la satisfacción equilibrada de necesidades fundamentales –físicas, culturales y emocionales– es esencial para un bienestar duradero. Además, el respeto a la cosmovisión y contexto cultural de cada comunidad es indispensable para que las intervenciones sean pertinentes y efectivas.

En este marco, la educación para la salud se define como el proceso que promueve el conocimiento, las habilidades y la motivación para mejorar la salud y prevenir enfermedades, mientras que la promoción de la salud se enfoca en la creación de entornos y políticas públicas que faciliten la adopción de comportamientos saludables (Glanz, Rimer y Viswanath, 2015; OMS, 1986, 2021). Ambos enfoques buscan no solo intervenir a nivel individual, sino transformar contextos y comunidades enteras, adaptándose a las necesidades y cosmovisiones de cada grupo.

El recorrido histórico para comprender estos conceptos se remonta al siglo XIX, en un contexto marcado por intensas transformaciones urbanas e industriales. Este periodo impulsó a pioneras del trabajo social sanitario a reinventar la asistencia social y sentar las bases para intervenciones preventivas en salud. Figuras como Octavia Hill, quien abogó por la mejora de las condiciones habitacionales y la participación comunitaria (Hill, 1881), Jane Addams, que a través de Hull House ofrecía educación, servicios sanitarios y apoyo social a personas inmigrantes y familias desfavorecidas (Addams, 1910), Mary Richmond, que enfatizó la necesidad de una evaluación integral del entorno de la persona (Richmond, 1917), y Krakešová, que introdujo ideas innovadoras sobre la atención sanitaria preventiva en Europa (Krakešová, 1925), desempeñaron un papel fundamental en la configuración del trabajo social sanitario.

El presente documento examina en profundidad la evolución del concepto de salud, los fundamentos teóricos y pedagógicos de la educación y promoción de la salud, los modelos de prevención y otros aspectos contemporáneos. Se integran las perspectivas de modelos preventivos (Caplan, 1997; Laframboise, 2010; Max-Neef, 1991), enfoques pedagógicos innovadores (Konopka, 2003; Stake, 2007; Marccioni, 2012) y se resalta la importancia de la salud mental, el análisis de riesgos actuales (como adicciones y el uso excesivo de nuevas tecnologías) y la necesidad de intervenir desde una perspectiva comunitaria que fomente la autoconciencia y el empoderment, según las ideas de Zimmerman (1995, 2000). Asimismo, se destaca la necesidad de la indigenización, entendida como el respeto por las necesidades y cosmovisiones propias de cada comunidad, para lograr intervenciones realmente efectivas.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La educación para la salud se fundamenta en diversas teorías del aprendizaje y del cambio de comportamiento. Entre las más relevantes se

encuentra el modelo de creencias de salud, que ayuda a explicar cómo las percepciones y actitudes influyen en la adopción de conductas saludables (Glanz, Rimer y Viswanath, 2015). Asimismo, el modelo transteórico, que describe las etapas de cambio en el comportamiento, resulta útil para diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades individuales de cada persona.

Por otro lado, la promoción de la salud se orienta a transformar entornos y a formular políticas públicas que faciliten el bienestar integral. La Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) establece que la promoción de la salud implica no solo la educación, sino también la creación de ambientes que permitan a las personas desarrollar su potencial y mejorar su calidad de vida. Este paradigma multidimensional es crucial para abordar los determinantes sociales de la salud y para desarrollar intervenciones que respondan a las realidades diversas de las comunidades, siempre respetando sus cosmovisiones y valores.

Dentro del campo de la salud, la prevención ha sido abordada mediante distintos modelos que buscan intervenir en diferentes etapas del proceso de enfermedad. Caplan (1997) propone una clasificación en cuatro niveles:

- **Prevención primaria:** Se centra en evitar la aparición de la enfermedad mediante intervenciones que promueven estilos de vida saludables y la eliminación de factores de riesgo.
- **Prevención secundaria:** Busca la detección temprana y el tratamiento oportuno, lo que permite reducir la morbilidad y prevenir complicaciones.
- **Prevención terciaria:** Orientada a minimizar el impacto de una enfermedad ya establecida, mejorando la calidad de vida de los pacientes.
- **Prevención cuaternaria:** Se focaliza en prevenir la iatrogenia, es decir, evitar que intervenciones médicas innecesarias o excesivas causen daño adicional (Caplan, 1997; Laframboise, 2010).

La integración de estos modelos, en conjunto con el enfoque de Max-Neef (1991) sobre la satisfacción de las necesidades humanas, permite abordar la salud de manera integral. Este enfoque subraya la importancia de proteger a las personas no solo de la enfermedad, sino también de los efectos adversos derivados de la sobre-medicalización, garantizando que las intervenciones se adapten a las realidades culturales y a la cosmovisión de cada comunidad.

El proceso de educación en salud requiere metodologías pedagógicas que se ajusten a las características y necesidades de los distintos grupos. Entre los enfoques más relevantes se encuentran:

Aprendizaje basado en problemas (ABP)

El ABP es un modelo educativo que fomenta la participación y el pensamiento crítico al plantear situaciones reales y complejas que los estudiantes deben resolver. Según Konopka (2003) y Stake (2007), este enfoque fortalece la capacidad de los estudiantes para aplicar el conocimiento teórico a contextos prácticos, promoviendo una mayor retención y comprensión de los contenidos. Además, el ABP prepara a los futuros profesionales para enfrentar desafíos en entornos de salud que requieren soluciones creativas e interdisciplinarias.

Aprendizaje colaborativo y desarrollo comunitario

El aprendizaje colaborativo se basa en la interacción entre pares y el trabajo en equipo para la construcción conjunta del conocimiento. Marccioni (2012) resalta que, al integrar principios de desarrollo comunitario, se fomenta la participación activa de la comunidad en el proceso educativo, lo que permite que las intervenciones sean más sostenibles y culturalmente pertinentes. Este enfoque no solo potencia el aprendizaje, sino que también refuerza el capital social y respeta la cosmovisión propia de cada grupo, haciendo que las soluciones sean adaptadas a las realidades locales.

Métodos participativos

La implementación de talleres, debates, dinámicas grupales y otras actividades participativas permite el empoderamiento tanto individual como colectivo. Estos métodos facilitan un aprendizaje experiencial que trasciende la simple transmisión de información, haciendo que los participantes se conviertan en agentes activos de cambio. La metodología participativa favorece el desarrollo de estrategias que responden a las necesidades específicas del contexto, permitiendo la integración de la cosmovisión y los valores culturales en el proceso educativo (Konopka, 2003; Stake, 2007; Marccioni, 2012).

En conjunto, estos enfoques didácticos potencian el aprendizaje significativo y la capacidad de las personas para aplicar conocimientos en situaciones reales, contribuyendo así al desarrollo integral y sostenible de las comunidades.

3. INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y SALUD INTEGRAL: EMPOWERMENT, RESILIENCIA Y RETOS CONTEMPORÁNEOS

La intervención comunitaria es un eje fundamental para promover la autoconciencia, el empowerment y el bienestar integral de las personas. Zimmerman (1995, 2000) define el empowerment como un proceso

dinámico en el que las personas adquieran la capacidad de influir en sus entornos y transformar sus realidades, lo que implica no solo la adquisición de información, sino también el desarrollo de una autoconciencia crítica. En este sentido, la participación comunitaria desempeña un papel clave en el fortalecimiento de redes de apoyo y el capital social, permitiendo que cada miembro se sienta parte de un proyecto común y fortaleciendo su resiliencia ante los desafíos. Para que estas estrategias sean efectivas, es imprescindible que respeten la cosmovisión de cada comunidad, integrando sus tradiciones, valores y conocimientos en la planificación de las intervenciones (Zimmerman, 1995, 2000).

Dentro de este marco, la salud mental emerge como un componente esencial del bienestar integral, dado que su deterioro, evidenciado en trastornos como la depresión, la ansiedad y el estrés crónico, tiene repercusiones tanto a nivel individual como colectivo, aumentando el riesgo de enfermedades físicas y afectando la productividad y la cohesión social (OMS, 2013; Patel et al., 2018). La promoción de la salud mental, alineada con la visión holística propuesta por Laframboise (2010) y Max-Neef (1991), debe ocupar un lugar prioritario en las políticas públicas, incluyendo estrategias preventivas y de tratamiento, así como el fomento del apoyo social y la integración comunitaria.

A nivel local y global, la educación y promoción de la salud han demostrado ser herramientas clave para mejorar la alfabetización en salud, aumentar la adherencia a tratamientos y reducir la incidencia de enfermedades crónicas (Nutbeam, 2000; Marccioni, 2012). En este sentido, la adopción de marcos estratégicos como la Carta de Ottawa ha favorecido la formulación de políticas públicas eficaces en diversos países, contribuyendo a la reducción de la mortalidad y la morbilidad (OMS, 1986; Frenk, 2000). Sin embargo, para que estas políticas sean sostenibles y pertinentes, es esencial reconocer la diversidad cultural y aplicar el concepto de indigenización, entendido como el respeto e integración de la cosmovisión y las necesidades específicas de cada comunidad. Estudios han demostrado que cuando las estrategias de promoción de la salud se adaptan a los contextos culturales, se genera una mayor identificación y compromiso comunitario, lo que favorece la adopción de conductas saludables y el fortalecimiento de los lazos sociales (Nussbaum, 2011; Sen, 1999).

En el actual contexto global, también surgen nuevos riesgos que afectan la salud y el bienestar de las comunidades, como las adicciones a sustancias y el uso excesivo de tecnologías, que pueden deteriorar la salud física y mental, además de afectar la calidad de las relaciones sociales (Putnam, 2000). Aunque las nuevas tecnologías han facilitado la conectividad y el acceso a la información, su uso desmedido puede provocar aislamiento,

dependencia y una reducción de la interacción cara a cara, debilitando el capital social. Desde el enfoque de capacidades propuesto por Sen (1999) y Nussbaum (2011), el fortalecimiento de las relaciones sociales es crucial para el desarrollo humano, ya que la capacidad de participar plenamente en la vida comunitaria y acceder a oportunidades depende de vínculos sólidos y de un entorno que respete la diversidad cultural. Ante estos desafíos, es imprescindible que las políticas de salud pública incorporen estrategias para la prevención y el tratamiento de las adicciones, promuevan un uso equilibrado de las tecnologías y fomenten espacios comunitarios que refuercen la cohesión social y el empoderamiento de las personas (Putnam, 2000; Sen, 1999; Nussbaum, 2011).

4. CONCLUSIONES

La educación para la salud y la promoción de la salud son elementos fundamentales para la construcción de sociedades resilientes, equitativas y sostenibles. El recorrido histórico, que se remonta a las contribuciones pioneras de Octavia Hill, Jane Addams, Mary Richmond y Krakešová, evidencia cómo se sentaron las bases para un enfoque preventivo y comunitario en salud. Asimismo, el salto cualitativo del reduccionismo al enfoque holístico –reforzado por la definición de la OMS (1948) y modelos contemporáneos como el biopsicosocial (Engel, 1977; Canguilhem, 1991)– ha permitido integrar las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales del bienestar, adaptando las intervenciones a la diversidad cultural y respetando la cosmovisión de cada comunidad.

La integración de estrategias pedagógicas innovadoras, tales como el Aprendizaje Basado en Problemas, el aprendizaje colaborativo y los métodos participativos, fortalece la capacidad de las personas para aplicar el conocimiento en contextos reales y para enfrentar desafíos complejos (Konopka, 2003; Stake, 2007; Marccioni, 2012). Los modelos preventivos de Caplan y Laframboise, junto con el enfoque de Max-Neef en la satisfacción de necesidades humanas, subrayan la importancia de proteger a las personas tanto de la enfermedad como de los efectos adversos de la medicalización. La salud mental, considerada piedra angular del bienestar integral, fundamenta la resiliencia y la capacidad de las personas para enfrentar las adversidades (OMS, 2013; Patel et al., 2018).

Los resultados obtenidos a niveles locales y globales demuestran que los programas de educación y promoción de la salud, cuando se adaptan a las realidades culturales y respetan la cosmovisión de las comunidades, logran mejoras significativas en la calidad de vida y en el fortalecimiento

del capital social (Nutbeam, 2000; Marccioni, 2012). La indigenización de las estrategias, es decir, la adaptación de las intervenciones a las necesidades y valores propios de cada comunidad es esencial para garantizar la pertinencia y la sostenibilidad de los programas de salud (Nussbaum, 2011; Sen, 1999).

Finalmente, la intervención comunitaria para fomentar la autoconciencia y el empowerment, de acuerdo con Zimmerman (1995, 2000), permite que las personas se conviertan en agentes activos de cambio, transformando sus entornos y ejerciendo un control efectivo sobre su bienestar. Este enfoque, que integra la participación comunitaria con el respeto por la cosmovisión y la indigenización de las estrategias de salud, es indispensable para convertir la salud en un motor de desarrollo sostenible y en un derecho efectivo para todos.

En conclusión, la educación y la promoción de la salud, fundamentadas en sólidos principios teóricos y en un enfoque holístico que respeta la diversidad cultural, son herramientas esenciales para mejorar la calidad de vida a nivel local y global. La combinación de estrategias preventivas, métodos pedagógicos innovadores y la intervención comunitaria para el empowerment y la autoconciencia, sumado al respeto por la cosmovisión e indigenización de las intervenciones, constituye un camino efectivo hacia sociedades más saludables y equitativas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addams, J. (1910). *Twenty Years at Hull House*. Macmillan.
- Canguilhem, G. (1991). *The Normal and the Pathological*. Zone Books.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Frenk, J. (2000). The global health system: Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Medicine*, 2(3), e200.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Hill, O. (1881). *Housing and Health: A Report*. [Referencia histórica adaptada].
- Konopka, M. (2003). *Innovative approaches to problem-based learning in higher education*. *Journal of Educational Innovation*, 10(2), 45-60.
- Krakešová, I. (1925). *Contributions to Preventive Social Work*. [Referencia histórica adaptada].

- Laframboise, M. (2010). El modelo holístico de salud: Una perspectiva integradora. *Revista de Salud Integrativa*, 5(2), 45-60.
- Marccioni, F. (2012). *Community development in health education: Integrating local knowledge and practices*. *Revista de Educación y Desarrollo Comunitario*, 8(1), 35-50.
- Max-Neef, M. (1991). *Human Scale Development: Conception, Application and Further Reflections*. New York, NY: Apex Press.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estrategias actuales en promoción de la salud y desarrollo sostenible*. Organización Mundial de la Salud.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. Russell Sage Foundation.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York, NY: Knopf.
- Stake, R. E. (2007). *Qualitative research: Studying how things work*. SAGE Publications.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (pp. 43-63). Springer.

EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD Y EDUCACIÓN QUE ATIENDE A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN JUIGALPA, NICARAGUA

ZENAYDA AURORA SUÁREZ

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

GRACIELA GRISELDA CALERO VIVAS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

MARÍA MERCEDES ZAPATA QUINTANILLA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un fenómeno social de impacto global que deteriora las condiciones físicas, psicológicas y socioeconómicas de las jóvenes embarazadas, sus familias y la sociedad en general. Este período abarca desde el inicio de la adolescencia hasta los 19 años (Dueñas, 2023). La mayoría de estos embarazos no son planificados ni deseados, y en muchos casos son consecuencia de diversas formas de violencia: física, simbólica, psicológica y económica. Es fundamental analizar la relación entre el embarazo en la adolescencia y los distintos factores que lo condicionan, así como las estrategias de intervención necesarias para su prevención (UNICEF, 2014; Dueñas, 2023).

Diversos estudios han identificado múltiples causas y efectos del embarazo adolescente, incluyendo aspectos individuales, normas socio-culturales, dinámicas familiares, factores psicosociales y económicos. Entre los elementos más influyentes destacan la falta de afecto familiar, la violencia doméstica, la ausencia de educación sexual, el desconocimiento sobre prevención de riesgos, la presión de modismos intergeneracionales, el consumo de sustancias psicoactivas y fallos en las políticas gubernamentales de protección juvenil (Palacios et al., 2024; Ahualla et al., 2023; Bravo et al., 2020).

A pesar de los esfuerzos de prevención, el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública de gran magnitud. Según la Organización Mundial de la Salud (2024), aproximadamente 21 millones

de jóvenes de entre 15 y 19 años quedan embarazadas cada año, y 12 millones de ellas dan a luz. Es esencial implementar mecanismos de protección y empoderamiento para que las adolescentes puedan ejercer su derecho a la salud y al bienestar. Las complicaciones obstétricas, perinatales y psicosociales pueden tener consecuencias graves, incluyendo hemorragias, anemia, infecciones renales y trastornos emocionales, así como afectar el crecimiento fetal y aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y malformaciones congénitas (Mirama, 2020; Figueroa, 2021).

En Nicaragua, el embarazo adolescente sigue en aumento. La Organización Mundial de la Salud (2024) informa que en 2023 la tasa de natalidad en niñas de 10 a 14 años alcanzó 1,5 por cada 1.000 mujeres, con América Latina y el Caribe registrando las cifras más elevadas. Este panorama evidencia la urgencia de investigar las problemáticas locales y desarrollar estrategias de intervención eficaces. En este contexto, comprender la experiencia del personal de salud y educación en la atención a adolescentes embarazadas en Juigalpa puede aportar información valiosa para fortalecer las acciones preventivas y de apoyo a las jóvenes en riesgo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las consecuencias del embarazo adolescente han sido ampliamente documentadas en la literatura especializada y han captado la atención de los sistemas de salud pública. Entre las principales complicaciones médicas se encuentran el aborto espontáneo, la preeclampsia, la eclampsia, la muerte materna y la endometritis. En los recién nacidos, los riesgos incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad neonatal (Martínez et al., 2020).

Investigaciones previas han demostrado que el embarazo adolescente está vinculado a diversos factores socioeconómicos y culturales. Un estudio de Villa (2018) en Guayaquil, Ecuador, reveló que las mujeres de estratos socioeconómicos bajos presentan mayor vulnerabilidad. En Perú, Pérez (2018) utilizó metodologías cualitativas para evidenciar que la mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de hogares donde predominan roles tradicionales y escaso acceso a educación sexual. Por su parte, Camilo (2018) analizó la incidencia del embarazo adolescente en Nicaragua, destacando que el 25,9% de las adolescentes entre 15 y 19 años han estado embarazadas, siendo las zonas rurales las más afectadas debido a bajos niveles educativos y acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva.

Estos estudios subrayan la necesidad de abordar el embarazo adolescente desde una perspectiva integral, que combine estrategias de prevención, educación y apoyo social. Es imperativo fortalecer los sistemas de salud pública, promover la educación en salud sexual y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos eficaces. Si no se implementan soluciones sostenibles, la incidencia del problema seguirá en aumento.

A partir de esta problemática, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la experiencia del personal de salud y educadores en la atención a adolescentes embarazadas?

2.1. Postura teórica

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno condicionado por múltiples factores estructurales y socioculturales. Entre los principales determinantes se encuentran la pobreza, las dinámicas familiares, la violencia de género y la insuficiencia de políticas públicas efectivas para la prevención (Intriago y Maitta, 2021). La exposición a relaciones sexuales precoces y desprotegidas, sumada a la falta de información sobre anticoncepción, contribuye significativamente a la alta incidencia de embarazos en este grupo etario.

Además, las repercusiones del embarazo adolescente trascienden el ámbito de la salud, impactando negativamente en el desarrollo educativo, laboral y social de las jóvenes. Este fenómeno incrementa la tasa de deserción escolar, limita las oportunidades de inserción laboral y perpetúa ciclos de pobreza y desigualdad. Asimismo, las adolescentes embarazadas enfrentan un alto riesgo de exclusión social y vulnerabilidad psicológica, lo que afecta su bienestar y el de sus hijos (Cruz y González, 2023).

Desde una perspectiva teórica, la problemática del embarazo adolescente debe abordarse con un enfoque intersectorial que integre salud pública, educación, equidad de género y derechos humanos. La articulación de esfuerzos entre instituciones de salud, centros educativos y organizaciones comunitarias resulta clave para reducir las tasas de embarazo precoz y garantizar mejores condiciones de vida para las adolescentes en situación de riesgo.

3. MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se desarrolló dentro del paradigma sociocrítico, con un enfoque cualitativo y naturalista que permite explorar en profundidad los fenómenos y sus contextos. Este enfoque posibilita a las personas investi-

gadoras comprender las experiencias y percepciones de los participantes, analizando sus interpretaciones de los hechos en un periodo que puede extenderse desde un día hasta un año (Stake, 1998).

La unidad de análisis se centró en las experiencias de profesionales de la salud y educadores que atienden a adolescentes embarazadas. Para la selección de participantes, se utilizó un muestreo por conveniencia (Creswell, 2018), incluyendo a expertos con experiencia en la temática. Se conformó un grupo focal multidisciplinario integrado por:

- Gerentes de Enfermería de Atención Primaria.
- Docentes de nivel secundario.
- Un ginecólogo.
- Una enfermera comunitaria.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el contexto de la práctica preprofesional de estudiantes de enfermería, quienes fueron informados sobre los objetivos del estudio y participaron de manera voluntaria, asegurando la ausencia de conflictos de interés.

Los informantes claves desempeñaron un papel fundamental en la investigación, proporcionando datos originales y confiables gracias a su contacto directo con las adolescentes embarazadas.

3.1.Preguntas de investigación

Para la recolección de datos, se diseñó un cuestionario semiestructurado, con preguntas que abordaron las siguientes temáticas:

- Experiencia en la atención a adolescentes embarazadas: *¿Podría compartir su experiencia con adolescentes embarazadas que asisten a la unidad de salud o al entorno escolar?*
- Factores que inciden en el embarazo adolescente: *Según su experiencia, ¿cuáles son los condicionantes que favorecen el embarazo en adolescentes?*
- Consecuencias psicosociales del embarazo adolescente: *¿Qué consecuencias psicosociales considera que pueden derivarse del embarazo en la adolescencia?*
- Impacto físico del embarazo en adolescentes: *¿Cuál es su opinión sobre las consecuencias físicas en adolescentes embarazadas?*

A partir de estas preguntas, se estableció un objetivo de investigación que permitió la construcción de un sistema categorial inductivo. Se definieron tres categorías principales y cuatro códigos específicos, los

cuales facilitaron la generación de códigos emergentes a partir del análisis discursivo (Tabla n° 2).

3.2. Objetivo

Interpretar los significados de los discursos de los profesionales de la salud y la educación sobre su experiencia en la atención a adolescentes embarazadas en el municipio de Juigalpa.

Tabla 2. Sistema categorial

Categoría	Definición operativa	Pauta de interrogación	Argumentos
Embarazo en adolescentes	Problema social que impacta la salud física, psicológica y económica de las adolescentes.	¿Podría compartir su experiencia con adolescentes embarazadas que asisten a la unidad de salud o al entorno escolar?	Pt1: La mayoría de las embarazadas atendidas son menores de 15 años, algunas incluso de 12 años. Presentan complicaciones como desnutrición y anemia, reflejando la falta de autocuidado y atención familiar. Pt2: Muchas adolescentes no acuden por iniciativa propia a los controles médicos. Sus madres suelen llevarlas cuando presentan signos evidentes de malestar, lo que indica una escasa cultura de planificación familiar. Pt3: Existe un alto nivel de conflicto y falta de comunicación en las familias, lo que incide en la recurrencia del embarazo adolescente y en la ausencia de una pareja estable. Pt4: La deserción escolar es una consecuencia directa, muchas dejan la escuela antes de terminar la primaria. El uso descontrolado de la tecnología y la falta de supervisión parental influyen en esta problemática.

Categoría	Definición operativa	Pauta de interrogación	Argumentos
Condiciones del embarazo adolescente	Factores de riesgo que incrementan la probabilidad de embarazo en la adolescencia.	Según su experiencia, ¿cuáles son los condicionantes que favorecen el embarazo a temprana edad?	Pt1: El embarazo adolescente está vinculado a la pobreza y a condiciones de vida precarias. Las familias con menor acceso a la educación y con antecedentes de violencia presentan mayores índices de embarazo precoz. Pt2: Las adolescentes suelen involucrarse en relaciones sentimentales precipitadas sin la orientación adecuada. En algunos casos, los varones se involucran en el consumo de drogas, lo que agrava el entorno de riesgo. Pt3: En las zonas rurales, la educación sexual y reproductiva sigue siendo un tabú. La familia y la comunidad evitan abordar estos temas, perpetuando el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos. Pt4: Existen influencias del entorno escolar que facilitan la exposición a conductas de riesgo. En muchos casos, las jóvenes usan la escuela como pretexto para salir de casa, sin supervisión parental adecuada.
Consecuencias del embarazo adolescente	Impacto psicosocial y físico del embarazo en adolescentes.	¿Qué consecuencias psicosociales considera que pueden derivarse del embarazo en la adolescencia?	Pt1: Muchas adolescentes embarazadas muestran signos de tristeza, aislamiento y descuido personal. La sensación de soledad y abandono es recurrente. Pt2: Experimentan sentimientos de vergüenza y miedo, lo que afecta su autoestima y salud mental. En algunos casos, los bebés presentan problemas de desarrollo. Pt3: El embarazo en adolescentes conlleva trastornos psicológicos como ansiedad, depresión y alteraciones del sueño y la alimentación. Pt4: Muchas jóvenes deben abandonar sus estudios para trabajar y sostener a sus hijos, limitando sus oportunidades de desarrollo profesional y económico.

Categoría	Definición operativa	Pauta de interrogación	Argumentos
Consecuencias físicas del embarazo adolescente	Riesgos obstétricos y ginecológicos en adolescentes embarazadas.	¿Cuál es su opinión sobre las consecuencias físicas en adolescentes embarazadas?	Pt1: El cuerpo de una adolescente no está preparado para la gestación, lo que incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas, incluso la muerte materna y neonatal. Pt2: Se han reportado casos de hemorragias graves, preeclampsia y abortos sépticos. Algunas adolescentes requieren atención médica de urgencia debido a estas complicaciones. Pt3: El riesgo de muerte materna es significativo, especialmente en embarazos no controlados. Pt4: La inmadurez biológica de las adolescentes afecta el desarrollo del embarazo, requiriendo un seguimiento médico intensivo para prevenir complicaciones.

4. CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido interpretar los discursos del personal de salud y educación del municipio de Juigalpa en relación con su experiencia en la atención a adolescentes embarazadas. Los hallazgos evidencian que los profesionales perciben este fenómeno como un problema complejo con implicaciones profundas en la salud pública, la estructura familiar y el desarrollo social.

Nicaragua presenta una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años fue de 82.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres en este grupo de edad, lo que, aunque refleja una disminución en comparación con años anteriores, sigue situando al país por encima del promedio regional (OPS, 2023).

Los profesionales destacan múltiples factores que contribuyen a la alta incidencia de embarazos en adolescentes, entre los cuales se encuentran:

- **Pobreza y desigualdad socioeconómica:** Las condiciones económicas precarias limitan el acceso a recursos educativos y de salud, aumentando la vulnerabilidad de las adolescentes (Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos (CCPDH). (2008).
- **Falta de educación sexual integral:** La ausencia de programas educativos que aborden la salud sexual y reproductiva de manera integral contribuye al desconocimiento y a prácticas de riesgo entre la juventud (UNFPA Nicaragua, 2023).

- **Violencia de género y abuso sexual:** Un porcentaje significativo de embarazos en adolescentes es resultado de violencia sexual. Datos indican que el 48% de los delitos de violencia en el país corresponden a abuso sexual, y el 43% de estos casos involucran a niñas menores de 13 años (Hogar Luceros del Amanecer, 2023).
- **Normas culturales y matrimonios tempranos:** Prácticas culturales que permiten uniones y matrimonios a edades tempranas perpetúan el ciclo de embarazos adolescentes. En Nicaragua, el 25% de los embarazos corresponden a adolescentes (Plan International, 2023).

El embarazo en la adolescencia acarrea múltiples repercusiones que afectan la salud, el bienestar emocional y las oportunidades socioeconómicas de las jóvenes.

- **Salud física:** Las adolescentes embarazadas enfrentan riesgos elevados de complicaciones como anemia, preeclampsia, hemorragias y desnutrición, lo que puede afectar tanto a la madre como al recién nacido (MINSA, 2009).
- **Salud mental y emocional:** Se observan altos índices de depresión, ansiedad y baja autoestima, exacerbados por el estigma social y la falta de apoyo familiar (UNICEF, 2023).
- **Impacto socioeconómico:** La deserción escolar es común, lo que limita las oportunidades laborales futuras y perpetúa los ciclos de pobreza. Además, la dependencia económica y el aislamiento social afectan la calidad de vida de las adolescentes y sus hijos (MINSA, 2023).

El gobierno de Nicaragua, en colaboración con organizaciones internacionales, ha implementado diversas estrategias para abordar este problema. Entre ellas destacan:

- **Programas de educación sexual y reproductiva:** Iniciativas como el proyecto “Prevención del Embarazo en Adolescentes: Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Nicaragua”, desarrollado en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2023), buscan promover la educación y prevención en salud sexual.
- **Atención integral a adolescentes embarazadas:** Se han establecido casas maternas y se implementan protocolos de atención especializada para adolescentes gestantes, con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna e infantil (MINSA, 2009).
- **Estrategias de respuesta rápida:** El Código Rojo ha permitido mejorar la atención de emergencias obstétricas, disminuyendo la mortalidad materna en adolescentes (OPS, 2023).

- A pesar de estos esfuerzos, persisten desafíos significativos. La naturalización de los embarazos y matrimonios infantiles en algunas comunidades, junto con la falta de oportunidades educativas y económicas, continúan alimentando la prevalencia del embarazo adolescente (Confidencial Digital, 2023).

Para abordar de manera efectiva este problema, se sugieren las siguientes acciones:

- Fortalecimiento de la educación sexual integral: Implementar programas educativos desde edades tempranas que aborden la salud sexual y reproductiva de manera científica y culturalmente sensible (UNFPA, 2023).
- Empoderamiento de las adolescentes: Fomentar espacios donde las jóvenes puedan adquirir habilidades y conocimientos que les permitan tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y reproductiva (Plan International, 2023).
- Involucramiento comunitario: Trabajar con líderes comunitarios, familias y adolescentes para desafiar y cambiar normas culturales que perpetúan el ciclo de embarazos en adolescentes (Hogar Luceros del Amanecer, 2023).
- Acceso a servicios de salud de calidad: Garantizar que las adolescentes tengan acceso a servicios de salud amigables, confidenciales y adaptados a sus necesidades específicas (MINSA, 2009).

Aunque se han logrado avances en la reducción de la tasa de embarazo adolescente en Nicaragua, es imperativo continuar fortaleciendo las estrategias de prevención e intervención, abordando los factores subyacentes y promoviendo un enfoque integral que involucre a todos los sectores de la sociedad. La experiencia de los profesionales de salud y educación en este estudio ha demostrado ser una herramienta clave para enfrentar el problema y generar propuestas de intervención más efectivas.

El embarazo adolescente no solo es una cuestión de salud, sino también un problema de justicia social, equidad de género y desarrollo sostenible. Abordarlo requiere un compromiso continuo por parte del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional para garantizar que todas las adolescentes puedan ejercer su derecho a una vida saludable, autónoma y libre de violencia.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahualla, A., Bravo, J., & Palacios-Dueñas, M. (2023). *Factores determinantes del embarazo adolescente en América Latina: Un enfoque psicosocial*. Editorial Universitaria.
- Camilo, R. (2018). *Incidencia del embarazo adolescente en Nicaragua y su impacto en el desarrollo educativo y social*. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 45-58.
- Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. (2008). *Informe nacional Nicaragua: Políticas públicas regionales sobre la reducción de la pobreza en Centroamérica*.
- Creswell, J. W. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Cruz, M., & González, P. (2023). *Impacto del embarazo adolescente en la salud mental y el bienestar social*. Editorial Académica Española.
- Dueñas, L. (2023). *El embarazo adolescente como problema de salud pública: Causas, consecuencias y estrategias de intervención*. Fondo Editorial Universitario.
- Figuroa, R. (2021). *Complicaciones perinatales y neonatales en adolescentes embarazadas*. *Revista Internacional de Obstetricia*, 39(2), 120-136.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2023). *Educación sexual integral*. UNFPA Nicaragua.
- Fundación Hogar Luceros del Amanecer. (2023). *Nicaragua y el embarazo a temprana edad materno infantil*. Fundación Luceros.
- Intriago-Hormaza, G., & Maitta-Rosado, M. (2021). *Factores socioculturales y económicos asociados al embarazo adolescente*. Editorial Científica Latinoamericana.
- Martínez, C., Pérez, D., & Villa, M. (2020). *Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas: Un análisis de casos en América Latina*. *Revista de Salud Maternoinfantil*, 35(4), 78-95.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2009). *Normativa 011: Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo* (3.^a ed.). Ministerio de Salud de Nicaragua.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2023). *Conozca el avance en la atención en salud mental en el periodo 2022-2023*. El 19 Digital.
- Mirama, J. (2020). *Salud reproductiva en adolescentes y su relación con el embarazo precoz*. Editorial de Ciencias Médicas.
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Informe sobre el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias en la salud maternoinfantil*. OMS.
- Palacios-Dueñas, M., Bravo, J., & Ahualla, A. (2024). *Análisis de los determinantes del embarazo adolescente: Enfoques multidisciplinares*. Editorial Académica Internacional.
- Pérez, D. (2018). *Embarazo adolescente en Perú: Perspectiva sociocultural y económica*. *Revista Peruana de Salud Pública*, 14(1), 22-41.

- Plan International. (2023). *Informe anual global 2023*. <https://plan-international.org>
- Stake, R. (1998). *Case studies in qualitative research*. SAGE Publications.
- UNICEF. (2014). *El embarazo adolescente y su impacto en el desarrollo infantil y juvenil: Estrategias de prevención y mitigación*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF Nicaragua. (2023). *La salud mental de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes debe ser una prioridad*.

PARTO PSICOPROFILAXIS: UNA ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRAL EFECTIVA PARA LA PREPARACIÓN DEL PARTO

YASMARI E. LIRA ROMERO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

CRISTHYAM E. NÚÑEZ AGUILAR

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

JEYLIN M. PÉREZ OBREGÓN

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

El parto psicoprofiláctico es un conjunto de técnicas y estrategias diseñadas para preparar a la embarazada en el proceso del parto, facilitando su adaptación a este evento mediante ejercicios de respiración, relajación y acondicionamiento físico. Su implementación contribuye a la reducción del dolor y promueve un parto más seguro y humanizado.

En Nicaragua, la Normativa 042 de Parto Humanizado establece el derecho de la mujer a recibir atención integral durante el embarazo, garantizando un parto sin intervenciones innecesarias, sin anestesia ni medicamentos, pero con una preparación previa. Este proceso es guiado por instructores especializados como educadoras perinatales, enfermeras, ginecólogos, psicólogos y pediatras (MINSA, 2010). Además, la educación prenatal se considera una herramienta clave para la reducción de la morbilidad materna y perinatal.

A nivel regional, diversos países latinoamericanos han avanzado significativamente en la reducción de la mortalidad materna. De acuerdo con Linn et al. (2022), Uruguay logró disminuirla en un 67% entre 1990 y 2013, Perú en un 64%, Chile en un 60%, Brasil en un 43% y Ecuador en un 44%. Este progreso se ha atribuido, en parte, a la mejora de los servicios de salud materno-infantil y la implementación de programas de parto psicoprofiláctico.

Según Morales (2014), fortalecer la formación del personal de salud en parto psicoprofiláctico permite proporcionar una atención más integral,

educando a las embarazadas y sus parejas sobre el manejo del dolor y la preparación para el nacimiento. Un estudio realizado por Báez y Madrigal (2017) analizó los beneficios del curso de psicoprofilaxis obstétrica en adolescentes embarazadas, obteniendo resultados positivos: el 76.7% de las mujeres no experimentó temor, el 83.3% se sintió preparada, el 93.3% tuvo un parto satisfactorio por vía vaginal y el 100% no requirió medicación para el dolor.

En Nicaragua, el Gobierno a través del Ministerio de Salud (MINSA) impulsa la Norma 042 de Parto Humanizado, que busca garantizar que el parto se desarrolle en un entorno seguro y respetuoso, asegurando el derecho de la mujer a elegir la posición, el acompañamiento y el tipo de atención recibida.

Este estudio surge ante la necesidad de evaluar el nivel de conocimiento y aplicación del parto psicoprofiláctico entre los profesionales de la salud que trabajan en unidades de atención primaria, ya que son el primer contacto de la embarazada con el sistema de salud. Se busca describir el grado de implementación de esta estrategia y su impacto en la atención prenatal, el parto y el puerperio.

2. MARCO TEÓRICO

El parto psicoprofiláctico es una estrategia integral que busca preparar a la mujer embarazada mediante ejercicios de respiración, relajación y acondicionamiento físico, con el objetivo de reducir el dolor, facilitar el parto y disminuir el riesgo de complicaciones materno-fetales. Esta práctica se sustenta en diversas normativas y marcos teóricos que refuerzan su importancia en la atención materna.

A nivel legal, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) respalda esta estrategia a través de diferentes regulaciones. La Constitución Política de Nicaragua, en su artículo 59, establece que todos los ciudadanos tienen derecho a la salud, lo que implica la promoción y protección del bienestar materno. Asimismo, la Ley General de Salud No. 423, en su artículo 32, enfatiza la necesidad de brindar una atención integral a la mujer, la niñez y la adolescencia, asegurando el control prenatal y la asistencia en el parto y puerperio. En este contexto, la Normativa 042 de Parto Humanizado, implementada en 2010, otorga a la mujer el derecho a recibir información clara sobre su embarazo, permitiéndole elegir el acompañamiento, la posición para dar a luz y el ambiente en el que se desarrollará su parto.

Históricamente, el proceso del parto ha sido influenciado por diversas creencias y prácticas. En la antigüedad, la atención del parto estaba rodea-

da de rituales, conjuros y asistencia de parteras que adquirirían conocimientos empíricos. Hipócrates, en el siglo V a.C., introdujo principios médicos en la atención obstétrica, mientras que en la época del Renacimiento se permitió la intervención de médicos varones en el proceso del parto, lo que marcó un cambio en la forma en que se brindaba la asistencia obstétrica (García, 2015). Actualmente, el parto psicoprofiláctico se ha consolidado como un método basado en evidencia científica que promueve la autonomía de la mujer y optimiza la experiencia del nacimiento.

El concepto de parto psicoprofiláctico ha sido definido por diferentes autores. Pineda del Salto et al. (2024) lo describen como una herramienta clave en la medicina obstétrica, que involucra la preparación física y psicológica de la gestante a través de técnicas de relajación, respiración y ejercicios específicos. La Normativa 042 del MINSA lo enmarca dentro del parto humanizado, asegurando que la embarazada reciba información clara y tenga libertad en la toma de decisiones sobre su parto. La aplicación de estas técnicas permite un mejor control del dolor, disminuyendo la ansiedad y favoreciendo una mayor confianza en el proceso. Además, facilita la disminución de complicaciones materno-fetales al contribuir a una mejor oxigenación del bebé y a un parto menos traumático.

El desarrollo de una sesión de parto psicoprofiláctico sigue un enfoque estructurado que incluye diversas fases. En primer lugar, se realiza una valoración inicial del riesgo obstétrico mediante la historia clínica perinatal. Luego, se procede a la educación teórica, en la cual se explican los beneficios del parto natural y las principales modificaciones que experimenta el cuerpo de la mujer durante la gestación. Posteriormente, se llevan a cabo ejercicios físicos y respiratorios, que incluyen técnicas de relajación neuromuscular, gimnasia gestacional y ejercicios de respiración para el control del dolor. Finalmente, se realiza una evaluación para medir la apropiación de los conocimientos adquiridos.

Para que las sesiones de psicoprofilaxis sean efectivas, es fundamental que se realicen en un ambiente adecuado. Este espacio debe contar con iluminación apropiada, ventilación suficiente, privacidad y mobiliario higiénico. Además, se recomienda que la temperatura ambiente oscile entre los 20° y 24°C para garantizar el confort de las embarazadas. También es importante que las participantes utilicen ropa cómoda y cuenten con sus documentos personales y materiales básicos para la sesión, como libreta de anotaciones y reloj.

En términos de recomendaciones, se sugiere que las embarazadas participen de manera activa en las sesiones y repasen los ejercicios en casa. También se enfatiza la importancia de la asistencia y puntualidad, así

como la preparación emocional y física previa a cada encuentro. La pareja o el acompañante juegan un papel clave en este proceso, brindando apoyo emocional y contribuyendo a la creación de un ambiente de confianza.

La implementación del parto psicoprofiláctico en los servicios de salud ha demostrado ser una estrategia eficaz en la reducción del miedo y la ansiedad en las gestantes, además de favorecer partos más satisfactorios. Sin embargo, su éxito depende en gran medida del grado de conocimiento y compromiso del personal de salud encargado de su ejecución. Es fundamental que los profesionales que trabajan en unidades de atención primaria reciban capacitación continua sobre estas técnicas, garantizando así una atención de calidad y fortaleciendo el bienestar de la madre y el recién nacido.

3. METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo descriptivo, con un enfoque mixto y un predominio cuantitativo, lo que permitió analizar la información obtenida sobre el nivel de conocimiento y práctica del parto psicoprofiláctico por parte del personal de salud y las embarazadas que asisten a la unidad de salud. Se realizó un análisis de datos para identificar las percepciones y experiencias en torno a esta estrategia. Según su temporalidad, la investigación es de corte transversal, desarrollándose entre julio y diciembre de 2024.

La población del estudio estuvo conformada por 7 profesionales de salud que laboran en el puesto de salud Zona 7 (ES AFC 15), así como por embarazadas que reciben atención prenatal en esta unidad, ubicada en el barrio Padre Miguel Gonfia Lazari, en Juigalpa, departamento de Chontales.

La muestra se constituyó por 7 profesionales de salud y 3 embarazadas que asistieron a su control prenatal durante el período de estudio, representando el 100% del universo.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la disponibilidad y accesibilidad de los participantes.

Con relación a los criterios de inclusión podemos indicar:

- Profesionales de salud que laboran en el Puesto de Salud Zona 7.
- Embarazadas que reciben atención prenatal en la unidad de salud.
- Participantes que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio.

Los criterios de exclusión son:

- Personas trabajadoras de salud ajenos al Puesto de Salud Zona 7.
- Embarazadas que no reciben atención prenatal en la unidad de salud.
- Mujeres embarazadas que no aceptaron participar en la investigación.

Para la recolección de datos, se aplicaron dos técnicas principales:

- Encuestas dirigidas al personal de salud para recopilar información sobre su conocimiento y práctica del parto psicoprofiláctico.
- Entrevistas semiestructuradas a embarazadas para evaluar su nivel de información y experiencia con respecto a esta estrategia.

De acuerdo con Hernández y Baptista (2000), las encuestas permiten obtener información precisa y actualizada, facilitando el análisis de los conocimientos y actitudes del personal de salud.

El instrumento utilizado para la encuesta fue validado en una segunda fase mediante la revisión de cuatro expertos académicos en salud, quienes evaluaron la herramienta mediante una rúbrica en la plataforma *Google Forms*. La validación arrojó un puntaje de 4, lo que indica que el instrumento fue considerado completamente adecuado.

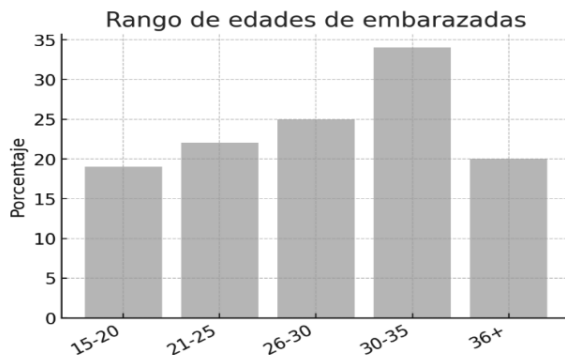
Posteriormente, se aplicaron las encuestas a todo el personal del puesto de salud, utilizando *Google Forms* para facilitar la recolección de datos y el análisis estadístico. En el caso de las entrevistas, se realizó una síntesis cualitativa de los testimonios de las embarazadas entrevistadas.

4. RESULTADOS

Los resultados obtenidos permiten analizar las características socio-demográficas de las embarazadas, así como el conocimiento y la práctica del parto psicoprofiláctico en la unidad de salud.

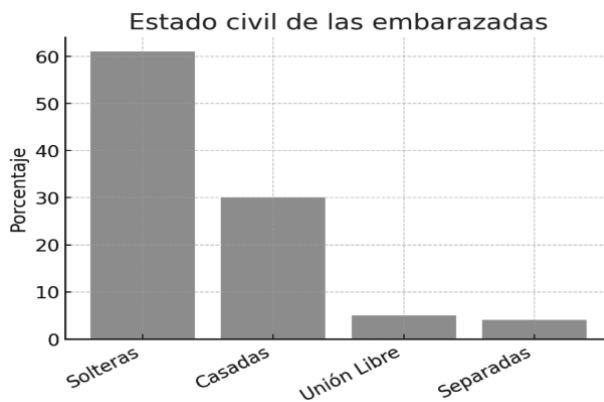
4.1. Características sociodemográficas

Gráfica 1. Rango de edades



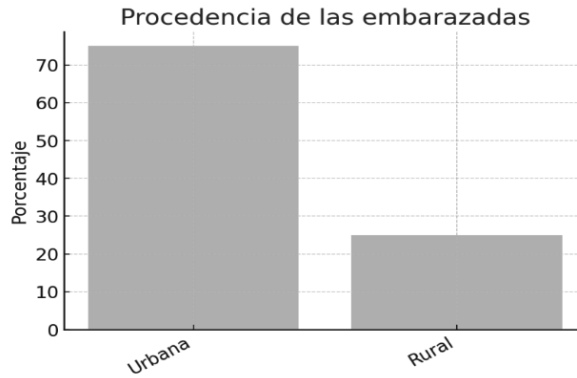
En la Gráfica 1, se observa que el mayor porcentaje de embarazadas corresponde al grupo de 30 a 35 años (34%), mientras que el menor porcentaje se encuentra en el grupo de 15 a 20 años (19%).

Gráfica 2. Estado civil



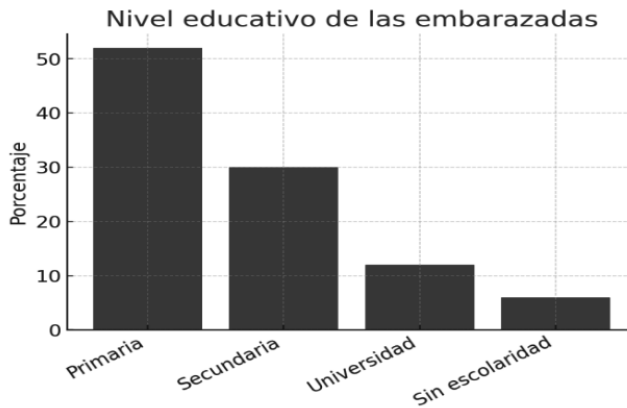
Se muestra que la mayoría de las participantes son solteras (61%), mientras que el 30% están casadas.

Gráfica 3. Procedencia



La mayoría de las embarazadas provienen del área urbana.

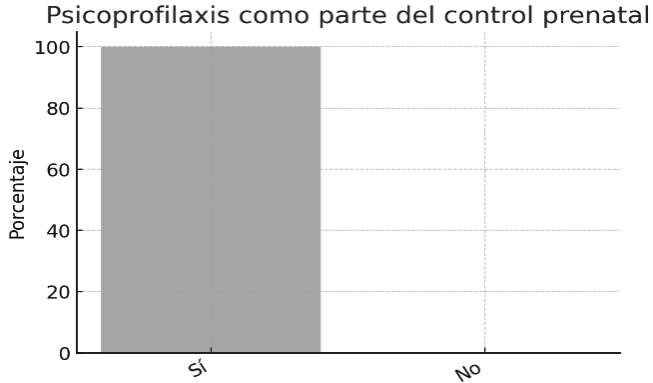
Gráfica 4. Nivel de escolaridad



En la Gráfica 4, se observa que el 52% de las embarazadas tienen nivel educativo primaria, mientras que el 30% alcanzaron secundaria.

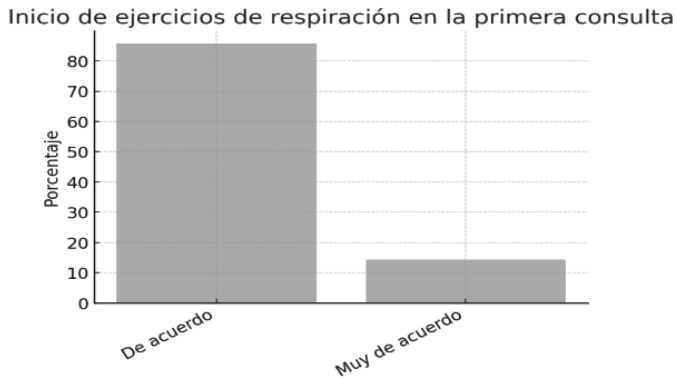
4.2. Conocimiento y práctica del parto psicoprofiláctico

Gráfica 5. Psicoprofilaxis del parto en la atención prenatal



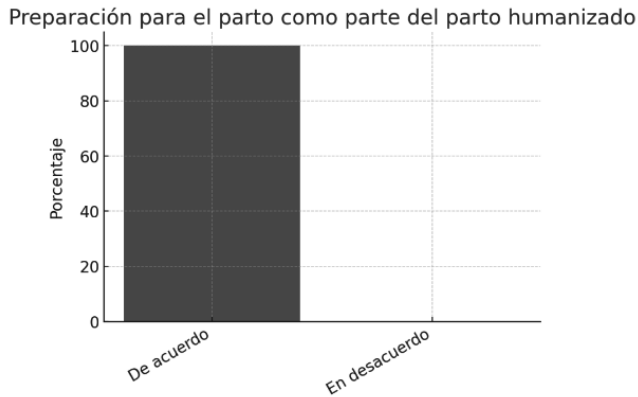
La Gráfica 5 refleja que el 100% de las personas encuestadas reconoce la psicoprofilaxis del parto como parte de la atención prenatal.

Gráfica 6. Inicio de ejercicios de respiración en la primera consulta



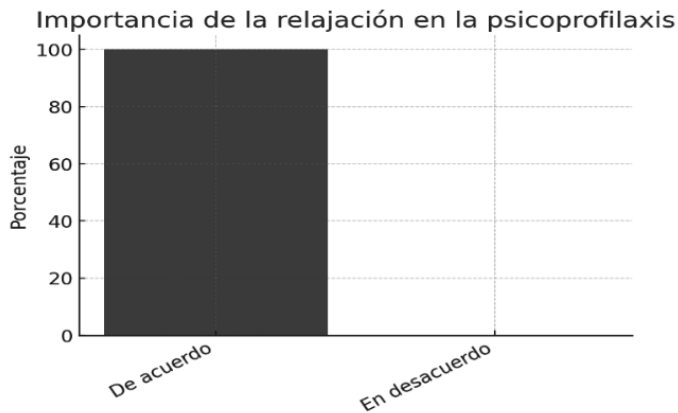
La Gráfica 6 indica que el 85.7% de las personas encuestadas considera que los ejercicios de respiración deben iniciarse en la primera atención prenatal, mientras que el 14.3% está totalmente de acuerdo con ello.

Gráfica 7. Preparación para el parto como parte del parto humanizado



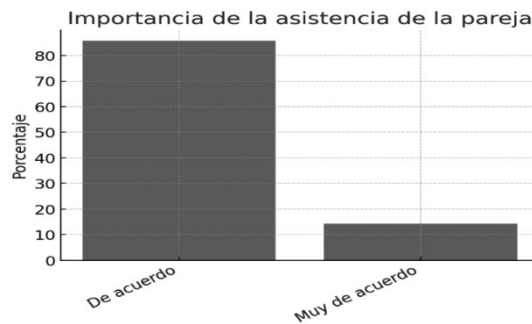
Asimismo, la Gráfica 7 evidencia que el 100% considera que la preparación para el parto es un derecho fundamental de la mujer, enmarcado en la normativa de parto humanizado.

Gráfica 8. Importancia de los ejercicios de respiración y relajación



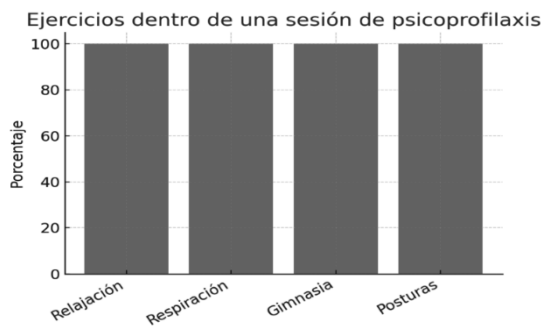
En la Gráfica 8, se observa unanimidad sobre la importancia de los ejercicios de respiración y relajación en la preparación pre y post parto.

Gráfica 9. Importancia de la pareja en la psicoprofilaxis



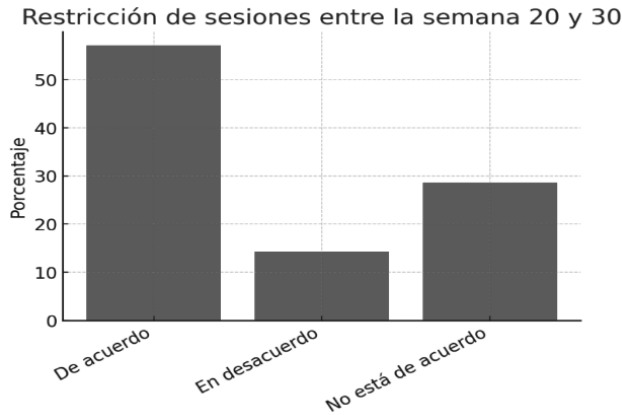
La Gráfica 9 muestra que el 85.7% considera fundamental la asistencia de la pareja de la embarazada en las sesiones de psicoprofilaxis, fortaleciendo el vínculo afectivo y el acompañamiento en el proceso de gestación.

Gráfica 10. Principales ejercicios en una sesión de psicoprofilaxis



La Gráfica 10 señala que el 100% identifica como principales ejercicios en una sesión de psicoprofilaxis la relajación, respiración, gimnasia y cambios posturales.

Gráfica 11. Restricción de sesiones entre la semana 20 y 30



La Gráfica 11 refleja que el 57.1% considera que las sesiones de psicoprofilaxis no deben realizarse entre la semana 20 y 30 de gestación, mientras que un 28.6% no está de acuerdo con prohibirlas.

4.3. Percepción de las embarazadas sobre la psicoprofilaxis

En la entrevista realizada a tres embarazadas (17, 22 y 35 años), se identificó un bajo nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis del parto. Ninguna de las entrevistadas había recibido información sobre esta estrategia, ni habían asistido a sesiones organizadas por el personal de salud. Además, manifestaron que sus consultas prenatales se enfocaban en el control médico, sin abordar la preparación para el parto.

El comparativo entre los resultados de las encuestas y las entrevistas evidencia una brecha significativa entre el conocimiento del personal de salud y la práctica real de la psicoprofilaxis en la unidad de salud. Aunque las personas trabajadoras de salud tienen conocimientos sobre el tema, no se está implementando de manera efectiva en la atención prenatal.

Los hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer la implementación de la psicoprofilaxis del parto, garantizando que las embarazadas reciban información y asistencia adecuada en sus consultas prenatales. Se recomienda mejorar la capacitación del personal y promover la participación activa de las gestantes en este proceso.

5. CONCLUSIONES

La psicoprofilaxis obstétrica continúa siendo un pilar fundamental en la preparación integral de la mujer embarazada para el parto, promoviendo un proceso menos traumático y reduciendo el riesgo de complicaciones. Esta estrategia facilita la transición a la maternidad mediante el fortalecimiento del conocimiento sobre el embarazo, el parto y el puerperio, al tiempo que fomenta la participación activa de la pareja. Sin embargo, su implementación efectiva sigue siendo un desafío en algunas unidades de salud, principalmente debido a la falta de información y la escasa participación de las embarazadas en los programas existentes.

En la Normativa del Parto Humanizado 042, se establecen lineamientos clave para la atención prenatal y la preparación holística de la gestante antes, durante y después del parto. No obstante, los hallazgos de esta investigación han puesto en evidencia una brecha significativa entre el conocimiento teórico del personal de salud y su aplicación práctica en la atención cotidiana. La pregunta fundamental que guió esta investigación, ¿se desconoce la práctica del parto psicoprofiláctico en la mujer y su pareja?, permitió profundizar en la realidad de la implementación de esta estrategia en la unidad de salud de la zona 7 (ES AFC 15) del barrio Padre Miguel Gonfía Lazari, a través de encuestas aplicadas al personal de salud y entrevistas semiestructuradas dirigidas a embarazadas.

Los resultados revelaron una disparidad preocupante entre la percepción del personal de salud y la experiencia de las embarazadas. Aunque las personas trabajadoras de la unidad de salud demostraron poseer conocimientos sobre la psicoprofilaxis obstétrica, las entrevistas indicaron que esta información no está llegando de manera efectiva a las gestantes, lo que sugiere fallas en la difusión y aplicación práctica de la normativa 042. Ninguna de las embarazadas entrevistadas había recibido educación sobre la psicoprofilaxis del parto ni había participado en sesiones diseñadas para su preparación. Esta desconexión representa una oportunidad de mejora en la prestación de servicios de salud materna, subrayando la necesidad de reforzar la capacitación del personal en la promoción y ejecución de esta estrategia.

A partir de estos hallazgos, se diseñó un “Plan de Intervención sobre la Psicoprofilaxis del Parto”, con el objetivo de establecer un seguimiento estructurado que incluya actividades programadas para el personal de salud, las gestantes y sus parejas. Este plan busca fortalecer la implementación de la psicoprofilaxis obstétrica, asegurando que las futuras madres reciban la información necesaria y participen activamente en su proceso de preparación para el parto. Además, pretende fomentar un enfoque integral

e interdisciplinario, en el que la educación prenatal y la participación de la pareja sean componentes esenciales para mejorar la experiencia del embarazo y reducir el riesgo de complicaciones materno-fetales.

Es imperativo que los centros de salud adopten estrategias innovadoras para aumentar la participación de las embarazadas en los programas de psicoprofilaxis, incluyendo campañas informativas, uso de herramientas digitales y mayor accesibilidad a las sesiones. El fortalecimiento de estas iniciativas contribuirá significativamente a una atención materna más humanizada, equitativa y efectiva, alineada con los principios de la Normativa del Parto Humanizado 042 y con los objetivos de salud pública en Nicaragua.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Báez, M., & Madrigal, J. (2017). Beneficios del curso de psicoprofilaxis obstétrica en adolescentes embarazadas. *Revista de Salud Materno-Infantil*, 35(2), 78-95.
- García, L. (2015). *Evolución histórica del parto: De la antigüedad a la medicina moderna*. Editorial Académica Española.
- Hernández, R., & Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Linn, A., Pérez, R., & Gutiérrez, M. (2022). Reducción de la mortalidad materna en América Latina: Impacto de las estrategias de salud pública. *Revista de Salud Pública*, 40(3), 210-230.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2010). *Normativa 042 de Parto Humanizado*. MINSA
- Morales, C. (2014). *El parto psicoprofiláctico y su impacto en la atención materna: Un enfoque integral*. Fondo Editorial Universitario.
- Pineda del Salto, J., Herrera, L., & Ramírez, G. (2024). *El parto psicoprofiláctico como estrategia de salud materna: Un análisis interdisciplinario*. Editorial Científica Latinoamericana.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE EMBARAZADA ADOLESCENTE CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: ESTUDIO DE CASO EN NICARAGUA

CARMEN DOLORES CASTRILLO REYES

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

MARÍA LUISA CASTILLA ESPINOZA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia está ligado directamente con complicaciones en la salud del niño y la propia adolescente, generando un incremento en los costos de atención en salud, dentro de los posibles riesgos psicosociales a los que se enfrenta este grupo poblacional se encuentran los embarazos en la adolescencia, violencia de género, fracaso escolar, por tanto, se genera la perpetuación de los ciclos de pobreza al no recibir oportunidades de empleo con mejores ingresos económicos. UNFPA (2020), reporta que «según estimaciones realizadas para América Latina, el costo de oportunidad promedio del embarazo en la adolescencia es el 0.35% de su PIB, el equivalente a 1,242 millones por país y por año» (p. 6).

El mismo reporte de UNFPA, menciona que «los gastos que los servicios públicos de salud realizan para cuidados de la gestación, parto y puerperio vinculados al embarazo en la adolescencia, varían entre 6.7 y 305 millones de dólares por país» (p. 14), es importante mencionar que estos gastos son evitables mediante acciones de prevención del embarazo en la adolescencia a través de la inclusión en las normativas de acciones educativas en salud efectivas que doten de herramientas de educación sexual integral y promoción de relaciones paterno filiales, amistades y de pareja saludables y respetuosas.

2. DESARROLLO

Nola Pender, es la enfermera creadora del modelo de promoción de la salud, afirma que las conductas están impulsadas por el deseo de alcanzar

el bienestar y el potencial humano, explicando como las personas toman sus decisiones relacionadas con su salud; se retoman los conocimientos, experiencias, creencias, factores, características que influyen en los comportamientos de salud que desean fomentar y su participación o no en sus comportamientos de salud (Aristizábal, et. al. 2020).

La Federación Internacional de la Diabetes reporta que, en 2021, unos 21,1 millones de nacidos vivos, es decir, el 16,7%, presentaron algún tipo de glucemia elevada (hiperglucemia) durante el embarazo; Espinoza (2019) considera que hay una creciente prevalencia y asociación con las complicaciones maternas, fetales y/o neonatales que afectan a múltiples áreas de la medicina y la comunidad.

2.1. Definición

La diabetes mellitus gestacional está caracterizada por un incremento en los niveles normales de glucemia en sangre que inicia en el embarazo y en mayoritariamente desaparece luego del parto, sin embargo, en algunas situaciones evoluciona a un estado permanente de diabetes como patología crónica, así lo expresa Alarcón (2020) indicando que se trata de un cambio en el metabolismo de los carbohidratos que puede tener consecuencias adversas para las madres y el producto a corto y largo plazo.

Autores como Cruz et al. (2020) mencionan varios factores de riesgo para la diabetes gestacional, entre ellos: antecedentes familiares, edad mayor o igual a 30 años, sobrepeso pregestacional, preeclampsia, macrosomía y muerte fetal; se agrega a esto, algunos factores poco comunes, entre ellos, talla baja, multiparidad, ganancia de peso exagerada, tabaquismo, bajo nivel socioeconómico y educacional.

2.2. Fisiopatología

Rodas et al. (2018) menciona que los factores ambientales y genéticos influyen en el mantenimiento de los niveles de insulina, el desequilibrio o una mayor sensibilidad a la resistencia de la insulina genera niveles muy altos de gluconeogénesis hepática, dando como resultado un aumento en la glucemia y por tanto diabetes mellitus gestacional; las mujeres con este diagnóstico tienen siete veces más riesgo de presentar diabetes mellitus tipo 2 a futuro.

2.3. Diagnóstico

En Nicaragua el diagnóstico de la diabetes gestacional según la normativa 077 sobre protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico del Ministerio de Salud (2022) se establece mediante la tabla n° 1:

Tabla 1. Interpretación de los resultados de glucemia, antes de las 24 semanas de gestación

Resultado	Interpretación
Glucosa en ayunas \geq 126 mg/dL:	Considerar diabetes pregestacional (definir tipo 1 o tipo 2)
Glucosa en ayunas \geq 92 mg/dL, pero $<$ 126 mg/dL	Considerar diabetes gestacional.
Glucosa casual \geq 200 mg/dL + confirmación en otro día (glucosa plasmática de ayunas o Hb glucosilada A1c):	Considerar diabetes pregestacional.
Glucosa de ayunas $<$ 92 mg/dL	Se debe considerar como normal. De presentar factores de riesgo para diabetes, se deberá realizar PTOG entre las 24 – 28 semanas de gestación.

Fuente: elaboración propia.

2.4. Tratamiento

El tratamiento y manejo de la afección según la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2022) recomienda lo siguiente: Control metabólico: el tratamiento inicia con un plan nutricional, ejercicio físico para reducir el peso y monitoreo de la glucemia para lograr niveles óptimos, en ayunas con resultado menor a 95 mg/dl, 1 hora luego de la ingesta de alimentos menor a 140 mg/dl y dos horas después menos de 120 mg/dL. Control nutricional y ejercicio: una modificación en los estilos de vida contribuye a un mejor control de los resultados de la glucemia.

- *Plan nutricional.* Detallado y minucioso en sus calorías y riqueza nutricional combinado con un esquema de ejercicios acordes a la condición de la paciente son oportunos en la mejora de la afección, iniciando con caminatas de 20 a 30 minutos diarios.
- *Autocontrol de glucemias capilares.* Se recomienda el control de las glucosas diariamente, antes y después de las comidas para hacer el seguimiento oportuno de los resultados, en este sentido, si hay un buen control con las mejoras del estilo de vida se hace un manejo convencional, pero en el caso contrario se procede al tratamiento farmacológico.
- *Control intraparto.* No se aconseja un tratamiento diferente al de las embarazadas no diabéticas, aunque en el caso de presentarse

polihidramnios, macrosomía fetal u otros como consecuencia de un proceso no controlado de las glucemias, el manejo queda a decisión del médico tratante; la planificación familiar también se recomienda similar a otras embarazadas.

2.5. Definición

La hipertensión arterial en el embarazo es una de las principales causas de morbimortalidad en el embarazo, junto a la hemorragia del parto, las embarazadas tienen una incidencia de esta patología entre el 5 al 10% y su prevalencia persiste debido al aumento de enfermedades cardiometabólicas presentes en las mujeres en edad fértil, López y Rodríguez (2023) indican que hay un 26% de muertes maternas en América Latina y el Caribe y un 16% en los países desarrollados.

La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) define como hipertensión cuando las cifras tensionales son mayor o igual a 140 mm Hg (sistólica) y/o mayor o igual a 90 mmHg (diastólica) en dos oportunidades separadas al menos por cuatro horas.

2.6. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo indicados por el MINSA (2022) los describe como alto riesgo, riesgo moderado y bajo riesgo. Entre los de alto riesgo se mencionan antecedentes de preeclampsia, hipertensión arterial crónica, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso, enfermedad renal crónica; en el riesgo moderado se mencionan la nuliparidad, edad mayor o igual a 35 años, índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m², antecedentes familiares de preeclampsia, factores personales como bajo peso al nacer o pequeños para la edad gestacional y algunas características sociodemográficas como la raza afroamericana o bajo nivel socioeconómico y en bajo riesgo se encuentran el parto anterior a término y sin complicaciones (pp. 4-5).

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó como método el proceso de atención de enfermería que ofrece un modelo científico para la resolución de problemas mediante teorías deductivas, de forma lógica, sistemática y racional; congruente con el estudio de caso aplicado a una adolescente embarazada, representando esta la unidad de análisis.

Adolescente de 17 años de edad con diagnóstico de primigesta, embarazo de 34 semanas, diabetes gestacional y preeclampsia de inicio tardío, captado en sala de alto riesgo obstétrico del hospital Camilo Ortega Saavedra, Juigalpa, Chontales, Nicaragua, su condición es estable a pesar de su complicación obstétrica, sus signos vitales son; presión arterial: 140/90 mmHg, pulso: 92 por minuto, respiración: 24 por minuto, saturación de oxígeno: 95%, temperatura corporal: 37°C, frecuencia cardiaca fetal; 146 por minuto; nivel educativo secundaria incompleta, sin familiar, bajo el cuidado del personal de enfermería.

Para la recolección de la información: se aplicó la guía de valoración de Ramona Mercer, teórica de enfermería que propone el modelo de adopción del rol maternal, permite profundizar información sobre diferentes necesidades de la paciente y sus principales requerimientos de atención. La segunda etapa llamada diagnóstico de enfermería, sustentada en el juicio clínico del profesional para el establecimiento de los diagnósticos enfermeros, la tercera consiste en la planificación del cuidado conforme los datos encontrados, esta etapa es la ejecución de los cuidados, la última etapa es la evaluación de los resultados obtenidos con las acciones implementadas.

4. RESULTADOS

Los resultados los hemos dividido en 4 etapas: valoración, diagnóstica, planificación y evaluación. En la primera etapa se sugieren los siguientes datos que alteran la salud de la paciente:

Índice de masa corporal (IMC) de 30, altura de fondo uterino (AFU) superior a los valores normales, glucemia de 122mg/dl. MINSA (2022), expresa como factores de riesgo para diabetes gestacional el sobrepeso, en el caso de la paciente, el dato se traduce en obesidad de primer grado, AFU aumentada se relaciona bien con un embarazo múltiple o macrosomía fetal, el resultado de la glucemia en ayunas se encuentra en parámetros para el diagnóstico de diabetes gestacional.

Proteína en orina (+), presión arterial de 140/90 mmHg, MINSA (2022) define la preeclampsia como la presión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg, y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, de nueva aparición después de las 20 semanas de gestación con o sin proteinuria y/o evidencia de compromiso de órganos diana. En el caso de la paciente tiene presente 2 de los criterios que indica la definición según la normativa (presencia de proteínas en orina y aumento de la presión arterial).

En esta etapa se hace uso de la taxonomía NANDA de diagnósticos de enfermería II, en donde Copa y Marcos (2012) dan un significado clínico al diagnóstico enfermero como un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales que el enfermero identifica, valida y trata de forma independiente. Un diagnóstico enfermero en la mayoría de los casos puede tener 2 a 3 elementos, el primero es el problema o etiqueta diagnóstica, el segundo es la etiología o los factores relacionados y el tercero se refiere a los signos y síntomas o reconocidas también como características definitorias. En este caso se han establecido los siguientes diagnósticos enfermeros:

Diagnostico N° 1. código (00209) Riesgo de alteración de la diada materno/fetal relacionado con transporte de oxígeno fetal comprometido (presión arterial 140/90 mmHg). Conocimiento sobre el control de la hipertensión, definida como grado de conocimiento transmitido sobre hipertensión arterial, su tratamiento y la prevención de complicaciones (Moorhead et al., 2019).

Diagnostico N° 2. código (00296) Riesgo de síndrome metabólico relacionado con índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y sexo (IMC mayor a 30 y glucemia de 122mg/dl), definida como conocimiento de la conducta sanitaria, referida al grado de conocimiento transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.

En la etapa de planificación se establecen los siguientes objetivos e intervenciones directas para tratar el problema, Roldan y Fernández (2013); González (2011) detallan que los planes de cuidado especifican los diagnósticos de enfermería, objetivos con sus resultados esperados y acciones o intervenciones y actividades de enfermería.

Moorhead et al. (2024) expresa que la clasificación de Resultados de Enfermería, conocidos como NOC por sus siglas en inglés (Nursing Outcomes Classification) son un proceso estructurado que permite la aplicación y posterior medición de los resultados durante la práctica clínica, tomando como referencia este concepto se establecen en el caso los siguientes resultados:

- Indicadores / objetivos del diagnóstico 1:
Código: 183701 rango normal de presión arterial sistólica
Código: 183702 rango normal de presión arterial diastólica
Código: 183731 beneficios del control de la enfermedad
- Escalas de valoración para la medición de los resultados según su aplicación:

- Ningún conocimiento equivalente a 1
- Conocimiento escaso equivalente a 2
- Conocimiento moderado equivalente a 3
- Conocimiento sustancial equivalente a 4
- Conocimiento extenso equivalente a 5

- NIC. Son las intervenciones de enfermería conocidas como NIC por sus siglas en inglés (Nursing Intervenciones Classification), Espinoza y Virhuez (2018) refieren que es «todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente» (p. 16).

La alteración de la diada materno fetal según se refiere al riesgo de alteración de la diada simbiótica materno fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo. Se plantean las siguientes intervenciones con sus respectivas actividades.

Intervención 1: Enseñanza del proceso de enfermedad, se define como la ayuda al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico. A continuación, se mencionan algunas actividades:

- Actividad 1. Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
- Actividad 2. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.
- Actividad 3. Explorar con la paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- Actividad 4. Identificar cambios en el estado físico del paciente.

Intervención 2: Monitorización de los signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

- Actividad 1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Actividad 2. Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Actividad 3. Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Intervención 3: Vigilancia al final del embarazo: recopilación, interpretación y síntesis objetivas y continuadas de los datos materno-fetales para el tratamiento, observación e ingreso.

- Actividad 1. Revisar el historial obstétrico, según disponibilidad.

Actividad 2. Observar la conducta de la mujer y de la persona de apoyo.

Actividad 3. Realizar la monitorización fetal electrónica.

Actividad 4. Observar la presencia y calidad de los movimientos fetales.

Actividad 5. Examinar el cuello uterino para ver la dilatación, borramiento, ablandamiento, posición y encajamiento.

- Indicador / objetivo en el diagnóstico 2.

Código 180501 Prácticas nutricionales saludables.

Código 180509 Uso seguro de la medicación prescrita.

Escalas de valoración para la medición de los resultados según su aplicación:

Ningún conocimiento equivalente a 1

Conocimiento escaso equivalente a 2

Conocimiento moderado equivalente a 3

Conocimiento sustancial equivalente a 4

Conocimiento extenso equivalente a 5

- **NIC. Intervención 1:** Riesgo de nivel de glucemia inestable, es un riesgo de variación de los niveles normales de glucosa / azúcar en sangre que puede comprometer los riesgos de la salud.

Actividad 1. Enseñanza de la dieta prescrita.

Actividad 2. Manejo de la hiperglucemia.

Actividad 3. Manejo del peso.

Actividad 4. Cuidados del embarazo de alto riesgo.

Intervención 2: Desequilibrio nutricional, ingesta superior a las necesidades, se refiere al aporte de nutrientes que exceden a las necesidades metabólicas.

Actividad 2.1: Asesoramiento nutricional.

Actividad 2.2: Modificación de la conducta.

Actividad 2.3: Facilitar la autorresponsabilidad.

En la etapa de planificación y retomando el detalle de la etapa de intervención desarrollado por Suárez, et al. (2024) en el cual utilizó el modelo de Ramona Mercer para la adopción del rol maternal y en la ejecución Nola J. Pender, teorista de enfermería que propone el modelo de promoción de la salud, toma como referencia la modificación de la conducta del ser humano, sus actitudes y motivos ante la promoción de la salud, se sustenta en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y valoración de las expectativas humanas de Feather.

En este modelo, se expone como las características propias de la edad en la paciente y sus experiencias vividas la conllevan al desarrollo de riesgos psicosociales como el embarazo adolescente, los comportamientos inapropiados en su vida sexual y cuidados de la salud le han conllevado a complicaciones obstétricas como la obesidad, diabetes gestacional y preeclampsia que repercuten además sobre la salud fetal.

En el caso en particular la paciente permanece sola en la unidad de salud, en ningún momento ha recibido visita de familiares. Este detalle llama la atención puesto que no tiene un círculo cercano de ayuda para el soporte del autocuidado y de su hijo, generando esto mayores riesgos. También, podría ser una causa para su condición actual y es el punto de partida para la ejecución del rol de enfermería desde la perspectiva de educación para la salud, promoviendo acciones como alimentación balanceada, ejercicio físico según su condición, enseñanza de señales de peligro ante complicaciones, así como la necesidad de acudir a la unidad de salud para la atención del parto, monitoreo de sus signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca fetal y niveles de glucosa en sangre (de Jesús, 2018).

La etapa de evaluación consiste en medir si la aplicación de las intervenciones de enfermería ha mejorado o no la condición de salud de la paciente. Se utiliza la escala de puntuación diana, tomando escalas de valoración de Likert para reconocer el mantenimiento o mejora de la condición del paciente (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Plan de cuidados N°1: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal relacionado con transporte de oxígeno fetal comprometido (presión arterial 140/90 mmHg)

Resultados esperados NOC						Intervenciones NIC	Evaluación					
Pre-intervenciones Mantener a: 2.						Enseñanza del proceso de enfermedad	post intervención. Elevar a:4.5					
Indicador	1	2	3	4	5	Actividades	Indicador	1	2	3	4	5
1 8 3 7 0 1 r a n g o normal de presión arterial sistólica		x				Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. Identificar cambios en el estado físico del paciente.	1 8 3 7 0 1 rango normal de presión arterial sistólica				x	
1 8 3 7 0 2 r a n g o normal de presión arterial diastólica		x					1 8 3 7 0 2 rango normal de presión arterial diastólica				x	
1 8 3 7 3 1 beneficios del control de la enfermedad		x					183731 beneficios del control de la enfermedad					x
Puntuación Diana previa: 1							Puntuación Diana posterior: 4.5					
Valor de los indicadores: Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso							Valor de los indicadores: Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso					

Nota: Evaluación de los resultados del plan de cuidados N° 1.

Tabla 3. Plan de cuidados N° 2: Riesgo de síndrome metabólico relacionado con índice de masa corporal por encima del rango normal para la edad y sexo (IMC mayor a 30 y glucemia de 122mg/dl)

Resultados esperados NOC						Intervenciones NIC	Evaluación					
Pre intervenciones Mantener a: 1.5.						Riesgo de nivel de glucemia inestable	post intervención Elevar a: 3.5					
Indicador	1	2	3	4	5	Actividades	Indicador	1	2	3	4	5
1 8 0 5 0 1 prácticas nutricio- nales sa- ludables		x				Enseñanza de la die- ta prescrita. Manejo de la hiper- glucemia. Manejo del peso.	1 8 0 5 0 1 prácticas nutriciona- les saluda- bles				x	
C ó d i g o 1 8 0 5 0 9 Uso segu- ro de la medica- ción pres- crita.	x						C ó d i g o 1 8 0 5 0 9 Uso seguro de la me- dicación prescrita.			x		
Puntuación Diana previa: 1.5							Puntuación Diana posterior: 3.5					
Valor de los indicadores: Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso							Valor de los indicadores: Ningún conocimiento Conocimiento escaso Conocimiento moderado Conocimiento sustancial Conocimiento extenso					

Nota: Evaluación de los resultados del plan de cuidados N° 2.

5. CONCLUSIONES

Se aplicó la guía de valoración de Ramona Mercer, obteniendo como resultado datos alterados que nos indicaron la necesidad de intervenir sobre los cuidados para el bienestar de la salud de la paciente, tomando en cuenta el bienestar materno fetal, tales como la alteración de los niveles de glucemia, obesidad, datos de hipertensión arterial correspondientes con una preeclampsia de inicio tardío; al no brindar los cuidados oportunos existe el riesgo de macrosomía fetal, malformaciones congénitas y peor aún muerte fetal.

Muy relevante fue observar que la paciente no tiene apoyo familiar ni de la pareja, entendiendo que esto puede haber sido un factor de riesgo para que la joven inicie actividad sexual sin medir las consecuencias como el embarazo precoz y otros riesgos que hasta este momento no se han logrado

identificar, aunados a los que se aproximan como el cuidado del recién nacido en el hogar y las responsabilidades que esto conlleva.

Se concluye que la paciente es de alto riesgo por su edad, condiciones socioeconómicas, carencia de soporte familiar y de pareja, amerita de una vigilancia estricta en la unidad de salud o en casa materna para darle el acompañamiento del personal sanitario especializado.

Se reafirma que es totalmente necesario el acompañamiento familiar y de los diferentes entornos para la promoción de la salud de la mujer y prevención de los factores de riesgo, como el embarazo a temprana edad, en esta etapa no hay una preparación ni física ni psicológica para adquirir responsabilidades como el cuidado del binomio madre – hijo, el riesgo de nuevos embarazos, la deserción escolar, explotación laboral, suicidio, violencia y otros.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, M. (2020). Pacientes con diabetes gestacional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2), e1080.
- Alligood, M. R. (2023). *Modelos y teorías en enfermería* (10.ª ed.). Elsevier España.
- Aristizábal Hoyos, G. P. & Blanco Borjas, D. M. (2020). *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión*. Redalyc.
- Andrea, F. R. (2019). Lo nuevo en diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus gestacional. *Revista Médica Sinergia*, 4(4), 324-335.
- Copa, A. & Marcos, S. (2012). Taxonomías NANDA, NIC y NOC. Recuperado de De Jesús, O. A., Solano, G. S., González, T. B. R., González, M. J. R., Cervantes, S. L., & Ledezma, J. C. R. (2018). Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(11), 875-886.
- Cruz Hernández, J., Pérez Fundora, A., Yanes Quesada, M., & Hernández García, P. (2020). Factores de riesgo de diabetes gestacional en mujeres embarazadas de una maternidad de La Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2), e1080.
- Espinoza Ysidro, C. M., & Virhuez Canales, A. E. (2018). *Conocimiento sobre la taxonomía NANDA NIC NOC y su aplicación en la Unidad de Recuperación Post Anestésica en el Hospital General de Huacho (Trabajo de especialización)*. Universidad Peruana Cayetano.
- FNUAP. (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Embarazo en adolescentes*.

- González Sánchez, J. (2011). Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(222), 15-22.
- Jara-Sanabria F., Lizano-Pérez, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enferm. univ.* 13(4): 208-15.
- López, A., & Rodríguez, M. (2023). Hipertensión en el embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 202, 1-12.
- Ministerio de Salud. (2022). *Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas: Normativa 109* (2.ª ed.). Managua, Nicaragua: MINSA.
- Moorhead, S., Swanson, E. & Johnson, M. (2024). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (7.ª ed.). Elsevier Health.
- Rodas Torres, W. P. (2018). Diabetes gestacional: fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y nuevas perspectivas. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(3), 218-226.
- Roldán, A. (2013). Proceso de atención de enfermería. *Rev. Salud Pública* Párrafo 3(1), 41-48.
- Reyes Baque, J. M., Choez Chancay, A. A., & Lino Avila , A. M. (2023). diabetes mellitus gestacional. *Revista Médica Sinergia*, 4(4), 324-335.
- Suárez, Z. A., Obando Téllez, P. J., Solano Galeano, L. M., & Valdez Oporta, M. Y. (2024). Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente pediátrico con neumonía grave: Caso clínico. *Revista Electrónica De Conocimientos, Saberes Y Prácticas*, 6(2), 138-152.
- UNFPA (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina*. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional.

PROPUESTA DE UNA ESCALA PARA MEDIR LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN PERSONAS JÓVENES UNIVERSITARIAS DE LA UNAN-MANAGUA

TONYS ROMERO DÍAZ

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

MIRTHA DEL CARMEN SEVILLA ESPINO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

JOSÉ ELIGIO GUZMÁN CONTRERAS

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, dado que los riesgos psicosociales afectan significativamente el desarrollo integral y el rendimiento académico de las personas jóvenes estudiantes universitarias, su salud emocional y mental se ha convertido en un tema de creciente preocupación. La vida universitaria, caracterizada por el estrés académico, la adaptación a nuevas dinámicas sociales y la búsqueda de una identidad, puede ser un momento vulnerable para muchas personas estudiantes.

Factores como el estrés, la ansiedad, el abuso de sustancias y las relaciones familiares difíciles son sólo algunos de los problemas que pueden surgir en esta situación, afectando no sólo la salud mental de una persona joven, sino también su capacidad para alcanzar sus objetivos educativos y profesionales.

El propósito de este artículo es analizar los riesgos psicosociales que enfrenta el estudiantado universitarios, analizar su prevalencia y las variables que influyen para la construcción de una escala que contenga buenos índices de fiabilidad.

Utilizando métodos cuantitativos y técnicas multivariantes estadísticas, nuestro objetivo se ha centrado en construir la escala siguiendo los pasos del análisis factorial exploratorio para contar con un instrumento que permita valorar los riesgos psicosociales en estudiantes universitarios de Nicaragua. En el mismo orden se ha profundizado en la descripción

de cada una de las dimensiones o factores con las que ha resultado el cuestionario.

Es de esperar que la comprensión de la complejidad de los riesgos psicosociales en el entorno universitario es difícil; sin embargo, este mecanismo de seguimiento ayude a detectar tempranamente estos factores de riesgos mediante el monitoreo con formularios o entrevistas al estudiantado. El abordaje integral de la problemática es esencial para garantizar que la juventud pueda enfrentar con éxito los desafíos de la vida universitaria y desarrollar estudiantes integrales en todos los aspectos de la vida.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Se conoce como riesgo la proximidad a una situación que pueda provocar algún daño, Echemendía 2011 (citado por Hurtado et al., 2018) plantea que “el riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado” (p.9). Partiendo de la evaluación de estos dos componentes, que evalúan la frecuencia y la gravedad de las consecuencias del evento, nos adentraremos en conocer los riesgos psicosociales.

▪ **Entorno familiar y comportamientos recreativos de riesgo**

En este ambiente existe la presencia de problemas, la falta de apoyo entusiasta y una comunicación distorsionada o ineficaz, pueden incrementar el nivel de estrés y ansiedad, afectando la capacidad de la persona para desempeñarse de manera eficiente en el trabajo o en el escenario educativo.

Los cambios socioculturales han transformado el trabajo y la familia, y han contribuido a la reestructuración de los roles asumidos por hombres y mujeres. En estos cambios, el conflicto trabajo-familia se presenta como un riesgo psicosocial que incide dentro de la salud laboral. Se discute el estado actual de la concepción de ese conflicto y se abre también el camino para la investigación sobre la conciliación trabajo-familia, en aras de buscar estrategias que permitan, desde los distintos estamentos gubernamentales y empresariales, mejorar las condiciones laborales, el aumento de la productividad del trabajador y un desempeño satisfactorio en el rol familiar. (Álvarez y Guerra, 2013).

▪ **Estilo de vida saludable y planificación personal segura**

Un concepto primitivo el estilo de vida saludable, puede estar relacionada, con una buena alimentación, el dejar de consumir algunas sustancias nocivas, realizar ejercicios periódicamente, realizar actividades de espar-

cimiento, dormir las horas indicadas, contar con los recursos económicos suficientes, suplir todas las necesidades básicas de la familia entre otras.

El estilo de vida también ha sido categorizado y estudiado como un factor de riesgo o de protección en relación con la salud, interactuando fuertemente con el contexto y el entorno de la persona o de un grupo. La dieta, por ejemplo, depende hasta cierto punto de la elección, pero también de lo que está disponible y es accesible; el estrés crónico depende de las características individuales, pero también de las exigencias de la tarea y de los recursos disponibles. (Gillett, 2019).

- **Estrés académico y conflictos interpersonales violentos**

El estrés académico, toda persona que ha pasado por una educación formal, lo puedo haber padecido, sobre todo cuando se venían las pruebas, las exposiciones, los exámenes de cierre de semestre o de año, ante tales situaciones puede alterar nuestro estado de ánimo y conducirnos a conflictos interpersonales que conlleve cierto grado de violencia, por ejemplo ante un fracaso académico, la reacción natural puede ser contra el docente de la asignatura, y puede ser trasladado al ámbito del hogar, considerando que muchos padres de familia apuestan por éxito de sus hijos en el ambiente académico y pueden venir los reproches y sanciones dentro del hogar.

Parafraseando a la OMS, el estrés académico es un malestar general que viven los estudiantes ante sus estudios. Ese malestar se manifiesta con ansiedad, frustración, ira, apatía, aislamiento, conflictos, pensamientos de incapacidad, dificultad en resolución de situaciones, infravalorarse, y conductas diversas.

- **Consumo de sustancias y autoimagen**

Muchos estudiosos consideran que el consumo de sustancias tiene mucha relación con la autoimagen que cada persona tiene de sí mismo, algunos lo relacionan con la autoestima de cada persona, podríamos aseverar que en parte tienen razón, pero hay factores que también influyen en esta dimensión, por ejemplo, el tipo de amistades con las que las personas se relacionan, el ambiente en el que se desarrolla tiene mucha influencia también.

La autoimagen, también muy conocida por su término en inglés como *self-image*, es la imagen o representación mental que se obtiene de uno/a mismo/a. La autoimagen habitualmente es resistente al cambio (es muy difícil de modificar) y representa y se forma no sólo por los detalles más objetivos y que están a la vista de la mayoría (peso, altura, color de ojos, color del pelo, nivel intelectual, etc.), sino también por aquellos ele-

mentos propios, internos, subjetivos de uno mismo/a que hemos aprendido a través de la experiencia (Castro, 2024).

▪ **Influencias sociales y comportamientos de riesgo**

Las influencias sociales son actividades o acciones que influyen en el comportamiento de las personas y en dependencia de su naturaleza puede ser de manera positiva o negativa, hasta llegar a perder la propia identidad, tanto cultural como social, generalmente en la actualidad puede ser provocada por los mal llamados “*Influencer*” de las redes sociales, que tienen diversas cuentas y perfiles que mucha personas jóvenes siguen según su preferencia de los contenidos que estas personas desarrollan.

Desde la psicología social sabemos que hay necesidad de pertenecer a un grupo y construir una identidad de autoestima positiva y, para ello, debemos seguir ciertas normas. Esto en la adolescencia toma vital trascendencia y fuerza, lo que permite pensar en que los que pasan por esta etapa están mucho más propensos a ser influenciados (González, 2017).

▪ **Desesperanza y vulnerabilidad emocional**

Todas las personas en algún momento hemos atravesado esas tormentas de desesperanza, este tipo de emociones cuando no son conducidas de forma adecuada, sobre todo ante escenarios de estrés, inseguridad, puede conducir a las personas a las zonas de vulnerabilidad emocional.

La vulnerabilidad emocional se refiere a la sensación de fragilidad emocional, las personas que experimentan vulnerabilidad emocional pueden sentirse abrumadas por sus sentimientos, tener dificultades para regular sus emociones y encontrar difícil recuperarse emocionalmente de situaciones estresantes o traumáticas. La vulnerabilidad emocional puede manifestarse de diversas formas, como ansiedad, depresión, inseguridad, irritabilidad o incluso conductas autodestructivas (Arrimada, 2023).

3. METODOLOGÍA

Se optó por una metodología cuantitativa por las mismas características que se pretenden obtener, el primer acercamiento a este tipo de cuestionarios sólo es más efectivo si se cuenta con técnicas estadísticas fiables, tales como el Análisis Factorial Exploratorio. La hipótesis de partida en el estudio es que todas las preguntas propuestas pueden agruparse en seis dimensiones que superan el 50 % de la varianza total del cuestionario. Por naturaleza del estudio, contiene elementos descriptivos-correlacionales, ya que se establecen las relaciones existentes entre las dimensiones encontradas.

La muestra está compuesta por 747 estudiantes de los tres departamentos académicos del CUR Chontales, y además se incluyen estudiantes de programa Universidad en el Campo. El tipo de muestreo no probabilístico seleccionado ha sido el voluntario, por el tipo de temas, ya que hay muchas personas que no les gusta brindar este tipo de información personal; primero se les ha dado unas charlas sobre los riesgos psicosociales en temas como la sexualidad y los embarazos, después de las charlas se les ha pedido que completen el cuestionario de Riesgos Psicosociales descrito, en algunas ocasiones fue llenado a mano en hojas impresas y en una buena parte usando los formularios de Google.

El instrumento utilizado ha sido un cuestionario compuesto por 15 preguntas de características generales, y en el mismo, una escala de 36 preguntas con cuatro grandes macro variables: problemas familiares, autoestima y bienestar, abuso de sustancias y riesgos personales psicosociales. Para las repuestas del formulario se ha utilizado una escala de tipo ordinal con cuatro alternativas de respuestas, la cual ha quedado así: 1= Nunca, 2= Pocas veces, 3= muchas veces, 4= Siempre. Se optó por una escala balanceada no sesgada y par para no tener respuestas intermedias que no comprometen a las personas con la característica que nos interesa.

Los datos fueron procesados usando el software estadístico SPSS versión 27.0 para Windows, y para la obtención de los estadísticos de fiabilidad por la escala de respuestas se usó el Programa Factor 1205 (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017), software que permite realizar cálculos de fiabilidad con respuestas en escala ordinal.

3.1. Técnica de análisis

El método de análisis multidimensional utilizado es el análisis factorial exploratorio (AFE), este es el método más recomendado y utilizado por las personas investigadoras para reducir el tamaño y encontrar la estructura adecuada del cuestionario. EFA nos permite explorar el número de dimensiones necesarias y cómo distribuir las 36 preguntas de la escala (Romero-Díaz y Martínez-Gimeno, 2017).

El análisis factorial exploratorio es un método de análisis multifactorial que se utiliza para determinar los principales parámetros del cuestionario. Este es un enfoque estructural o interdependiente, lo que significa que todas las variables tienen el mismo peso y son independientes (Morales, 2011; García, Gill y Rodríguez, 2000; Garza, 2013). El propósito de este método es resumir información para que sea más fácil de describir; esto significa que, a partir de las muchas variables dadas, se debe encontrar una

estructura más simple para ayudar a construir nuevos conceptos y teorías. El análisis exploratorio se caracteriza por el hecho de que el número de factores no se conoce de antemano y este número se determina sólo en una aplicación experimental.

En particular, pretende responder a la pregunta: ¿Por qué algunas variables están más relacionadas con unas y menos con otras? Una respuesta hipotética sería que, en algunas dimensiones, algunas variables explican más varianza total que otras.

Al desarrollar el método, Lloret et al. (2014) sugirieron utilizar una matriz de correlación de Pearson si la escala tiene al menos cinco alternativas y también recomendaron su uso de matriz polinomial cuando las variables tienen una escala inferior a 5. Aunque actualmente lo más adecuado es observar la distribución de cada ítem en el paso anterior y comparar ambos procedimientos, ya que se ha comprobado que este procedimiento también mostró el mismo número de factores (Friberg, Beatriz, De la Iglesia, y Fernández, 2013). En nuestro caso decidimos utilizar una matriz de correlación policórica porque la escala del 1 al 4 es ordinal y nuestra ventaja es que tenemos una muestra de más de 400 personas.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Descripción demográfica

Variables	Categorías	N	Porcentaje		Media	Desviación
Sexo	Femenino	547	73.2	Edad	21.57	4.70
	Masculino	200	26.8	Peso	135.6	29.37
Área donde vive	Urbana	467	62.5	Calificación	4.22	0.46
	Rural	280	37.5			
Turno de estudio	Diurno	509	68.1	Pertenece a algún grupo social/deportivo	Si	No
	Sabatino	189	25.3		180	567
	Dominical	49	6.5		24.1 %	75.9 %
Vive con sus padres	Si	550	73.6			
	No	197	26.4			

En la tabla nº 1 se aprecia que, de los participantes del estudio, el 73% son del sexo femenino y un 27% del sexo masculino, manteniendo la proporción de más de dos a uno en la universidad, donde más del 60% son mujeres (Romero y Matamoros, 2020). El 62.5% son de las ciudades y el 37.5% viven en comunidades rurales. Los turnos que más participaron

en el estudio en su mayoría son de los turnos matutino, vespertino con casi el 70%, que es donde se concentra la mayor cantidad de la matrícula del CUR Chontales. Tal como se esperaba, un buen porcentaje de estos estudiantes, 3 de cada 4 vive con sus padres, lo que da ciertas condiciones al cuestionario.

La edad promedio del estudiantado es de 21.5 años y una desviación promedio de 4 años, lo que significa que el rango promedio está entre las edades de 17 a 26 años. El peso promedio es de 136 libras, que presenta una variabilidad baja; las notas o calificaciones promedio son de 4.22 puntos (escala de 2 a 5), lo que equivale a un 8.4 en una escala del cero al diez.

La primera extracción factorial da una solución de siete factores los cuales explican el 55.55% de la varianza total del instrumento, aunque es muy buena la proporción la que se explica, se decidió realizar una rotación de factores oblicuos, puesto que todos los factores de riesgo se consideran muy correlacionados entre sí.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

Determinant of the matrix	0.000104479063775
Bartlett's statistic = 6720.6	6720.6 (df = 630; P = 0.000010)
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0.86169 (good)
McDonald's Omega	0.889422
Standardized Cronbach's alpha	0.883526

Los estadísticos de la extracción factorial superan los mínimos necesarios para llevarlos a cabo, sobre todo el determinante de la matriz que es casi cero. Y los coeficientes de fiabilidad son muy buenos, a pesar de que es la primera vez que se somete un cuestionario como este, el alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald's resultaron estadísticamente iguales a 0.88, esto confirma que el cuestionario tiene muy buena confiabilidad para replicarse en este tipo poblaciones (tabla n° 2).

Tabla 3. Segunda Extracción Factorial (USL)

Factor	Eigenvalue	Proportion	Cumulative Proportion
V1	7.87948	0.26265	0.26265
V2	3.28892	0.10963	0.37228
V3	2.11135	0.07038	0.44266
V4	1.62341	0.05411	0.49677
V5	1.48656	0.04955	0.54632
V6	1.18253	0.03942	0.58574
V7	1.09491	0.0365	
V8	1.0184	0.03395	
V9	0.94934	0.03164	
V10	0.91838	0.03061	
...	
V36	0.01899	0.00063	

Se utilizó la rotación Promin y la matriz de correlación policórica (Lorenzo-Seva, 2003). Seis variables no cargaron de 0.30 a más y por tanto se decidió eliminarlas, éstas preguntas fueron la V1, V7, V8, V28, V31 y V32. Dados estos resultados del primer análisis se tomó la decisión de volver a efectuar el AFE con 6 factores y analizar las dimensiones obtenidas, así como la interpretación. Después de la primera extracción se realizó una segunda (tabla n° 3) se excluyeron las seis variables que no cargaron superior a 0.3 en valor absoluto en las comunalidades.

Con la segunda extracción factorial se puede observar que la varianza explicada con los seis factores aumentó a 58.57%, lo que indica que las preguntas eliminadas le han dado más estructura y fiabilidad al cuestionario.

Tabla 4. Índice de consistencia interna

Factor	Varianza	Fiabilidad
F1	1.407	0.717
F2	1.505	0.705
F3	2.026	0.929
F4	2.3	0.934
F5	3.793	0.937
F6	3.676	0.947

En la tabla n° 4 se puede apreciar que los factores uno y dos son los de menor fiabilidad, tienen valores cerca al 0.70 que se considera un buen valor (Romero, 2014), aunque resultaron con mejores valores las dimensiones tres, cuatro, cinco y seis. Los índices de fiabilidad en general del cuestionario resultaron muy adecuados, el alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald's obtuvieron valores semejantes a 0.88, similares a la primera extracción, pero esta vez explicando una mayor varianza con menos factores.

Tabla 5. Matriz de correlaciones entre factores

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1	1					
F2	0.14	1				
F3	0.401	0.151	1			
F4	0.208	-0.009	0.044	1		
F5	0.267	0.288	0.423	-0.271	1	
F6	0.573	0.182	0.577	0.077	0.647	1

En la tabla n° 5 se puede apreciar que el factor que más correlaciona positivamente con los otros es el factor seis (con el F1, F3 y F5) y el Factor tres (con el F1, F5 y F6); el factor dos y cuatro no correlacionan con ningún otro factor. Estos resultados indican que podemos analizar la influencia de alguno de estos factores en su comportamiento en otro estudio (Romero, 2020).

Finalmente, al rotar la matriz factorial, las treinta variables sometidas al Análisis Factorial Exploratorio han saturado en seis factores, lo que permite afirmar que estamos ante la versión final del cuestionario que mide los factores de riesgos en personas estudiantes jóvenes universitarias de la Nicaragua.

Con el equipo de trabajo se llegó a un acuerdo de nombrar estas dimensiones atendiendo las características de las preguntas que la componen, todas tienen una conjunción y dos rasgos, considerando distintos estudios (Castilla, 2017; Morón et al., 2017; Castilla et al., 2020; Perea et al., 2021).

Se explicará a continuación las descripciones de la composición de las dimensiones y sus respectivas preguntas: El Factor 1 está compuesto por las preguntas V6, V22, V24 y V25, se nombró Entorno Familiar y Comportamientos Recreativos de Riesgo, en el se abordan dinámicas familiares conflictivos y el uso excesivo de medios como videojuegos y televisión,

ambos factores que pueden influir negativamente en la salud psicosocial. El Factor 2 lo componen las preguntas V3, V12, V29, V35 y V36, lo llamaremos Estilo de Vida Saludable y Planificación Personal Segura, este factor mezcla hábitos saludables (deportes) y comportamientos responsables (trazarse metas, uso de casco) con un enfoque en la estabilidad emocional y relacional.

El Factor 3 integrado por las preguntas V2, V26, V27 y V30, nombrado Estrés Académico y Conflictos Interpersonales Violentos, se enfoca en los desafíos académicos y los conflictos que llevan a respuestas agresivas en el entorno escolar y laboral. El Factor 4, está conformado por las preguntas V17, V19, V20 y V34, se nombró Consumo de Sustancias y Autoimagen, aborda tanto la exposición a drogas y tabaco como cuestiones de insatisfacción corporal.

De igual forma, el Factor 5 lo componen las preguntas V14, V15, V16, V18 y V23, se designó como Influencias Sociales y Comportamientos de Riesgo, este factor engloba el tiempo en internet y la influencia de amistades con hábitos poco saludables, así como la tendencia a faltar a clases y participar en fiestas. Finalmente, el Factor 6, está compuesto por las preguntas V5, V9, V10, V11, V13 y V21, llamado Desesperanza y Vulnerabilidad Emocional, se enfoca en emociones negativas profundas, desde el consumo de contenido prohibido hasta sentimientos de desaliento.

5. CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de los estudiantes viven con sus padres, pero la minoría no pertenece a algún grupo social o equipo de algún deporte. Estas dos características tienen relación con los resultados obtenidos del análisis factorial. El cuestionario inicial de 36 preguntas se redujo a 30, las cuales al someterse al análisis factorial resultaron en seis dimensiones que explican el 58 % de la varianza total del cuestionario. Los índices de fiabilidad obtenidos para cada dimensión han oscilado entre 0.70 y 0.94, lo que indica que el instrumento es muy bueno para medir los riesgos psicosociales, pero que dos de las dimensiones aún necesitan mejorarse en su estructura. El coeficiente de consistencia interna de toda la escala resultó en 0.88, lo que garantiza muy buenos resultados al aplicarse a otros contextos similares. La escala propuesta es multidimensional y tiene una estructura consistente para ser usado por todos los implicados en la educación superior nicaragüense con el objetivo de valorar los riesgos psicosociales a los que están expuesta la juventud universitaria.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, A. & Guerra, J. (2013). El Conflicto Trabajo-Familia: Riesgo Psicosocial para la Salud Laboral de los Trabajadores. *Revista Académica e Institucional*, Universidad Católica de Pereira, 47-63.
- Arcila, D. C., Reyes, L., Carmona, F. A., Méndez, S. M., Morales, J. M., Morrón, C., & Pérez, C. P. (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios entre los 16 y 24 años. *Ciencia, Tecnología e Innovación en salud*, 4.
- Arrimada, M. (2023). *Vulnerabilidad Emocional: Gestión y Causa*. Obtenido de: <https://www.mentesabiertaspsicologia.com/blog-psicologia/vulnerabilidad-emocional-gestion-y-causas>
- Azúa, E., Rojas, P., & Ruiz, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(3), 432.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments (El modelo biopsicosocial de salud y enfermedad: Nuevos desarrollos filosóficos y científicos)*. Luxemburgo: Springer International Publishing.
- Castilla, K. P., Díaz, T. R., & Centeno, M. A. R. (2020). Comportamiento del consumo de drogas en el estudiantado universitario nicaragüense. In *Educación para la salud y desarrollo comunitario: investigaciones para la mejora social en Nicaragua* (pp. 130-145). Octaedro.
- Castillo, A.; Morón, J.A. y Pedrero, E. (2009): *Estudio sobre prevalencias, actitudes, patrones y motivaciones de la población universitaria en relación al consumo de drogas*. Sevilla, Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias-Junta de Andalucía, Universidad Pablo de Olavide. Edición Digital A3.
- Castro, S. (2024). *Autoimagen: enamórate de ti mismo*. Instituto Europeo de Psicología Positiva.es: <https://www.iepp.es/autoimagen>
- García, E., Gill, J., y Rodríguez, G. (2000). *Análisis Factorial*. Madrid: La Muralla.
- Garza, J. d. (2013). *Análisis estadístico multivariante: un enfoque práctico*. Ciudad de México: McGraw Hill.
- González, R. (2017). *Influencia social y conductas de riesgo en adolescentes*. Obtenido de IPSUSS: <https://ipsuss.cl/influencia-social-y-conductas-de-riesgo-en-adolescentes>
- Griffin, K. W., Lindley, L. L., Cooper Russell, E., Mudd, T., Williams, C., & Botvin, G. J. (2022). Sexual Violence and Substance Use among First-Year University Women: Differences by Sexual Minority Status. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10100.
- Morales Vallejo, P. (2011). *El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia

- Comillas. <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnálisisFactorial.pdf>
- Morón, J.A., Castillo, A. y Pedrero, E. (2008): *Juventud y Drogas*. Sevilla, Edición Digital A3, Junta de Andalucía y UPO.
- Moreno Jiménez, B., Báez León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Morón, J. A., López, F., & Cobos, D. (2017). El Uso de las Redes Sociales en la Educación y Promoción de la Salud. Una Experiencia de Empoderamiento Social en Nicaragua. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 21(4), 439-457.
- Morón-Marchena, J. A., Pérez-Pérez, I., Pedrero-García, E. (Coords) (2017). *Educación para la Salud y Prevención de Riesgos Psicosociales en adolescentes y jóvenes*. Narcea.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). *El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada*. *anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Lorenzo-Seva, U. (2003). A factor simplicity index. *Psychometrika*, 68, 49-60.
- Perea-Rodríguez, M.-J., Morón-Marchena, J.-A., Muñoz-Díaz, M.-C., & Cobos-Sanchiz, D. (2021). Adult Education: A Sustainable Model for the Reduction of Psychosocial and Educational Risks Caused by COVID-19. *Sustainability*, 13(9), 5264
- Rivera-Porras, D. (2019). Análisis teórico-conceptual del riesgo psicosocial. *Aibi revista de investigación, administración e ingeniería*, 69-75.
- Romero, T., & Martínez, A. (2017). Construcción y validación de un cuestionario de evaluación al desempeño docente mediante Análisis Factorial Exploratorio. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, (22), 18-30.
- Romero, T. (2014). Cuestionario de opinión para la evaluación del desempeño docente en la UNAN-Managua, nicaragua, Farem-Chontales / Questionnaire for evaluating teacher performance in UNAN-Managua, Farem-Chontales. *Actualidades Investigativas en Educación*, 14(2).
- Romero, T. (2020). La cooperación conjunta entre universidades como estrategia para lograr un mayor impacto en la comunidad. *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 3(1), 5-10
- Segura, A. C., Rojas, L. J., & Benavides, C. C. (2020). Riesgo psicosocial y desempeño académico: un análisis en los colegios de la Policía Nacional adscritos a la ciudad de Bogotá, D. C. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 12(2).
- Scott, D., Fong, C., Yeon, H., & Espelage, D. (2015). Disminución de la eficacia de los programas contra el acoso escolar entre adolescentes mayores: Teoría y metaanálisis de tres niveles . *Revista de psicología del desarrollo aplicada*, 16.

ÍNDICE DE LA FELICIDAD EN NICARAGUA. AVANCES Y DESAFÍOS DE LA AGENDA 2030

MARÍA DE LOS ÁNGELES ROMERO-GÓMEZ
Universidad de Huelva

JUAN AGUSTÍN MORÓN-MARCHENA
Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla

1. INTRODUCCIÓN

Esta aportación es fruto del «Proyecto de formación e investigación para el desarrollo y mejora de la Calidad de Vida en Juigalpa (Nicaragua): Generación de capacidades y competencias socio-comunitarias en el ámbito de la Educación para la Salud para agentes sociales» (Referencia 2020UC010), financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID) en la convocatoria pública competitiva dirigida a las universidades, proyecto implementado entre la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua).

El presente estudio se enmarca en una de las numerosas líneas de trabajo del proyecto, y versa específicamente sobre el Índice de la Felicidad en Nicaragua, una investigación centrada en conocer la realidad mediante indicadores que determinan el desarrollo de este país en relación con su Índice de Desarrollo Humano (IDH en adelante) y su cumplimiento con la Agenda 2030, respondiendo a qué aportación puede hacer ésta a la sociedad y cómo contribuir en el proceso de mejora y desarrollo comunitario.

2. ÍNDICE DE LA FELICIDAD

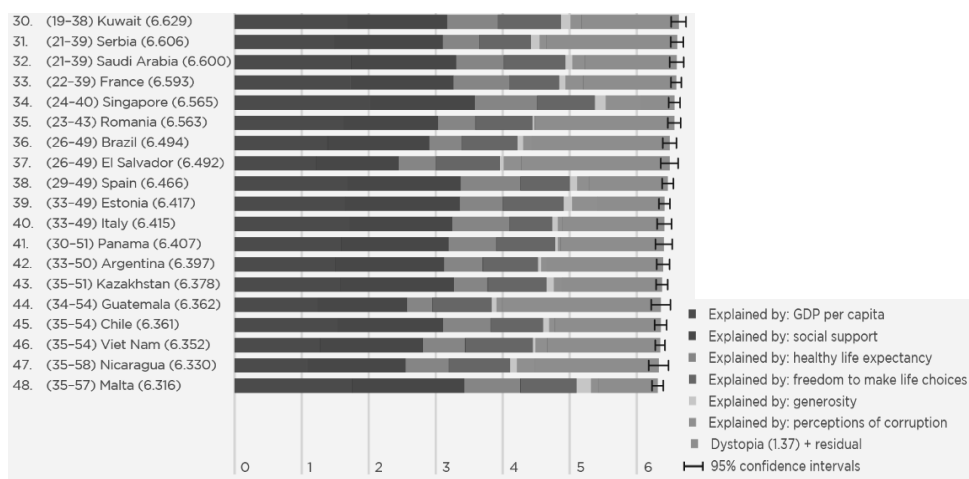
El ser felices es uno de los objetivos más preciados de la vida (Lyubomirsky, 2021) y dependen de múltiples factores, tanto internos como externos, individuales y colectivos. La felicidad en sí es un concepto abstracto que puede identificarse como potenciador de libertad (Oyanedel y Mella, 2024) generando un entorno seguro y de apoyo permanente que permite descubrir y desarrollar diferentes aspectos de la personalidad de

los individuos. Por ello no consideramos la felicidad como un objetivo en sí, sino como una forma de vida que puede ser medible.

La Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas (SDSN) analiza el Informe Mundial de la felicidad. Este informe es la publicación de mayor importancia en el mundo sobre el bienestar global y cómo mejorarlo. En ella se combinan datos de acceso abierto de 156 países cada año, midiendo la evolución de la felicidad de las personas clasificando a los países desde el más feliz al más infeliz (World Happiness Report, 2025). Los resultados son mostrados cada 20 de marzo, Día Internacional de la Felicidad de las Naciones Unidas.

La figura n° 1 muestra una ilustración que representa parte del ranking del Índice de la Felicidad (*World Happiness Report*).

Figura 1. Ranking Mundial de la Felicidad 2024



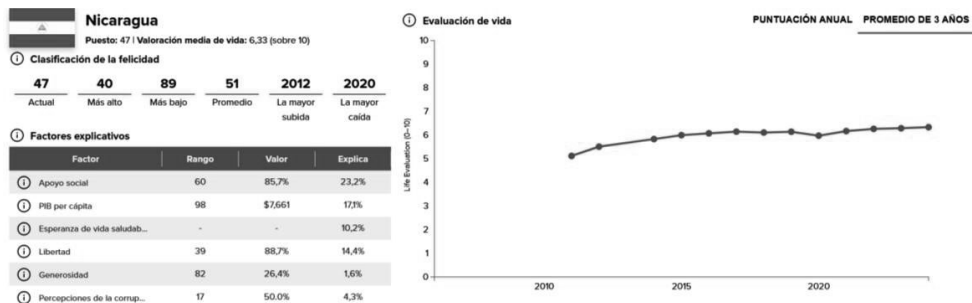
Fuente: Informe Mundial de la Felicidad.
<https://data.worldhappiness.report/country/NIC>

Este índice es realizado por las Naciones Unidas mediante los datos extraídos de las Encuestas Mundial de Gallup (World Happiness Report, 2025). En ella se puntúa del cero al diez teniendo en cuenta seis factores: niveles de PIB, la esperanza de vida, el apoyo social, libertad, corrupción y generosidad que son comparados con la de un país imaginario llamado “Dystopia” en el que vivirían las personas menos felices del planeta.

Poniendo nuestro foco de atención en Nicaragua, el Índice de la Felicidad la posiciona, en 2024, en el puesto 47. Esta puntuación basa en

relación con los seis factores mencionados anteriormente, que pueden observarse a continuación:

Figura 2. Índice de la Felicidad de Nicaragua en el 2024



Fuente: Informe Mundial de la Felicidad.
<https://data.worldhappiness.report/country/NIC>

En conjunto, estas seis variables explican más de tres cuartas partes de la variación en las puntuaciones nacionales de evaluación de vida entre países y años. En la figura 2 se presentan tres puntos de datos para cada factor (rango, valor y explica). En el “rango” se clasifica el país para ese factor en comparación con otras naciones. El “valor” hacer referencia al porcentaje de ese factor para el año en cuestión. “Explica” corresponde a porcentaje de la puntuación de evaluación de vida del país (World Happiness Report, 2025).

Para abordar estos datos, se han tenido en cuenta las aportaciones del Banco Mundial en 2024, que nos indica que:

El PIB de Nicaragua creció un 4.6% en 2023, frente al 3.8% en 2022, impulsado por el crecimiento en el sector de servicios, especialmente en hoteles, restaurantes y comercio minorista. A pesar de una desaceleración en la demanda externa neta, las remesas impulsaron el consumo privado, mientras que las expectativas económicas mejoradas impulsaron la inversión. El crecimiento se ralentizó al 3.6% en 2024, con un crecimiento del índice mensual de actividad económica del 1.7% en junio de 2024, debido a la reducción de la producción en pesca, ganadería, agricultura y manufactura (Banco Mundial, 2025).

En segundo lugar, la esperanza de vida basada en el Observatorio Mundial de la Salud en Nicaragua es de 75 años, destacando una ligera subida en los últimos 3 años debido a diversos factores positivos como

son los avances en atención médica, mejoras de higiene, agua potable... (OPS, 2024).

El ítem de “apoyo social” se calcula utilizando datos de encuestas para medir la percepción de los ciudadanos sobre el respaldo social que reciben, es decir, las personas con las que podemos contar en caso de necesidad (World Happiness Report, 2025).

Con relación a la libertad, en el informe del Consejo de Derechos Humanos 55° se critica determinadas actuaciones por cierres de centros o expulsiones de alumnado y profesorado (Consejo de Derechos Humanos, 2025). En cuanto al índice de Percepción de la corrupción del sector público en Nicaragua, este presenta 17 puntos (World Happiness Report, 2025).

Otro de los seis factores que analiza el índice es la generosidad. Como bien dijo Buda Guatama “no es más rico el que más tiene sino quién menos necesita”, refiriéndose a que la verdadera felicidad está en la sencillez, gratitud y armonía. La generosidad no es más que dar a los demás aquello de lo que eres capaz de prescindir, como pueden ser objetos y bienes materiales o, incluso nuestro tiempo. Un estudio elaborado por el SDSN en colaboración con Gallup World Poll y otras fuentes, muestra la siguiente evidencia: “la tasa de devolución de carteras es el doble de lo que la gente espera” (World Happiness Report, 2025). Los países nórdicos europeos son los que muestran unas tasas más altas y se colocan además como los más felices del mundo. Otras evidencias del informe afirman que el compartir comida con otras personas está muy vinculado con el bienestar y que, otro factor, es el tamaño del hogar referido al número de personas que viven en una misma vivienda: a mayor tamaño, mayor felicidad.

2.1.¿Cuáles son otros de los factores que determinan la felicidad?

Aunque el estudio pretende ser lo más fiel posible a la realidad de cada país, existen variables o factores que condicionan la percepción de la realidad y lo que se estima como algo desfavorable, puede percibirse de forma contraria, positiva, en función del país y la cultura.

En la tabla nº 1 se presentan los factores que condicionan la felicidad colectiva e individual:

Tabla 1. Factores que determinan la felicidad

Factor	Impacto en la felicidad
Salud física y mental	Aumenta significativamente la felicidad
Apoyo familiar y social	Factor más influyente en jóvenes y estudiantes
Educación	Mejora directa e indirecta (ingresos, redes sociales)
Seguridad económica	Relación positiva, pero no exclusiva
Gobernanza e igualdad	Influyen más allá del desarrollo humano
Personalidad y autoestima	Predictores psicológicos claves
Acceso a servicios básicos	Su carencia reduce la felicidad
Estrategias gubernamentales	Políticas inclusivas y equitativas mejoran el bienestar

Fuente: Elaboración propia.

Nicaragua fue considerada entre los países más felices en algunos informes. Actualmente, su ranking ha experimentado un ligero descenso. Esto precisa de actuaciones que frenen esta caída y mejoren el bienestar y la felicidad de la población, teniendo en cuenta no solo los seis factores del Índice de la Felicidad, sino también otros, como los presentados en la tabla 1.

3. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, una medida resumida del desarrollo humano que se utiliza para clasificar a los países en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, acceso a educación y nivel de vida digno (PNUD, 2020).

El diagnóstico lo hace Naciones Unidas entre la mayor parte de los países del mundo acogiéndose a los últimos valores publicados. El llamado Índice de Desarrollo Humano establece valores entre 0 y 1 en un total de 189 países para fijar la lista de los lugares del planeta en los que se dan las mejores condiciones para una vida larga y saludable en el que poder desarrollarse para tener una vida lo más digna posible. Además, la sostenibilidad también ha ganado importancia como pilar del desarrollo, incluyendo en 2020 otro índice con una cuarta dimensión relacionada con el medioambiente.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Nicaragua ha ido creciendo en los últimos años, situándose en 2023 en 0,706 produciéndose un ascenso significativo del 18.8% en el periodo del 2000-2022, de una puntuación de 0.563 a una de 0.669 (OPS,2024).

Figura 3. Ranking Mundial del IDH

	Índice de desarrollo humano 2023	Esperanza de vida al nacer en años 2023	Años esperados de escolaridad (a) 2023	Años promedio de escolaridad (a) 2023	Renta nacional bruta per cápita en PPP en US\$ de 2021 (*) 2023
107 Uzbekistán	0,740	72,4	12,5	11,9	8.826
108 Bolivia	0,733	68,6	15,6	10,0	9.445
108 Gabón	0,733	68,3	12,5	9,7	18.854
108 Islas Marshall	0,733	66,9	16,4	11,6	7.224
111 Botsuana	0,731	69,2	11,4	10,5	16.984
111 Fiji	0,731	67,3	13,8	10,4	12.843
113 Indonesia	0,728	71,1	13,3	8,7	13.700
114 Surinam	0,722	73,6	11,0	8,4	17.344
115 Belice	0,721	73,6	12,0	8,8	12.343
115 Libia	0,721	69,3	12,9	7,8	19.831
117 Jamaica	0,720	71,5	12,4	10,0	10.057
117 Kirguistán	0,720	71,7	12,7	12,1	6.078
117 Filipinas	0,720	69,8	12,8	10,0	10.731
120 Marruecos	0,710	75,3	15,1	6,2	8.653
121 Venezuela	0,709	72,5	13,0	9,7	7.157
122 Samoa	0,708	71,7	12,4	11,3	5.952
123 Nicaragua	0,706	74,9	11,5	9,9	6.881
124 Nauru	0,703	62,1	12,8	9,4	19.642
DESARROLLO HUMANO MEDIO					

Fuente: Eustat-Instituto Vasco de Estadística.

https://www.eustat.eus/elementos/ele0013500/ti_indice-de-desarrollo-humano-por-indicadores-segun-paises-2019/tbl0013566_c.html

En el ranking o clasificación del IDH, Nicaragua se encuentra en la posición 123 (figura n° 3). A pesar de la mejora, es una posición baja. Para el Banco Mundial (2025), es un país con gran potencial de desarrollo pero de crecimiento limitado por diferentes circunstancias (Banco Mundial, 2025).

Existe una relación evidente entre el IDH y el Índice de Felicidad que se hace notoria en países ricos y occidentales (Basu, Behera & Adak, 2018; Yin, et al., 2021). Sin embargo, en países en desarrollo, como Nicaragua, el apoyo social o resiliencia cultural son las que presentan un mayor peso (Yin et al., 2021).

4. AGENDA 2030

La Agenda 2030 de las Naciones Unidas, a través de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), influye directamente en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), en su mejora y progreso. Es por ello que el Plan Nacional de Desarrollo con su compromiso con la Agenda 2030 en Nicaragua promueve el desarrollo humano sostenible a través de áreas clave como la educación, la salud y el bienestar social, siendo la educación de calidad una pieza clave para todo este engranaje.

En la vinculación de estas áreas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible destaca el ODS-4 “Educación de calidad”, motor imprescindible para un desarrollo sostenible y humano. Actualmente, surgen esfuerzos para seguir mejorando el acceso a la educación por el Gobierno de Reconciliación y la Unidad Nacional de Nicaragua ofreciendo la oportunidad de estudiar de forma gratuita a todas las personas. En ella se han mejorado el acceso y la calidad educativa en Nicaragua contribuyendo a elevar el nivel de escolaridad (Shulla, et al., 2020). Hablamos de una Educación para el Desarrollo Sostenible que fomente competencias y habilidades que permiten a las personas mejorar sus condiciones de vida y participar activamente en la sociedad, impactando positivamente definida como:

Proceso educativo constante que favorece la comprensión [...] cuyo eje es la justicia social y que se basa en un planteamiento constructivista y sociohistórico. Se analiza la realidad desde una dimensión global, [...] no puedes separarse de las actitudes y valores. Es una educación abierta a la participación y orientada al compromiso y la acción (AECID, 2007, p. 19).

Así mismo, otra de las vinculaciones de las áreas citadas y la Agenda 2030 en su OSD-3 es la mejora de la salud y el bienestar, lo que en Nicaragua se ha traducido en una mayor esperanza de vida y una mejor calidad de vida.

Por último, el área de bienestar social está ligado a la reducción de las desigualdades ODS-10 y promoción de la equidad social presentes en varios ODS, los cuales favorecen el desarrollo y su despliegue a más sectores de la población, elevando el promedio nacional (Cebrián, Junyent & Mulà, 2020).

En conclusión, la Agenda 2030 actúa como una hoja de ruta que orienta a Nicaragua hacia mejoras sostenidas en educación, salud y bienestar, factores que se reflejan directamente en el aumento del Índice de Desarrollo Humano del país y por ende en el Índice de la Felicidad.

5. A MODO DE COROLARIO FINAL

Los ODS se correlacionan de una manera estrecha con nuestro concepto de desarrollo ya que, como podemos comprobar, todos ellos confrontan y se propugnan para paliar la pobreza desde una perspectiva multidimensional, entre ella la educativa (UN, 2015). Nos referimos a que los ODS apuestan por una visión multidisciplinar que permite abordar desafíos de manera coordinada, donde no solo tiene en cuenta las causas

más urgentes, sino que apela también a sus consecuencias, haciendo alusión a países desarrollados como en vías de desarrollo (Rosado-Castellano y Flores-Rodríguez, 2023).

Una educación de calidad es uno de los impulsores más poderosos probados para alcanzar el desarrollo sostenible (García, Magaña y Ariza, 2020). Hablamos por tanto de una Educación para el Desarrollo Sostenible (EPD) necesaria para salvaguardar el porvenir, como una disciplina preventiva que ayuda al progreso y desarrollo del país sin perder su identidad ni fortalezas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agbedahin, A. (2019). Sustainable development, Education for Sustainable Development, and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Emergence, efficacy, eminence, and future. *Sustainable Development*, 27 (4), 669-680. <https://doi.org/10.1002/sd.1931>
- Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (2007). *Estrategia de Educación para el Desarrollo en la Cooperación Española*. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
- Banco Mundial. (2025). Nicaragua: Panorama general. <https://www.bancomundial.org/es/country/nicaragua/overview>
- Basu, R., Behera, S., & Adak, D. (2018). Human Development and Happiness: Are the Two Interlinked?. *The International Journal of Indian Psychology*, 6(3), 141-150. <https://doi.org/10.25215/0603.013>
- Cebrián, G., Junyent, M., & Mulà, I. (2020). Competencies in Education for Sustainable Development: Emerging Teaching and Research Developments. *Sustainability*, 12, 579. <https://doi.org/10.3390/su12020579>
- Consejo de Derechos Humanos. (2024, 6 de noviembre). Violaciones y abusos de los derechos humanos a la educación, la libertad académica y otros derechos fundamentales contra estudiantes, docentes, directivos académicos y otro personal universitario. <https://www.refworld.org/es/coi/inforpais/cdhonu/2024/es/149555>
- García, E., Magaña, E. & Ariza, A. (2020). Quality Education as a Sustainable Development Goal in the Context of 2030 Agenda. *Bibliometric Approach*. *Sustainability*, 12, 5884. <https://doi.org/10.3390/su12155884>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.). (2025). *World Happiness Report 2025*. University of Oxford: Wellbeing Research Centre.
- Liu, Q. (2024). Factors Affecting the Happiness Index. *Interdisciplinary Humanities and Communication Studies*. 1(1). <https://doi.org/10.61173/b9b67x29>

- Lyubomirsky, S. (2021). *La ciencia de la felicidad*. Ediciones Urano.
- Naciones Unidas (2015). Transformar nuestro mundo: La agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015.
- Organización de las Naciones Unidas (8 de noviembre de 2024). El Gobierno de Nicaragua suprime la disidencia y libertad de expresión en las universidades. Noticias ONU, Una mirada global Historias Humanas. <https://news.un.org/es/story/2024/11/1534146>
- Organización Panamericana de la Salud (2024). [https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/nicaragua#:~:text=En%20lo%20que%20ata%C3%B1e%20a,en%20el%202000%20\(66.4\)](https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/nicaragua#:~:text=En%20lo%20que%20ata%C3%B1e%20a,en%20el%202000%20(66.4))
- Oyanedel, J. C. & Mella, C. (2024). *Debates sobre el bienestar y la felicidad*. Canopus Editorial Digital S.A.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2020). *Informe sobre desarrollo humano 2020. La próxima frontera: el desarrollo humano y el Antropoceno*. PNUD.
- Rosado-Castellano, F. & Flores-Rodríguez, C. (2023). Justicia Social y Desarrollo Sostenible en la Legislación Educativa Español. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 12(1), 125-140.
- Scurtu-Tura, M. C., Fernández-Espinosa, V., & Obispo-Díaz, B. (2024). La emoción de gratitud como mediadora entre la felicidad subjetiva, el afecto positivo y negativo y la satisfacción con la vida en adultos españoles. *Anales de Psicología*, 40(2), 335-343.
- Shulla, K., Filho, W., Filho, W., Lardjane, S., Sommer, J., & Borgemeister, C. (2020). Sustainable development education in the context of the 2030 Agenda for sustainable development. *International Journal of Sustainable Development & World Ecology*, 27(2), 1-11. <https://doi.org/10.1080/13504509.2020.1721378>
- Vázquez, J., & Berríos, A. (2021). Unhappiness and casual attributions of homelessness among people living homeless in León (Nicaragua). *Journal of community psychology*. 50(1):592-600. <https://doi.org/10.1002/jcop.22636>
- Yin, R., Lepinteur, A., Clark, A. & D'Ambrosio, C. (2021). Life Satisfaction and the Human Development Index Across the World. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 54, 269-282. <https://shs.hal.science/halshs-03467218v1>
- Zamira, S. & Alieva, M. (2024). Felicidad y libertad: conceptos clave para fomentar relaciones sanas en la sociedad. *Interacción y perspectiva. Revista de Trabajo Social*. 14 (3).801-811.

UNA EXPERIENCIA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA LA MEJORA COMUNITARIA

DENIS JAVIER GUDIEL GUDIEL

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

LILLIAM DELIA PÉREZ GONZÁLEZ

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

EYLEANG ELIZABETH ROMERO ROMERO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

YOLBRANIA JOSUÉ GONZÁLEZ BÁEZ

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

FRANCISCO ANTONIO MILLONS GARCÍA

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de educación para la salud en la comunidad representa una acción de intervención socioeducativa para la prevención de las parasitosis intestinales, diseñado e implementado en la comunidad San Ramón de la ciudad de Juigalpa (Chontales, Nicaragua.) En este, se llevaron a cabo una serie de actividades educativas enfocadas en la promoción de medidas higiénico-sanitarias, para reducir las altas prevalencias de parasitosis intestinales que se han encontrado en los habitantes de esa comunidad.

Los proyectos de intervención son acciones sociales realizadas de manera intencionada, para dar respuesta a una necesidad que afecta la calidad de vida de las personas. Para Espinar (1990; citado por Loja y Zea, 2014), «es un plan, acción o propuesta, creativa y sistemática, ideada a partir de una necesidad, a fin de satisfacer una carencia, problemática o falta de funcionalidad, con el propósito de obtener mejores resultados con una actividad determinada» (p.15). La mayoría de estos proyectos desembocan en acciones socioeducativas, siendo la salud una de las áreas en las que se ven vinculados comúnmente; en este caso asociado a la salud comunitaria.

La salud comunitaria, por su parte, es un enfoque a través del cual se implementan estrategias orientadas a intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad en específico. El diseño, implementación y seguimiento de las estrategias a utilizar deberán considerar las necesidades y participación de los miembros de dicha comunidad. [...] es importante que haya una articulación entre las comunidades, instituciones y otros sectores para tomar decisiones conjuntas (Cotonieto y Rodríguez, 2021, p. 395).

Las parasitosis intestinales, enfermedades producidas por la presencia de parásitos en el cuerpo humano, es una problemática de gran interés para la salud comunitaria, debido que representa una afección habitual en países subdesarrollados. Según la OMS (citado por Agüin et al., 2011), «es una de las seis enfermedades más frecuentes de la población y afecta a casi el 85% de algunas poblaciones que habitan en sectores rurales y urbanos deprimidos, social y económicamente» (p. 105).

Nicaragua como país en vía de desarrollo, se ve afectado por esta problemática, lo que ha llevado al Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a realizar grandes esfuerzos para reducir las incidencias y prevalencias de las parasitosis intestinales. La OPS (2016), estima que Nicaragua ha logrado una cobertura del 80% de los menores en riesgo de dichas infecciones, al distribuir y administrar 1.5 millones de desparasitantes a escolares en 15 departamentos y 2 regiones autónomas.

La evidencia científica sobre proyectos socioeducativos para abordar necesidades sanitarias vinculadas a parasitosis intestinales es escasa. A nivel nacional, no se encontraron publicaciones sobre proyectos de intervención en esta área. En el ámbito internacional, los proyectos relacionados con esta temática son limitados, centrándose en capacitaciones.

En Haití, se implementaron actividades dirigidas a 105 adolescentes, con edades entre los 13 y 19 años, de la comuna Bord de Mer, utilizando el enfoque de investigación-acción. Durante la fase de acción, se llevó a cabo una intervención educativa de dos meses, que incluyó el uso de videos, debates, dramatizaciones, discusiones grupales, talleres de trabajo por equipos, demostraciones y charlas educativas. Tras evaluar los indicadores, se observó una mejora significativa en el nivel de conocimiento sobre el tema después de la intervención educativa (Fernández et al., 2008, pp. 6-9).

De igual manera, en Santa Clara-Cuba, se realizó una intervención socioeducativa con el objetivo de determinar la influencia de la labor educativa en las prácticas higiénicas, para prevenir el parasitismo en 133 escolares. A partir del estudio inicial de las prácticas higiénicas de la población y las condiciones higiénico-epidemiológicas de la comunidad,

se diseñó la intervención sanitaria. Esta se fundamentó a través de charlas y material educativo. Pérez et al. (2007) concluyen que, tras la labor educativa acompañada de la acción terapéutica, se logró una disminución significativa en la prevalencia del parasitismo. Además, se constató una mejora notable en las prácticas higiénicas, especialmente en el lavado de manos.

En la UNAN CUR Chontales, como parte de las actividades de extensión e investigación universitaria, grupos de estudiantes de la carrera licenciatura en Bioanálisis Clínico, han llevado a cabo estudios (no publicados) en distintos momentos en la comunidad de San Ramón, para analizar la prevalencia de parasitosis intestinales mediante diagnósticos clínicos. «Se ha encontrado que más del 60% de la población presenta parasitosis, predominando el poliparasitismo» (UNAN FAREM Chontales, 2023). Algunos de estos agentes parasitarios, causan patologías con implicaciones significativas para la salud, especialmente en los niños, relacionándose directamente con el desarrollo cognitivo y psicomotor.

La identificación de agentes parasitarios a través de estas investigaciones, ha llevado a la colaboración de los estudiantes, docentes y autoridades académicas de la universidad con el Ministerio de Salud, para abordar las altas prevalencias mediante medicación y charlas educativas impartidas por el propio estudiantado y/o personal de salud. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, no se ha logrado reducir el problema, ya que las necesidades de la comunidad no han sido abordadas desde un enfoque de medidas higiénico-sanitarias.

En la comunidad San Ramón, las deficiencias higiénico-sanitarias, como el inadecuado lavado de manos, la práctica de fecalismo al aire libre y el consumo de agua no potable, facilitan la instauración y transmisión de parasitosis intestinales. La reducción de estas enfermedades se considera factible mediante la promoción de buenas prácticas higiénico-sanitarias. Siendo esta acción lo que da origen al proyecto de intervención descrito en este documento.

Este proyecto de intervención se apega a las políticas gubernamentales, alineándose con el Plan Nacional de lucha contra la pobreza y para el desarrollo humano 2022-2026. Para el CEPAL (2022), este plan establece estrategias para asegurar el bienestar y la calidad de vida en el marco de la promoción de la salud. Por otra parte, también se orienta con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030, específicamente el tercer objetivo, que busca «garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades» (ONU, 2022). Así, la intervención socioeducativa

contribuye al país y fortalece las actividades desarrolladas por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.

2. METODOLOGÍA

El método utilizado fue la Investigación-Acción Participativa. Según Zapata y Rondán (2016), «es un enfoque de investigación social que busca involucrar a los participantes en el proceso de investigación y en la toma de decisiones y acciones para abordar problemas sociales» (p. 7). Este sigue una metodología basada en cuatro momentos determinados que incluyen «la indagación de la situación, el diseño de soluciones y estrategias, la ejecución de las acciones y la evaluación general del proceso» (Espinoza, 2020, p. 346).

Para la fase de diagnóstico, se utilizó el grupo focal (Hamui y Varela, 2012), donde se reunió con los líderes de la comunidad para la identificación de las necesidades higiénico-sanitarias. La planificación se realizó mediante el modelo de Ander Egg (Ander y Aguilar, 2005). Para la acción interventiva se llevó a cabo un taller (Ander, 1991), en el cual se aplicaron las técnicas participativas de la charla (Minaya, 2009), los medios audiovisuales (Martín, 1991), la simulación (Cioffi, 2010) y el miniteatro con títeres (Segura, 1990).

El proyecto duró ocho semanas, desde marzo a abril del año 2023. Las dos primeras semanas se destinaron a las gestiones para acceder a la escuela Isaac de Leo, que sirvió como espacio para la intervención. En las semanas tres y cuatro, se ejecutó la planificación de actividades, coordinando con instituciones como la UNAN CUR Chontales (OCAVIDEPS), el MINSA, Cruz Blanca nicaragüense, UNEN y la Juventud Sandinista. Durante las semanas cinco y seis, se realizó el taller socioeducativo, centrado en difundir conocimientos sobre causas, síntomas y consecuencias de las parasitosis intestinales, así como en la promoción de medidas higiénico-sanitarias, prácticas de lavado de manos, cloración del agua y un mini teatro dirigido a los niños. Las últimas dos semanas, se asignaron al seguimiento y evaluación de las acciones implementadas.

El proyecto contó con siete recursos humanos, incluyendo cinco profesionales de salud, un profesional en acciones sociales y un especialista en saneamiento del agua. Los recursos materiales empleados incluyeron materiales de oficina, data show, vehículo, equipo de sonido, títeres de mano, hipoclorito de sodio en legía, jabón líquido, piñata y productos para la preparación de alimentos. En términos financieros, los recursos se dividieron en autofinanciamiento por parte de los investigadores (6,030

córdobas), aportes monetarios y apoyo técnico de las instituciones mencionadas (las cantidades se deciden reservar). Los beneficiarios directos fueron 45 menores y 24 progenitores.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Fase de diagnóstico

Se encontró evidencia que las familias de la comunidad, en especial la infancia, en algún momento ha padecido problemas intestinales recurrentes, lo que demuestra que prevalece la enfermedad parasitaria y que ésta afecta la calidad de vida de la comunidad en su conjunto. Se identificó como principales causas de infección: la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico, malas prácticas de higiene personal y la práctica de fecalismo al aire libre.

Se constató un alto grado de desconocimiento de las medidas preventivas para evitar la propagación de las parasitosis intestinales, aún, las más comunes como el lavado de las manos con agua y jabón antes de comer, después de ir al baño y después de cualquier actividad que pueda haber expuesto las manos a contaminantes, la preparación adecuada de los alimentos en condiciones higiénicas, la construcción de letrinas y la eliminación segura de excretas humanas para evitar la contaminación del agua y los alimentos. Así mismo, no conocen los síntomas más comunes de las parasitosis intestinales. Por tanto, se afirma que la educación sanitaria es limitada, lo que significa que las personas no están informadas sobre cómo prevenir o detectar las parasitosis intestinales.

Los líderes comunitarios fueron pocos expresivos, participativos y muy tímidos al inicio. Se logró que expresaran que las campañas de concientización pueden ayudar a prevenir la infección por parásitos intestinales, por lo que, estuvieron dispuestos desde un principio a ser formados y formar parte del proyecto socioeducativo. También, mencionaron que la educación es importante para evitar la infección e identificar tempranamente los síntomas, reducir el problema, mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

Otro aspecto para abordar es que los líderes de comunidad refirieron las visitas de estudiantes de la UNAN CUR-Chontales, las cuales han tenido como finalidad realizar diagnóstico de las parasitosis intestinales, donde mencionaron que los padres de familia se preocupaban mucho en participar en dichos estudios, pues, como se describe anteriormente, los niños de la comunidad se ven afectados a menudo por síntomas intestinales. Un

dato de impacto fue cuando se les comentó que en la comunidad se encontraban altas prevalencias de los parásitos y que estas por lo general eran mayores al 60%, lo cual, dejó muy preocupados a los líderes. Exponerlos a esta situación condujo a que los mismos se comprometieran a participar de manera activa ante las acciones a realizar e inclusive al cumplimiento y seguimiento de estas.

3.2.Fase del desarrollo de la acción

Una vez realizado el diagnóstico, se avanzó a la fase de planificación y ejecución de las actividades socioeducativas. Es importante mencionar que las actividades propuestas para el taller tuvieron buena aceptación como una solución a la problemática por parte de los líderes de comunidad, ya que consideraron una oportunidad para abordar las parasitosis intestinales.

La fase de intervención se llevó a cabo mediante la técnica del taller, que integró diversas técnicas como charlas, medios audiovisuales, simulaciones y un mini teatro de títeres, con el objetivo de empoderar a las familias de la comunidad. El taller se dividió en dos sesiones, la primera se centró en desarrollar las cuestiones educativas teóricas sobre la implementación de las medidas higiénico-sanitarias, así como las generalidades de las parasitosis intestinales; mientras que la segunda sesión estuvo dedicada a la puesta en práctica de los saberes adquiridos. Al final fue la práctica la que permitió sensibilizar a las personas involucradas.

En la primera sesión, se impartieron charlas acompañadas de materiales educativos y mensajes de concientización para informar a la comunidad sobre las causas y consecuencias de las infecciones parasitarias, así como las medidas preventivas, como el lavado de manos, el consumo de agua potable y una adecuada higiene personal.

Para complementar la charla, se presentó un video de 15 minutos con animaciones e información clara y adaptada a las necesidades de la comunidad. Este material audiovisual abordó las causas, síntomas y prevención de las parasitosis intestinales. Durante ambas actividades, se enfatizó que la prevención de estas afecciones es posible mediante la adopción de medidas higiénico-sanitarias, el consumo de agua potable, la erradicación del fecalismo al aire libre, la desparasitación y la educación sanitaria.

Se distribuyó a cada padre de familia un brochure con información sobre las parasitosis intestinales. Estos materiales, contenían información sobre la prevalencia, causas, síntomas, prácticas de una buena higiene personal y medidas para prevenir las parasitosis intestinales en la comu-

nidad. Esto permitió a los participantes del taller llevar el conocimiento a sus hogares y comunidades, ampliando el impacto de la sensibilización.

En la segunda sesión del taller, se hicieron demostraciones prácticas sobre la técnica del lavado de manos. Consistió en frotarse las manos vigorosamente durante al menos 45 segundos, asegurándose de refregar todas las superficies, incluyendo los dedos, las uñas y la parte posterior de las manos. También, se explicó la importancia de lavarse las manos.

Tras las explicaciones, se inició la parte práctica. Con el apoyo de los profesionales, los participantes aplicaron los conocimientos adquiridos. Los padres de familia y docentes realizaron las actividades primero, seguidos por los niños, quienes se mostraron especialmente entusiastas e interesados en practicar el lavado de manos. Igualmente, se hizo demostración sobre la cloración del agua; práctica importante para garantizar la potabilidad y prevenir enfermedades de transmisión hídrica. La actividad estuvo dirigida a padres de familia, para evitar la exposición accidental por parte de los niños con esta sustancia.

La especialista en saneamiento de Cruz Blanca nicaragüense explicó cómo clorar el agua de pozo destinada al consumo humano, exponiendo la importancia de esta práctica para prevenir las parasitosis intestinales. Posteriormente, se llevó a cabo una actividad lúdica y educativa, orientada principalmente a los niños. Para ello, se utilizó el mini teatro de títeres, el cual se enfocó en destacar la importancia de reconocer los síntomas de las parasitosis intestinales y las medidas preventivas como el lavado de manos y la higiene personal. Fue muy interesante como padres, madres y docentes se acercaron a presenciar la propia actividad, describiendo que es una forma de calar directamente en la sensibilización de la infancia.

Después de las actividades, se colocaron carteles sobre las medidas preventivas en el aula y en lugares visibles, para que los niños y niñas puedan recordarlas y ponerlas en práctica. Los mismos sirvieron de material de apoyo para que los docentes retroalimenten lo aprendido. Se realizó énfasis principalmente en los carteles que ilustran el correcto del lavado de manos.

En general, las actividades despertaron un notable interés entre los participantes, quienes se integraron activamente en cada etapa. Se evidenció un alto nivel de empoderamiento cuando familias y docentes ejecutaron las acciones con compromiso, apoyándose mutuamente. A pesar del tiempo limitado para desarrollar el proyecto, se logró la participación de toda la comunidad, reflejando el impacto positivo y la relevancia de las actividades realizadas.

Al finalizar las actividades, se organizó una convivencia con los participantes, que incluyó un refrigerio alimenticio y el tradicional acto de reven-

tar una piñata. Esta acción se desarrolló como muestra de agradecimiento por parte de los profesionales hacia las personas de la comunidad. Además, se entregaron materiales educativos, dos lavamanos improvisados, cestos de basura y productos de higiene personal destinados al uso comunitario. Las familias prefirieron que los mismos quedaran en la escuela para ser usados por sus hijos e hijas.

3.3.Fase de evaluación

Previo al inicio del proyecto, se realizó un diagnóstico comunitario para evaluar el nivel de conocimiento sobre las enfermedades parasitarias y detectar la necesidad de implementar prácticas higiénico-sanitarias para su prevención. Durante el desarrollo del proyecto, se realizaron observaciones para medir mejoras en indicadores como la participación, colaboración, trabajo en equipo de los habitantes, y el nivel de compromiso de instituciones y organizaciones gubernamentales. Al concluir, los resultados reflejaron un incremento significativo del 80% en el conocimiento y la adopción de prácticas higiénico-sanitarias para prevenir las parasitosis intestinales.

Se efectuó una autoevaluación del proyecto, analizando la calidad de la capacitación impartida por profesionales y el alcance del taller como técnica de intervención socioeducativa. Se encontró que la capacitación fue de calidad y que el proyecto se implementó con éxito en cada una de las actividades propuestas. El taller fue una opción acertada para llevar a cabo las actividades de intervención, principalmente por permitir el desarrollo de hábitos prácticos.

Dos semanas después de la intervención, se realizó una visita a la comunidad para evaluar la capacidad de mantener la implementación continua de las medidas higiénico-sanitarias promovidas durante el proyecto. Para ello, se coordinó con el MINSA una pequeña jornada de desparasitación y se pidió el apoyo de los profesionales de la salud para que sirvieran de observadores control de las acciones que llevarían a cabo en ese momento responsables familiares y menores. Los resultados mostraron que la mayoría de los que estaban presentes seguían practicando medidas preventivas, lo que indicó una alta capacidad de sostenibilidad del proyecto.

Se evaluaron los costos del proyecto en relación con sus resultados. Se encontró que el proyecto tuvo una relación costo-beneficio positiva, ya que el costo del proyecto fue menor que los beneficios obtenidos, pues las medidas higiénico-sanitarias adquiridas por la comunidad servirán en gran medida a reducir las parasitosis intestinales. La evaluación del

proyecto demostró que fue eficaz en la promoción de medidas preventivas contra las parasitosis en la comunidad, habiendo aumentado significativamente el conocimiento y las prácticas de prevención, por lo que, la intervención fue implementada con éxito.

También es importante destacar una alta capacidad de sostenibilidad del proyecto a largo plazo. En primera instancia porque las personas de la comunidad demostraron tener un alto nivel de participación y colaboración para el trabajo colectivo. Por otra parte, por la participación de diferentes instituciones gubernamentales y organizaciones que estuvieron apoyando de manera directa e indirecta a las actividades que se realizaron, esto demuestra el valor que le dan a estas acciones y el empeño que tienen las mismas para el desarrollo de las comunidades y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes. Estas alianzas que se tuvieron podrán permitir dar continuidad al proyecto, por ende, mantener sostenible el impacto logrado.

Aunque la literatura referente a este tipo de proyectos es escasa, los resultados e impacto obtenidos en esta intervención socioeducativa son similares a los encontrados por (Fernández y otros, 2008; Pérez y otros, 2007), principalmente en lo que respecta a la práctica de las medidas higiénico-sanitarias. Es muy importante recalcar que, las actividades interventivas en esta comunidad no terminan en este punto, sino, que hay un compromiso, principalmente con los líderes de comunidad, para dar continuidad al proyecto; por lo que, en momentos próximos se está reestructurando y ampliando las acciones a llevar a cabo, la cual incluirá el diagnóstico y seguimiento clínico de las enfermedades parasitarias.

4. CONCLUSIONES

El proyecto realizado tuvo como objetivo mejorar la salud y calidad de vida de los habitantes de la comunidad San Ramón de Juigalpa, mediante la promoción de medidas higiénico-sanitarias para lograr la prevención y reducción de las parasitosis intestinales. Al realizar la evaluación diagnóstica-inicial, se identificaron en conjunto con los líderes de comunidad, las causas y síntomas más comunes de las parasitosis intestinales, así como las acciones que se pudiesen tomar para la reducción de las altas prevalencias de estas infecciones. Se encontró que las principales causas de las parasitosis eran la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico, las malas prácticas de higiene personal y la práctica del fecalismo al aire libre. Además, se identificó una limitada educación sanitaria en

la comunidad, principalmente relacionada al desconocimiento de las medidas higiénico-sanitarias.

Al implementar el taller socioeducativo, en el que se utilizaron diversas técnicas como la charla, los medios audiovisuales, la simulación y el mini teatro de títeres, se logró sensibilizar y empoderar a las familias de la comunidad, demostrando que la promoción de medidas higiénico-sanitarias sirve como estrategia para que la población comprenda la importancia del lavado de manos, el consumo de agua potable segura y que la práctica de una buena higiene personal, sirven para prevenir las parasitosis intestinales. Al vincular el proyecto con la UNAN- CUR Chontales, a través de la OCAVIDEPS, el MINED, el MINSA, la Cruz Blanca nicaragüense, UNEN y la Juventud Sandinista, se destaca la importancia que tienen las instituciones y organizaciones gubernamentales para el apoyo de este tipo de proyectos, logrando a su vez tener un flagelo para la sostenibilidad y seguimiento de la intervención.

Los resultados fueron muy satisfactorios, demostrando que las personas de la comunidad tienen la voluntad de seguir aplicando las medidas higiénico-sanitarias de manera correcta y conscientes, lo que demuestra la relevancia que le dan a las mismas. En general, se puede concluir que el proyecto fue exitoso en la implementación de medidas preventivas y en la sensibilización de la comunidad sobre la importancia de la educación sanitaria para prevenir las parasitosis intestinales. Es necesario seguir trabajando con las actividades de concientización para asegurar la sostenibilidad del proyecto y mejorar la salud de la comunidad a largo plazo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüin, V., Cisneros, L., & Meléndez, R. (2011). Prevención de parasitosis intestinal mediante técnicas de educación a distancia. *Revista cubana salud publica*, 37(2), 104-107.
- Ander, E. (1991). *El taller: Una alternativa de renovación pedagógica* (2 ed.). Magisterio del Río de la Plata.
- Ander, E., & Aguilar, M. (2005). *Cómo elaborar un proyecto* (18 ed.). Lumen Hymanitas.
- CEPAL. (02 de Marzo de 2022). *Observatorio Regional de planificación para el desarrollo de América Latina y el Caribe*. Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y para el Desarrollo Humano 2022 - 2026 de Nicaragua: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-de-lucha-contra-la-pobreza-y-para-el-desarrollo-humano-2022-2026-de-nicaragua>
- Cioffi, C. (2010). Introduction to computational social science: principles and applications. *Springer Science & Business Media*.

- Cotonieto, E., & Rodríguez, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *JONNPR*, 6(2), 393-410. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- Espinoza, E. (2020). Reflexiones sobre las estrategias de investigación acción participativa. *Conrado*, 16(76), 342-349.
- Fernández, H., Estrada, I., Crespo, Y., & Rodríguez, K. (2008). *Intervención educativa para el control del parasitismo intestinal en adolescentes*. *Archivo médico de Camagüey*, 12(4), 1-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116121004>
- Hamui, A., & Varela, M. (2012). La técnica del grupo focal. *Investigación en educación médica*, 2(1), 55-60. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-paso-paso-el-diseno-un-13029750>
- Loja, F., & Zea, G. (2014). *Proyectos de intervención realizados por los Dobes de la provincia del Azuay* [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20941/1/Tesis.pdf>
- Martín, J. (1991). *De los medios a las mediaciones* (2 ed.). Gustavo Gili, S,A.
- Minaya, C. (2009). *Guía para el desarrollo de charlas y talleres*. EsSalud. <https://cap3mantaro.webcindario.com/pdf/guiaDCT.pdf>
- ONU. (2022). *Objetivos de desarrollo Sostenible Nicaragua*. ONU.
- OPS. (2016). Sitio Web Oficial OPS/OMS. Niños sin parásitos en Nicaragua: <https://www.paho.org/es/historias/ninos-sin-parasitos-nicaragua>
- Pérez, M., Sánchez, M., Cueto, G., Mayor, A., Fernández, N., & Rodríguez, A. (2007). Intervención educativa y parasitismo intestinal en niños de la enseñanza primaria. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 23(2). <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=45713>
- Segura, J. J. (1990). Algunas consideraciones sobre el teatro de títeres y medios socioeducativos. *KOBIE*, 90(7), 117-122.
- UNAN FAREM Chontales. (2023). Estudios realizados por la carrera de Bioanálisis, periodo 2016-2020. *UNAN FAREM Chontales*
- Zapata, F., & Rondán, V. (2016). *La investigación-acción participativa. Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña*. Instituto de Montaña.

RIESGOS EN ADOLESCENTES: UN ENFOQUE AFECTIVO Y SEXUAL

CARMEN DOLORES CASTRILLO REYES

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua

ZENAYDA AURORA SUÁREZ

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

La educación afectiva y sexual es de interés social y un desafío para la salud pública, ya que influye en el comportamiento y prevención de riesgos en los adolescentes. El mismo hecho de ser adolescentes ubica a esta población como un grupo vulnerable y de necesaria intervención para evitar el incremento de los factores de riesgo que generen conductas poco favorecedoras para su desarrollo integral y el impacto que genera en sus vidas a nivel mental; considerando que la adolescencia es un período básico en la creación de estilos de vida como el ejercicio y descanso; toma de decisiones, capacidad de relacionarse con otras personas y gestión de emociones para una buena convivencia con sus amigos, familia y entorno en general (OMS, 2021).

Algunos autores consideran que las conductas de riesgo en adolescentes pueden potencializarse con factores protectores como la inteligencia emocional, resiliencia, unión familiar, fuertes lazos de amistad, participación en actividades de ocio, convivencia; en el caso de los factores negativos detallan el déficit en los círculos de apoyo, conductas inadecuadas en la alimentación, sustancias ilegales, violencia en general, inicio de vida sexual activa a temprana edad, pobreza extrema y carencia de oportunidades. Los comportamientos de riesgo se expresan mediante la limitación del alcance del adolescente en sus hitos de desarrollo que le corresponden según su edad y competencia social esperada (Jessor, 1995; Krauskopf, 1995).

Varios son los esfuerzos que cada país realiza para evitar que los adolescentes desarrollen factores de riesgo, Nicaragua posee un código de la niñez y adolescencia para la atención específica de esta población, instituciones como la Policía Nacional, el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de la Juventud, establecen acciones para

la promoción de una adolescencia sana, segura y con acceso a oportunidades, sin embargo, se han identificado vacíos en temas de la afectividad, generando comportamientos de riesgos en este segmento poblacional, cuyo impacto a mediano y corto plazo genera situaciones adversas como embarazos a temprana edad, uso de sustancias adictivas, fracaso escolar, violencia intrafamiliar y de género, así como perpetuación de la pobreza.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud en el Sistema Local de Atención Integrada en Salud de Chontales (SILAIS, Chontales), durante el periodo del 2020 al 2023 entre las principales causas de consulta en adolescentes se encuentran 6 casos con afecciones psiquiátricas, 2 casos de ansiedad producto de la presión social y familiar, 194 partos (21 entre 10 a 14 años y 173 entre 15 a 19 años), en el programa de planificación familiar en el mismo periodo atendió 3,131 adolescentes, de estos 11 casos entre personas jóvenes de 10 a 14 años y 3,120 en edades de 15 a 19 años.

La Corte Suprema de Justicia, mediante el Instituto de Medicina Legal (2021) reportó «atenciones a personas entre 13 a 17 años: lesiones físicas 1776, lesiones psíquicas 2,362, violencia dentro de la familia 611, violencia sexual 1,970» (p. 5), cabe señalar que, en los casos de lesiones psíquicas, violencia dentro de la familia y violencia sexual los datos se multiplican ampliamente en contra de la mujer.

Un estudio realizado en España sobre el análisis de programas de educación sexual para adolescentes concluye que debe integrarse en el currículo la educación sexual, que incluya los aspectos psicosociales, la diversidad sexual y la igualdad de género (Barriuso-Ortega, 2022); en Chile, la investigación titulada los estudiantes que sobran: motivaciones y causas del fracaso escolar, destacan que existen 3 dimensiones: la persona, el contexto escolar y el contexto familiar/comunitario y el impacto que tienen los servicios de salud sexual y afectiva en los adolescentes (Padilla, 2022). En Argentina, Dvoskin (2023) revisó el tema de la educación sexual integral como movimiento pedagógico, determinando que hay muy pocos libros de texto de las materias específicas que han incorporado el tema de la educación sexual integral y la carencia de análisis del discurso en las prácticas educativas en el aula de clases. El estudio sobre conocimientos del programa de sexualidad y afectividad del estudiantado de nuevo ingreso de la Universidad de Costa Rica (Arias, 2024) encontró desconocimiento en infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos, prioridad

para evitar los embarazos adolescentes y requerimientos en la educación terciaria sobre estos temas.

La preocupación sobre la problemática conlleva a la siguiente interrogante:

¿Cómo influye la educación afectiva sexual en la aparición de riesgos psicosociales en adolescentes del municipio de Juigalpa, Chontales, II semestre 2024?

Interrogante que da origen al siguiente objetivo que guía esta investigación:

Analizar los riesgos psicosociales en adolescentes desde la perspectiva de la educación afectiva y sexual del municipio de Juigalpa, Chontales, II semestre 2024.

2.1. Postura teórica

Estudios recientes están destacando los complejos factores de riesgos psicosociales que deterioran a la calidad de vida de los adolescentes, Vega y Alvarado (2019) hacen especial énfasis en la depresión asociada a cuestiones socio estructurales que conlleva al abuso de sustancias en especial al consumo de marihuana, por su parte Castelo et al. (2024) considera que el estrés y la depresión son condiciones psicosociales asociados al abuso de las redes psicosociales, están deteriorando la salud física y mental de la juventud, otro elemento importante señalado por Bustamante et al. (2022) es el conjunto de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que sustentan la autoestima, el bienestar subjetivo para el afrontamiento de los desafíos de la adolescencia.

El desarrollo psicosexual en la adolescencia se divide en etapas, las cuales van avanzando según la edad del joven de manera que se detallan dos etapas, la de latencia, que comprende entre las edades de 6 a 11 años en este periodo se desarrolla el yo personal, la base científica a nivel mental y el inicio en la maduración genital; es a partir de los 11 años cuando se da el desarrollo puberal definitivo, se despierta el interés sexual, la orientación y aceptación en la mayoría de los casos de los roles predefinidos socialmente (Freud, 2006).

Imagen 1. Adquisición de objetivos psicosociales en la adolescencia

	<i>Adolescencia inicial</i>	<i>Adolescencia media</i>	<i>Adolescencia tardía</i>
Independencia	< Interés por padres Comportamiento/humor inestables	> Conflicto con los padres, más tiempo amigos	Reaceptación consejos/valores paternos Dudas aceptar
Imagen corporal	Preocupación por el cuerpo. ¿Soy normal? Inseguridad Comparación	Aceptación del cuerpo Hacerle atractivo (TCA)	Aceptación cambios Imagen preocupa si anomalía
Amigos	Relaciones con amigos = sexo (+ o -). Sentimientos ternura, miedos	> Integración amigos, conformidad reglas, valores... separar familia R. heterosexuales... CR.	< Importancia grupo < Experimentación > Relaciones íntimas
Identidad	> Capacidad cognitiva Autointerés y fantasías Objetivos idealistas Intimidad Sentimientos sexuales No control de impulsos	> Capacidad intelectual > Sentimientos (otros) Notan sus limitaciones Omnipotencia... Conductas de riesgo	P. Abstracto establecido Objetivos realistas Valores morales, religiosos, sexuales Comprometerse y establecer límites

TCA: trastorno del comportamiento alimentario; CR: conductas de riesgo, (+o -) aspectos positivos (deporte, relaciones...) y negativos (implicarse en conductas arriesgadas); P. abstracto: pensamiento abstracto.

Nota. Descripción de los avances alcanzados según edad en la adolescencia. Fuente: Tomado de Güemes-Hidalgo (2017).

3. MATERIAL Y MÉTODO

La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, con el propósito de profundizar en la comprensión de cómo la educación afectiva y sexual influye en la aparición de riesgos psicosociales en adolescentes del municipio de Juigalpa, Chontales. Se basa en el paradigma positivista, el cual permite explicar y predecir fenómenos a través de la medición objetiva. Este enfoque favorece la neutralidad en el análisis del objeto de estudio mediante un diseño observacional y analítico de corte transversal. Para ello, se recolectaron y analizaron datos numéricos con el objetivo de caracterizar aspectos biológicos y sociodemográficos, así como de explorar la situación afectiva y sexual de los adolescentes y describir los factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta estructurada, validada mediante el software SPSS 21 y basada en una escala Likert. En ella se incluyeron variables demográficas, como edad, sexo, nivel académico y empleo, junto con información detallada sobre la situación afectiva y sexual de los participantes. La aplicación de este instrumento resultó clave para la obtención de datos sistemáticos y eficientes.

El universo de estudio estuvo compuesto por 278 adolescentes del municipio de Juigalpa, priorizados por el Ministerio de Salud. De este grupo, se seleccionó una muestra representativa de 249 adolescentes, calculada con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Para garantizar la validez de los resultados, se empleó un muestreo probabilístico, asegurando que todas las personas tuviesen la misma probabilidad de ser seleccionados.

En el desarrollo del trabajo de campo, se inició con la identificación del tema y la población objetivo. Posteriormente, se gestionó la autorización de las autoridades locales para acceder a la información relevante. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de encuestas en diversos contextos accesibles para los participantes, asegurando así una mayor cobertura y representatividad de los resultados.

Desde el punto de vista ético, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes antes de la aplicación de los instrumentos, garantizando el respeto a sus derechos y la confidencialidad de la información. Además, se tomaron medidas para evitar cualquier conflicto de interés en la interpretación de los resultados.

El análisis de los datos se realizó mediante estadísticas descriptivas, con el objetivo de caracterizar a los participantes y describir los riesgos psicosociales asociados a su situación afectiva y sexual. Se calcularon frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central, como la media y la mediana, y medidas de dispersión, como la desviación estándar. Los resultados se presentaron en tablas para facilitar su interpretación y comprensión.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características biológicas y sociales de los adolescentes en estudio

	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. Desviación
Edad en años	249	2	10	1653	6.64	2.151
Nivel académico	249	1	4	736	2.96	.555
Posees empleo	249	1	2	438	1.76	.498
Sexo	249	1	2	324	1.30	.460
N válido (por lista)	249					

Fuente: Elaboración propia.

Las principales características de la adolescencia indican que en las edades de la juventud en estudio se ubican entre 11 años como mínimo y 19 años como máximo, con una media de 6.64, lo que indica que en promedio las edades de los encuestados se encuentran en una categoría relativamente alta, dentro del rango de edades entre 13 a 19 años, la desviación estándar de 2.151 sugiere una variabilidad moderada en las edades, implicado que algunos participantes son significativamente más jóvenes o mayores a la media. En este sentido, UNICEF, establece que la adolescencia es un periodo que inicia en la niñez y culmina en la edad adulta, es decir, oscila entre 10 a 19 años de edad, en el caso de quienes forman parte del estudio del estudio sus edades estaban entre 11 a 19 años (tabla n° 1).

El rendimiento académico, los participantes tienden a estar en niveles intermedios, cercanos al tercer nivel. La baja desviación estándar (0.555) indica que las respuestas están bastante agrupadas alrededor de la media, lo que sugiere una homogeneidad en el nivel académico, algunos factores relacionados como la motivación, el deseo de superación, las expectativas individuales influyen en el rendimiento académico, al igual que las estrategias y dinámicas utilizadas por los docentes inciden en esta variable (Formento-Tórres et al., 2023).

La mayoría significativa no posee empleo, indicando una media de 1.76, esto sugiere que hay una proporción significativa de las personas sin empleo en la muestra analizada, la desviación estándar relativamente baja (0.498) indica que las respuestas no varían mucho entre los participantes; la edad de la población económicamente activa varía, pero lo más común es que inicie entre los 14 a 15 años.

La media de 1.30 sugiere que hay una mayor representación del grupo correspondiente al sexo femenino.

Tabla 2. Educación Afectiva y sexual de las personas adolescentes

		Pg 1	Pg 2	Pg 3	Pg 4	Pg 5	Pg 6	Pg 7	Pg 8	Pg 9	P 10	P 11
NN	Válido	249	249	249	249	249	249	249	249	249	249	249
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		2.68	3.04	2.59	2.72	2.48	2.77	2.64	3.52	2.08	2.36	1.29
Moda		2	2	1	2	2	1	1	5	1	1	1
Suma		664	756	644	677	617	690	657	876	518	588	322

Nota. Pg. Corresponde a las interrogantes en el orden que se presentan en la tabla: ¿Conoce sobre afectividad, ha recibido afecto?, ¿Como afronta sus preocupaciones?, ¿Como afronta sus inquietudes?, ¿Ha experimentado situaciones difíciles?, ¿Se le dificulta enamorarse, Se le dificulta tener relaciones amistosas?, ¿Vive en un ambiente de violencia?, ¿Tiene libertad para tomar sus decisiones?, ¿Sabe cómo cuidar su cuerpo?, ¿Conoce sus derechos reproductivos? Fuente: Elaboración propia.

La media de 2.68 (tabla nº 2) indica que, en promedio, los participantes conocen moderadamente, sobre afectividad; la moda de 2 sugiere que el nivel más frecuente en las respuestas es un conocimiento poco, lo que implica que una parte significativa de los participantes tiene conocimiento limitado sobre la afectividad. Los participantes sienten que reciben afecto moderadamente, la moda de 2 indica que muchos consideran que reciben poco afecto. Los conceptos de afectividad y afecto están estrechamente relacionados, en las diferentes etapas de la vida están implícitos, Quintanilla (1996) manifiesta que «Los niños están en un proceso de aprendizaje constante, incluso si los padres no son conscientes de ello» (p. 7), de ma-

nera que se fomente el desarrollo social y emocional para que la persona pueda enfrentarse a los desafíos de la vida de forma positiva y resiliente.

La media de 2.59 sugiere que los participantes comparten poco sus preocupaciones, la moda de 1 explica que muchos no comparten sus preocupaciones en absoluto, lo que podría indicar problemas de comunicación y confianza en su entorno, en relación con la información sobre sus inquietudes personales. La media es de 2.72 reflejando un poco nivel de información en este tema, la moda es de 2, lo que refuerza la idea de que muchos participantes no saben cómo abordar sus inquietudes. Al consultar sobre si han enfrentado situaciones difíciles, expresan que poco, la moda también es baja, sugiriendo que muchos no se sienten preparados para manejar situaciones complejas. Un estudio realizado en Cuba identifica que hay familias y cuidadores con incapacidad para enfrentar los conflictos, carencias en los programas de salud escolar, familias disfuncionales, todos estos conflictos percibidos por los adolescentes generan preocupaciones y sensación de no tener con quien compartir sus situaciones conflictivas y recibir soluciones (Figueroa et al., 2018).

En el tema de enamoramiento, los participantes han experimentado moderadamente, sin embargo, la moda es baja (1), lo que sugiere que una parte significativa no ha tenido experiencias románticas significativas. En las relaciones amistosas la media (2.64) indican un nivel poco a moderado en la cantidad y calidad en ellas, la moda nuevamente baja (1), indica poca conexión entre la juventud. En la educación sexual se promueve que «Se acepte de forma positiva la identidad sexual, entendiendo y sintiendo las posibilidades que nos brinda este placer, ternura, comunicación, afecto y procreación» este dato favorece una vista positiva de la sexualidad, especialmente enamoramiento y las relaciones amistosas.

El cuidado del cuerpo en los participantes del estudio refleja que lo hacen moderadamente, la moda de 5 indica que un número considerable cuida muy bien su cuerpo, generando esto un aspecto positivo y hábitos saludables. En el manual de la UNICEF (2021) se declara la incorporación de rutinas de autocuidado para prevenir o tratar enfermedades físicas y mentales para mejorar la calidad de vida.

La media baja de 2.08 en el tema de violencia en el entorno indica que muchos participantes conviven en un ambiente con muy poca violencia, una moda baja de (1), expresa que viven en un ambiente relativamente seguro para la mayoría. La toma de decisiones tiene una media de 2.36 y una moda de (1), se infiere que muchas participantes sienten tener una libertad limitada en sus decisiones personales, esto puede asociarse con restricciones sociales o personales significativas. La mayoría de los

participantes en el estudio no conocen bien sus derechos reproductivos, este hallazgo resalta la necesidad urgente de educación y concienciación en este ámbito. Cáceres et al. (2021) menciona que la violencia en todos sus tipos genera consecuencias graves y representan un problema de salud pública que se incrementa cada día afectando los aspectos biopsicosociales en los adolescentes.

Tabla 3. Riesgos psicosociales en adolescentes en estudio.

		Pg 1	Pg 2	Pg 3	Pg 4	Pg 5	Pg 6	Pg 7
N	Válido	249	249	249	249	249	249	249
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		1.81	1.49	2.00	2.52	1.59	1.56	1.36
Moda		1	1	1	3	2	2	2
Suma		450	370	499	628	396	388	587

Nota. Pg. Corresponde a la pregunta conforme se planteó en la tabla, ¿Has sufrido violencia familiar?, ¿Has sufrido violencia sexual?, ¿Has sido víctima de Bullying o acoso?, ¿Cómo es tu rendimiento académico?, ¿Consumes algún tipo de sustancias ilegales?, ¿Has iniciado una vida sexual activa?, ¿Tienes información sobre planificación familiar? Fuente. Elaboración propia.

Los resultados de la variable de riesgos psicosociales (tabla n° 3) muestran que los adolescentes han sufrido violencia intrafamiliar en raras ocasiones, con una media de 1.81, la moda de (1) indica que la respuesta común es que nunca han sufrido este tipo de violencia, traduciéndose en que la mayoría representativa no ha experimentado este tipo de situaciones; al consultarles sobre violencia sexual, la media indica que no haber sufrido violencia sexual, aunque la media (1.49) refleja un dato no representativo pero que llama la atención pues nadie debería pasar por una experiencia de este tipo.

Otro factor interesante de revisar es el rendimiento académico los resultados nos indican una media de 2.52 reflejando un dato bajo y regular, la moda de 3, sugiere que el nivel más comúnmente reportado es de regular, implicando que hay un número importante de adolescentes que sienten un nivel aceptable en sus calificaciones, este dato genera una oportunidad sobre la que se puede intervenir para la mejora del desempeño escolar.

El consumo de sustancias ilegales, con una media de 1.59 y moda de (2) indica que la juventud responde que no consumen este tipo de sustancias, aunque no se detalla como dato representativo, es meritorio mencionar que es un hallazgo muy positivo, sugiere que esta actividad es relativamente baja en este grupo.

El inicio de la vida sexual activa de una media de 1.56 menciona que tienden a responder que no, indicando que la mayoría de las personas encuestadas no ha iniciado esta actividad, aunque no es un grupo representativo, muchas personas jóvenes ya iniciaron actividad sexual. En relación con la información sobre planificación familiar, una media de 1.36 indica que en su mayoría respondieron que no poseen suficiente información al respecto, en cambio hay un grupo minoritario que sí poseen la información necesaria.

Como se ha venido explicando los principales desafíos están enfocados a aspectos estructurales socio familiares, temas emergentes como son el abuso en las redes sociales y los cambios psicológicos y fisiológicos del adolescente en la transición de la adolescencia a la adultez.

5. CONCLUSIONES

Este estudio analizó los riesgos psicosociales en adolescentes desde la perspectiva de la educación afectiva y sexual del municipio de Juigalpa, Chontales, II semestre 2024, en donde la detección precoz contribuye a la intervención oportuna.

Los principales resultados sugieren que la educación afectiva y sexual es necesaria para la prevención de riesgos como el fracaso escolar, el uso de sustancias ilícitas, la violencia, el inicio precoz de la vida sexual y de forma no responsable, déficit en la información de planificación familiar. Cabe señalar, que estos resultados no alteran la integridad de los participantes, por el contrario, son beneficiosos para la toma de decisiones y fortalecimiento de las acciones de promoción en salud de la juventud.

Lo más importante en este análisis fue visualizar de forma objetiva datos precisos del tema que ofrecen la pauta para la intervención oportuna en esta población vulnerable que demanda atención interdisciplinaria. Sin embargo, por considerarse un trabajo en proceso no se establece la intervención, lo que da paso a la continuidad del mismo en un corto plazo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, P. (2024). Conocimientos del Programa de Sexualidad y Afectividad del estudiantado de nuevo ingreso de la Universidad de Costa Rica (Occidente). *Revista Educación*, 48(1), 1-20. <https://doi.org/10.15517/revedu.v48i1.53999>

- Barriuso-Ortega, D. Heras-Sevilla & M. Fernández-Hawrylak, Trad. (2022). Análisis de los programas de educación sexual para adolescentes en España y otros países. *Revista Electrónica Educare*, 26 (2),1-21.
- Bustamante, L. K., Luzuriaga, M. A., Rodríguez, P. E., & Espadero, R. G. . (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 389-398. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>
- Cáceres, R. S., González, A. A., & Torres, A. G. (2021). Abuso sexual infanto juvenil: Una lectura cuantitativa y cualitativa de las variables que influyen en esta problemática. *Revista de Salud y Derecho*, 11(1), 1-15.
- Castelo, W.P., Quispe, J.J., Aveiga, J.M., Gonzales, M.E., & Cueva, J.L. (2024). Relación entre problemas psicosociales y trastornos psicológicos en adolescentes de Santo Domingo, Ecuador. *Horizonte de enfermería*, 35(1), 177-195.
- Corte Suprema de Justicia (2021). Anuario 2021. Instituto de Medicina Legal Nicaragua.
- Dvoskin, G. (2023). La Educación Sexual Integral como movimiento pedagógico: tensiones entre el saber validado y las experiencias directas. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 33(1), 126-149.
- Figuroa, D. V., Navarro, Y., & Romero, F. A. (2018). Situación actual de la adolescencia y sus principales desafíos. *Gaceta Médica Espirituana*, 20(1), 98-105.
- Formento-Torres, A. C., Quílez-Robres, A., & Cortés-Pascual, A. (2023). Motivación y rendimiento académico en la adolescencia: una revisión sistemática meta-analítica. *Relieve. Investigación y Evaluación educativa*, 29(1). <https://doi.org/10.30827/relieve.v29i1.2511>
- Fundación Silencio (FUNDASIL). (2021). *Manual de autocuidado*. UNICEF.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J. & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233-244.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12,-597-605.
- Krauskopf, D. y Suarez, E. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: una perspectiva psicosocial En *OPS* (Ed.), *La Salud del adolescente y del joven*. Publicación científica n° 552 (183-193). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental de los adolescentes*. OMS.
- Padilla, C. A. (2022). Los estudiantes que sobran: motivaciones y causas del fracaso escolar en jóvenes estudiantes chilenos. *Chakiñan, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 19, 24-43.
- Quintanilla, B. (1996). La educación de la afectividad. *Revista Panamericana de Pedagogía*, 1(1), 254-263.

UNICEF. (s. f.). *¿Qué es la adolescencia?* <https://goo.su/61zal>

Vega, J. L., & Alvarado, T. (2019). Factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes. *Atención Familiar*, 26(2), 63-67. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.2.68827>

FOMENTO DE LA SALUD COMUNITARIA A TRAVÉS DE ESTRATEGIAS SOCIOEDUCATIVAS EN NICARAGUA

MARCO ANTONIO REYES CENTENO
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

KARLA PATRICIA CASTILLA
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

En un mundo cada vez más conectado, la importancia de la comunidad en la promoción del bienestar y la prosperidad es evidente. Según Sen (1999), «la participación comunitaria es fundamental para enfrentar los retos sociales y mejorar la calidad de vida» (Sen & Harlem Brundtland, 1999, párr. 19). La intervención socioeducativa integral en salud tiene un papel vital en el desarrollo socio-comunitario, especialmente en contextos donde hay niños, niñas, adolescentes y jóvenes en riesgo. Por lo tanto, es esencial abordar de forma integral los factores de riesgo que afectan la calidad de vida y el bienestar de la población beneficiaria, con el objetivo de prevenir riesgos psicosociales.

Para llevar a cabo la intervención que se analiza en este trabajo, se realizó un diagnóstico basado en las necesidades percibidas por la población objetivo. En respuesta a estas necesidades, se implementaron acciones para mitigar los factores de riesgo desde las esferas individual, familiar y comunitaria. Para esto, se coordinó con diversas instituciones estatales, redes comunitarias y la red de padres de familia, así como con el voluntariado social del Centro Universitario Regional de Chontales, UNAN-MANAGUA, que supervisa y ejecuta acciones para el desarrollo comunitario, especialmente para los más vulnerables, colaborando con agentes sociales para mejorar la calidad de vida de la población.

A partir de un análisis situacional de los barrios de Juigalpa, se observó que estos enfrentan altos niveles de inseguridad, consumo de drogas, delincuencia, embarazos en adolescentes, y problemas nutricionales y ambientales. Por ello, en colaboración con representantes de diversas ins-

tituciones, se llevaron a cabo acciones educativas en sectores vulnerables, como la comunidad LGBTI y las personas trabajadoras sexuales, debido al aumento de conductas de riesgo. Los serios problemas de delincuencia, en su mayoría relacionados con juventud que busca «dinero fácil» para satisfacer las necesidades asociadas al consumo de drogas, son preocupantes. Sin embargo, existen alternativas donde las personas jóvenes se agrupan para crecer y mejorar sus oportunidades, como organizaciones sociales que les ayudan a salir de ciclos de anarquía, autodestrucción y violencia. En este contexto, los espacios de intervención socio-comunitaria contribuyen desde el interior de los barrios a reducir los factores de riesgo, lo que implica transformar las realidades desde adentro.

Dada la variedad de factores de riesgo, es crucial implementar intervenciones de urgencia socio-comunitarias para los habitantes del barrio de Juigalpa, Chontales, lo que ayudará a mitigar problemas sociales, de salud, nutricionales y ambientales, entre otros, en la población donde se lleva a cabo la intervención. El desarrollo de estas intervenciones se basa en el interés superior de niños y niñas en la lucha contra la pobreza y la prevención de riesgos psicosociales, abarcando la niñez, adolescencia, juventud y la población en general, mediante un trabajo coordinado desde los entornos de socialización (familia, escuela, barrio y comunidad). Los actores sociales e instituciones públicas y privadas implicados en estas acciones se dedican a proteger los derechos de la niñez, adolescencia y juventud.

Las intervenciones que se planean ejecutar buscan mejorar la calidad de vida de los niños, así como del entorno familiar y comunitario en las comunidades seleccionadas. La población beneficiaria asciende a 7600 personas de manera indirecta y 3501 de forma directa. Esta población se encuentra en edades vulnerables, lo que ayudará a aumentar su seguridad y reducir factores de riesgo, como el consumo de drogas, la formación de pandillas juveniles, la falta de empleo, el embarazo temprano y el abandono escolar.

2. MARCO TEÓRICO

Las intervenciones comunitarias de salud se apoyan en una variedad de actividades, desde la promoción de la salud, hasta abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales, promoviendo el empoderamiento sobre salud, a través de la participación comunitaria. Por consiguiente, se puede decir que la intervención comunitaria es un conjunto de acciones planificadas y coordinadas que se realizan con una

comunidad con el objetivo de fomentar o mejorar la calidad de vida y bienestar de sus miembros. Estas acciones centran en diversos ámbitos, como la salud, la educación, la vivienda, el medio ambiente, la seguridad entre otras. Donde la principal característica es la participación de la comunidad como parte fundamental del proceso de intervención, donde sus miembros colaboran en la identificación de problemas, la toma de decisiones y la implementación de soluciones.

Según la OMS la intervención de la comunidad en el desarrollo sanitarios (ICS) “es un nuevo método imaginativo con el que se trata de aunar los conocimiento y recursos de la infraestructura sanitaria oficial y profesional y los de la población local” (OMS, 1990, pág. 3).

Una intervención comunitaria se trata de una serie de actividades encaminadas a promover el desarrollo de la comunidad y cambiar sus realizad a través de la participación comunitaria (Mori, 2008). Por tanto, el enfoque de esta intervención se centra en la colaboración y el empoderamiento de las comunidades a través de procesos dinámicos e interorganizacionales para abordar sus problemas y mejorar su bienestar general, obtener una comprensión profunda de sus necesidades y comprometerse a corto, mediano y largo plazo en la mitigación de los diversos factores de riesgo (Castilla, 2024).

En este sentido la IC representa una alternativa que puede actuar como revulsivo en la comunidad urbanas o rural poco dispuestas a transformar parte de su realizada, ensombrecida por el miedo social en sus expresiones de aislamiento, la falta de convivencia y ausencia de participación organizada, sobre todo en proyectos de intervención para el bienestar comunitario.

Por consiguiente, el fomento de la salud comunitaria es un enfoque integral que busca mejorar la salud y el bienestar de una comunidad a través de la participación de sus miembros: implica educar a la población sobre temas de salud relevante, promoviendo estilos de vidas saludables y crear entornos que faciliten la adopción de conductas positivas.

Partiendo de la participación de la comunidad, Chambers plantea que la participación de las comunidades en su propio desarrollo es el corazón de cualquier intervención que fomente mejora de la calidad de vida de una comunidad. La idea planteada por Chambers, sobre la participación de la comunidad en su propio desarrollo como elemento central de cualquier intervención destinada a la mejora de la calidad de vida, resalta un enfoque centrado en las personas y en la determinación de las comunidades. Esta perspectiva encaja con la reflexión previa, que destaca cómo la participa-

ción no sólo empodera a la indivisión, sino que también facilita la creación de soluciones adaptadas a las necesidades (Castilla y otros, 2021).

Ambas ideas subrayan la importancia de reconocer a las comunidades como agentes clave en su propio bienestar. Es por tanto que esta acción de fomento de mejorar la calidad de vida de los barrios de Juigalpa de involucro directamente a los integrantes de barrios seleccionados, así como la comunidad universitaria, lo que permitió la eficacia de las acciones y el reforzamiento de la sostenibilidad a largo plazo, de este modo se logró promover una calidad de vida forjada a través de la equidad, el empoderamiento y la capacidad de resiliencia frente a los problemas sociales.

Para la realización de las intervenciones se toman en cuenta las determinantes sociales planteadas por Lalonde que se dividen en cuatro categorías principales y que son fundamentales para entender como diferentes factores influyen en la salud de la población como la: biología humana, estilos de vida, entorno y sistema de salud. Es importante que los integrantes de la comunidad reconozcan que la salud está determinada por una amplia gama de factores sociales, económicos, culturales y ambientales. En el caso de esta intervención dentro de las dimensiones propuestas por Lalonde se toman en cuenta los estilos de vida y el entorno.

En caso de la drogadicción está ligada a los estilos de vida que influyen como el estrés, la búsqueda de nuevas experiencias y la presión social, Según la OMS (2014) los patrones de consumo de sustancias están influenciado por el contexto social y cultural de las personas. En caso del entorno, influyen los factores socioeconómicos y la falta de acceso a servicios de salud, agudizando la prevalencia de la drogadicción.

Congruente con lo anterior un estudio realizado por McLellan et al. (2000) señala que el entorno social y comunitario puede facilitar o dificultar el acceso a recursos que proveen de abuso de sustancias

2.1. Embarazo en adolescentes e ITS

El estilo de vida influye en la toma de decisiones sobre salud sexual entre adolescentes. Durante la adolescencia, a menudo, se acrecenta la influencia de las variables conocimiento y educación. La falta de educación sexual integral puede resultar en embarazos no deseados y con un alto riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) (Lundgren y McCoy, 2010). Otros actores plantean que esta problemática se da por la presión de los pares y por falta de responsabilidad de la adolescencia y su progenitores y de los padres a no facilitar información sobre la sexualidad responsables. En cuanto al entorno según el Fondo de la población de las

Naciones Unidas (2013), el acceso limitado a atención médica. En el caso de Nicaragua el acceso de salud no es limitado ya se cuenta con red de servicios de salud con una cartera de servicio amplia. No obstante, la presión social entre pares contribuye a la alta tasa de embarazo en adolescentes y propagación de ITS, por tanto, el entorno familiar debe jugar un papel crucial para la prevención.

2.2.Estado nutricional

Los hábitos alimenticios de los escolares son a menudo reflejos de los estilos de vida familiar y comunitario, Según estudios de Naylor y Tors (2015), un estudio de vida sedentario y la falta de educación nutricional afectan negativamente el estado nutricional de los infantes. En caso del entorno escolar y la disponibilidad de alimentos saludables son determinantes clave. El informe de FAO (2019) destaca que el acceso limitado a alimentos nutritivos y la falta de políticas escolares adecuada pueden contribuir a problemas de malnutrición.

2.3.Discriminación y estigma a las personas LGBTI

La estigmatización puede llevar a estilos de vida que aumentan el riesgo de ITS ya que las personas pueden evitar búsqueda de atención médica. Según Herek (2009), la discriminación y el miedo al rechazo influyen negativamente en la salud sexual de las poblaciones LGBTI, el caso del entorno social y cultural también afecta el acceso a servicio de salud. Así, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) hace referencia que las barreras relacionadas con la discriminación y la falta de información contribuyen a la propagación de ITS entre estos grupos.

Es importante para el desarrollo de las estrategias socioeducativa, identificar la salud comunitaria desde un enfoque holístico, Sabrino et al., (2018) plantean la salud comunitaria en una expresión colectiva de la salud individual. Los grupos en una sociedad determinada por la interacción de características individuales y familiares, características sociales, servicios ambientales y de salud, recursos comunitarias y sociales con influencia de factores sociales, económicos, políticos y globales.

2.4. Aspectos relevantes del método de Hanlon

El método de Hanlon es muy usado en el área de la salud pública, pero también en las intervenciones sociales, donde se debe de establecer el orden de prelación de los problemas que aquejan a una comunidad, por su objetividad y flexibilidad. Es una herramienta metodológica que permite priorizar problemas de acuerdo con su magnitud, trascendencia, severidad, eficacia de la intervención y la factibilidad del problema. El método establece cuatro componentes fundamentales:

- El componente A: Dimensión o magnitud este va de acuerdo con el número de personas afectadas por el problema, en relación con la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia).
- Componente B: severidad del problema Este componente puede definirse de diferentes maneras:
 - Carga social que genera el problema, con datos subjetivos.
 - Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y costos asociados al problema.
 - * Cada uno de los componentes anteriores se valora del 1 al 10 dependiendo de la magnitud de la población objetivo y severidad del problema
- Componente C: Eficacia de la solución. Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los que tienen una posible solución.
- Componente D: factibilidad del problema o de la intervención: Agrupa factores que no están directamente relacionados con la necesidad o con la eficacia, pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados. Toma en cuenta los siguientes componentes: P= pertinencia E= factibilidad económica A= aceptabilidad. R= disponibilidad de recursos L= legalidad. Este último componente, tiene una puntuación de 1, si hay presencia del factor o 0 si hay ausencia del factor (Cruz, Fernández y López, 2012).

Del cálculo de la puntuación final del método, ya se habla en el desarrollo del método, en páginas posteriores.

3. DISEÑO Y DESARROLLO

Para este estudio y para establecer prioridades entre la multitud de problemas de salud que enfrenta una comunidad es un trabajo necesario

y complejo. En ámbito de salud comunitario existen una demanda infinita y pocos recursos para brindar soluciones lo conlleva a utilizar herramienta de priorización que son razonables, justas, transparentes y fáciles de manejar, en esta intervención para la selección de prioridades se aplicó el método de Hanlon modificado que es una “herramienta metodológica utilizada para la priorización de problemas de salud pública y comunitaria. Este método se basa en cuantos componentes: magnitud del problema, severidad del problema eficacia de la solución y factibilidad de la intervención” (Hanlon y Pickett, 1984, pág. 191).

Por consiguiente, Castilla (2024), establece que la aplicación de este método para la selección de prioridades es uno de los más usados en el área de la salud pública y que en este contexto, se adapta para analizar problemáticas sociales relacionadas con la salud pública, sobre todo, por su objetividad y flexibilidad. Esta herramienta metodológica logra calcular la priorización de los problemas y necesidades de la comunidad, tomando en cuenta la magnitud y la trascendencia y su severidad, de manera similar, la efectividad de la intervención. . En el método Hanlon se establecen cuatro componentes, los cuales reciben una ponderación objetiva. Sus componentes son los siguientes:

Puntuación de prioridad $(A + B) C \times D$

Componente A: magnitud del problema

Componente B: severidad del problema

Componente C: eficacia de la solución

Componente D: Factibilidad de programa

La aplicación del método en contexto del fomento de la salud comunitaria a través de estrategias socioeducativas en Juigalpa Nicaragua se desarrolló en varias etapas.

3.1.Fases

1ª fase: diagnóstico comunitario para la priorización de los problemas comunitarios

El diagnóstico comunitario es una actividad de los grupos que se organizan para tomar conciencia sobre sus problemas, analizarlos, ver cuál es el más importante, cuál es el que afecta a una mayor cantidad de personas y cuál es el que dificulta el trabajo de hombres y mujeres para proponer soluciones (FAO, s.f).

El diagnóstico comunitario es un proceso fundamental que permite a las comunidades identificar y analizar los problemas y necesidades. En conclusión, es como un conjunto de actividades sistemáticas de recolección, ordenamiento, estudios y análisis de datos e información que facilita un entendimiento profundo de la realidad de una comunidad o de una parte de ella, con el fin de dar respuestas adecuadas a los problemas identificados.

En primer lugar, se realizó un diagnóstico comunitario para identificar los problemas sociales o de salud más relevantes. Se aplicó un cuestionario a miembros de la comunidad y actores sociales, quienes debían clasificar los problemas detectados según su importancia relativa. Este proceso permitió obtener datos sobre la percepción comunitaria respecto a los problemas de salud pública en ámbito social y de salud más crítico.

Una vez identificados los problemas sociales, de salud y factores predisponentes en problema comunitario en la fase valoración y se procedió con la elaboración del diagnóstico comunitario; proceso que permitió priorizar los factores que ponen en riesgo la salud y el bienestar de la comunidad. Para ello se recomienda la aplicación de una herramienta pedagógica organizacional como el método de Hanlon, que es la segunda fase de esta investigación.

2ª fase: método de Hanlon de priorización del problema

Una vez realizado el diagnóstico, se procedió a determinar las prioridades aplicando el método de Hanlon de acuerdo a sus componentes: A: Magnitud del problema, B: Severidad del problema. C: eficacia de la solución del problema. D: Factibilidad de programas de intervención. La clasificación ascendente de los problemas y la interpretación realiza a través de las puntuaciones finales, $(A + B) C \times D$, en el método de Hanlon, para este trabajo se muestran a continuación:

De 0 a 10. Pocos o ningún problema identificado. El proceso o sistema está funcionando bien.

De 11 a 20. Los problemas son moderados y necesitan atención, pero no son urgentes. Se recomienda abordarlos para mejorar el funcionamiento.

De 21 a 30. Los problemas son significativos y requieren atención prioritaria. Se necesitan acciones inmediatas para mitigar riesgos y mejorar la situación.

La escala propuesta en este trabajo es una guía general, que, sin descuidar la gnoseología del método, se asume en este trabajo. No obstante, para otras situaciones, esto puede variar según el contexto específico y cómo se utilice el método de Hanlon en particular.

4. RESULTADOS

4.1. El componente A: Dimensión o magnitud

Este componente considera el número total de personas afectadas por el problema, independientemente de si se trata de grupos pequeños o grandes, ya se pondera en una escala del 0 al 10 (tabla nº 1). El método de Hanlon propone dos enfoques para la selección: el primero se basa en el total de población, y el segundo considerando el porcentaje de la población afectada, En este caso, se optó por realizar la selección tomando en cuenta el porcentaje de población afectada en los distintos barrios.

Tabla 1. Porcentaje de población afectada

Unidad por 1000	Puntuación
50 % a más	10
5 % a 4.9 %	8
0.5 % a 4.9 %	6
Menos de 0.5 %	4

Nota. Datos estadísticos población afectada (SILAIS CHONTALES, 2024).

4.2. Componente B: Severidad o trascendencia del problema

La severidad del problema (tabla nº 2) se puntúa de 0 a 10 y en este caso como los afectados son más de 5000 se asignó una puntuación de 8, de acuerdo con la gnoseología del método que tiene que ver con el número de personas afectadas, y está fundamentado por datos subjetivos y objetivos, planteados por los representantes de las diferentes instituciones, donde se destaca, dentro de los datos subjetivos, la carga social, la morbilidad o la incapacidad que conllevan los datos objetivos del problema.

Tabla 2. Severidad y trascendencia del problema a intervenir

Problema	Severidad
Drogadicción	10
Embarazo en adolescentes e ITS	9
Estado nutricional de escolar	8
ITS, Discriminación y estigmatización: las personas LGBTI y las personas trabajadoras sexuales	7

Nota. Diagnóstico de la investigación.

La relación entre el consumo de drogas y el embarazo en adolescente es un problema multifacético que requiere esfuerzos coordinados de varios

actores. El desarrollo de ambos no es aislado, sino que están intrínsecamente vinculados a través de una red de factores sociales, económicos, y culturales. Por otro lado, el abuso de drogas plantea un desafío importante para la salud pública en todo el mundo. El aumento constante en el número de consumidores como indica el Informe Mundial sobre Drogas de 2023 de la ONU, donde el número estimado de consumidores pasó de 240 millones en 2011 a 296 millones en 2021 (el 5,8 % de la población mundial de 15 a 64 años), un aumento del 23 %, debido en parte al crecimiento demográfico. Durante 2021, una de cada diecisiete personas de 15 a 64 años usó algún tipo de droga. (Naciones Unidas, 2023).

El embarazo adolescente sigue siendo un problema crítico en Nicaragua, que demanda un fortalecimiento urgente de la estrategia nacional para prevenir que estos embarazos perpetúen el ciclo de pobreza y exclusión. Hasta 2023, datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) indicaban que la tasa de nacimientos en niñas y adolescentes de 14 a 19 años era de 82.5 por cada mil mujeres embarazadas. La priorización de la intervención social sobre el problema del embarazo en adolescentes, promovió acciones que se consideraron pertinentes, basándose en el Informe de NicaSalud, que destaca el aumento de embarazos en Nicaragua, donde la tasa de embarazo adolescente es la más alta en la región, donde casi 3 de cada 10 mujeres de 20 a 24 años tiene su primer embarazo antes de los 18 años, se identifica que iniciar la vida sexual antes de los 15 años aumenta un 11 % la probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia en comparación con esperar hasta los 15 años, dado que 3 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años se encuentran embarazadas; en el área urbana, 2 de cada 10 adolescentes están embarazadas (Nicasalud, 2017). Los datos de la INIDE muestran que el 46.8 % de las adolescentes o jóvenes de Juigalpa, Chontales habían estado embarazadas antes de cumplir 20 años. Basándose en los datos estadísticos y la aplicación del método de Hanlon, hay una estrecha relación con sus resultados, porque fueron los problemas prioritarios para realizar acciones con el objetivo de mitigar aumento de consumo de drogas y embarazo en adolescentes.

4.3. Análisis de resultados de las puntuaciones finales del método Hanlon

La tabla n° 3 muestra los resultados del método Hanlon para la intervención actual. Los problemas que requieren intervenciones se priorizan en orden descendente de los valores encontrados, con este método.

Tabla 3. Análisis de resultados de las puntuaciones finales del método Hanlon

Problema	A	B	C	D	(A+B)xCxD
Drogadicción	8	10	1.5	1	27
Estado nutricional de escolar	8	4	1.5	1	18
Embarazo en adolescentes e ITS	8	6	1.5	1	21
ITS, Discriminación y estigmatización: las personas LGBTI y las personas trabajadoras sexuales	8	9	1.5	1	24.5

Nota. Diagnóstico de la investigación.

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS: PROBLEMA-INTERVENCIÓN

▪ Drogadicción

Al utilizar el método Hanlon para evaluar problemas de drogadicción en las comunidades en las que se realizó esta intervención, se obtuvo una puntuación final de 27, lo que indica una situación bastante seria, por lo que, se puede afirmar que se requería intervención inmediata. Los resultados sugieren que las dos comunidades enfrentan desafíos significativos relacionados con la drogadicción, como la disponibilidad de drogas, su uso problemático, y posiblemente, problemas sociales y de salud derivados de esto. Partiendo de esto, era crucial implementar medidas preventivas y de tratamiento eficaces para abordar esta situación y ayudar a la comunidad a superar estos desafíos.

En este caso, la intervención consistió en la realización de charlas a jóvenes y adolescentes en riesgo, se aplicaron estrategias de animación sociocultural, con actividades deportivas y culturales. Se capacitaron a 40 personas de las diferentes instituciones en tema de prevención de conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes, con el acompañamiento de personas delegadas de diferentes instituciones como el MIFAM, Policía Nacional, MINSA y el voluntariado universitario.

▪ Estado nutricional del escolar

En el caso de los niveles de desnutrición en escolares, el método de Hanlon dio una puntuación de 18, esto indica una situación nutricional en la que la infancia podría estar en riesgo o presentar desnutrición moderada, esto es coherente con el análisis de severidad que plantea el método.

Por ello, era necesario, aunque no urgente, realizar una evaluación más detallada para determinar las causas subyacentes y ejecutar la intervención con la aplicación del reforzamiento de la merienda escolar, para mejorar el estado nutricional y la creación de huertos con fines educativos

y de aprovechamiento de los espacios para la producción de alimentos complementarios para la dieta de las familias y los escolares. Un total de 2 533 menores fueron beneficiados con la mejora de la merienda escolar. Se elaboró un menú que fue aprobado por MINED. La entrega de la merienda se hizo tres veces por semana, de igual manera, por seis meses, en las escuelas de primarias y se fomentó la creación de los huertos escolares, para la mejora de la merienda escolar.

- Embarazo en adolescentes e ITS

El método Hanlon, se aplicó para analizar el problema del embarazo en adolescentes e ITS y dio una puntuación final de 21, esto indicaba una situación moderadamente severa que si requería atención. De hecho, hay múltiples factores contribuyendo al problema, como la falta de educación sexual, acceso limitado a servicios de salud reproductiva, estos primeros no son muy severos, porque el gobierno se preocupa por estos aspectos y pone a la disposición de la población, diversos programas y medios para paliar estos problemas. No obstante, se considera la mayor severidad en los aspectos culturales que promueven comportamientos de riesgo.

Se necesitarían intervenciones integrales y coordinadas para abordar estos desafíos, priorizar la educación sexual integral, desde las escuelas, pero, sobre todo, en los hogares de las comunidades, incluidas en este estudio, que provoque cambios sociales y culturales para promover relaciones saludables y la toma de decisiones informadas.

- ITS en la población LGBTI y trabajadora sexual

Se utilizó el método de Hanlon para analizar el problema de la presencia de ITS, en la población LBGTI y trabajadora sexual y este arrojó una puntuación de 24.5, que, es puntuación alta, esto se da por el establecimiento de una severidad de 9 puntos y un valor máximo de 1.5, que indica que el problema tiene grandes posibilidades de ser resuelto, aunque no en su totalidad, en las comunidades implicadas en este estudio. Esto además sugiere, que hay un nivel significativo de complejidad en el problema de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) dentro de la población LGBTI y trabajadora sexual y de los niveles de discriminación y estigmatización social de este importante segmento social.

Esto podría indicar una combinación de factores sociales, culturales, económicos y de salud pública que contribuyen a la prevalencia de las ITS y de la discriminación de este grupo. En consecuencia, era crucial abordar estas causas profundas de manera integral, por lo que se implementó la intervención, para reducir la incidencia de ITS en la población LGBTI y trabajadora sexual y promover acciones de respeto e inclusión de este sector.

La intervención centró su esfuerzo, en la formación de conciencia, para la sexualidad segura, en este segmento poblacional, además acciones de concienciación para el fomento del respeto a la diversidad sexual y a las personas trabajadoras sexuales. Por consiguiente, se realizaron charlas y encuentros para la concienciación y el intercambio de experiencias que permitieran adquirir conocimientos de los diversos mecanismos de protección y la toma de conciencia, sobre la necesidad de adoptar conductas sexuales seguras y relaciones armoniosas y de respeto.

Se realizaron capacitaciones sobre: sexualidad responsable, ferias de salud, conferencias sobre la organización (por Asociación Tacones Altos), en el caso de los estudiantes de las diferentes carreras del CUR Chontales, se les dio a conocer las resoluciones y ministeriales para la atención con calidad y responsabilidad a la población LGBTI.

6. CONCLUSIONES

Este trabajo centra su interés en el uso del método Hanlon para el diagnóstico de problemas de educación para la salud, de tal modo que, brinda criterios para establecer las bases necesarias que permitan la toma de decisiones sobre la necesidad de realizar o no intervenciones sociales en el tema de educación para la salud, que permitan enfrentar los problemas y retos de las comunidades vulnerables.

El método de Hanlon es una herramienta invaluable para abordar problemas complejos como la drogadicción, los embarazos en adolescentes, los niveles nutricionales, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y las situaciones de exclusión social, especialmente en comunidades vulnerables como la población LGBTI y trabajadora sexual.

Se aplicó el método de Hanlon a 4 problemas puntuales, para tener criterios científicos sobre la necesidad de realizar intervenciones para paliar el problema de la drogadicción, con conocimiento de causa, sabiendo que, en lugar de juzgar, es crucial ofrecer apoyo y alternativas para abordar las causas extrínsecas e intrínsecas de la adicción.

De igual modo, para el embarazo en adolescentes, el método de Hanlon nos dio criterios para considerar factores como la educación sexual, y los elementos socioculturales que inciden en el problema y nos brindó elementos para apoyar a la juventud en la toma de decisiones informadas sobre su salud sexual, a través del proceso de intervención ya señalado con antelación.

En cuanto a los niveles nutricionales en escolares, el método de Hanlon nos dio criterios para determinar que era necesaria una intervención comunitaria que permitiera implementar acciones que fortalezcan la seguridad alimentaria y la educación nutricional desde una edad temprana para garantizar el bienestar de los niños y prevenir problemas de salud a largo plazo.

En lo concernido al problema de las ITS en la población LGBTI y trabajadora sexual, el método de Hanlon nos permitió reforzar criterios para ejecutar una intervención de educación para la salud que promoviera acciones para contrarrestar la discriminación que puede dificultar el acceso a la atención médica y los servicios de prevención, así mismo para promover la toma de conciencia para asumir conductas sexuales informadas y libres de prejuicios, así como la promoción de la conciencia y la educación sobre la prevención y el tratamiento de las ITS en estas comunidades.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castilla, K. P. (2024). Mejorando la salud comunitaria: intervención socioeducativa en barrio 30 de mayo y Naranjal, Nicaragua. *La Universidad Segunda Época*, 5(4), 82.
- Castilla, K. P., Mendoza Castro, C., & Solano Galeano, L. M. (2021). Extensión Universitaria en la Educación Superior y su vinculación con sociedad-Estado. *Compromiso Social*, 2(5), 6168.
- Castilla, K. P., Romero Díaz, T., & Reyes Centeno, M. A. (2020). Comportamiento del consumo de drogas en el estudiantado universitario nicaragüense. *Dialnet plus*, 130-145.
- Chambers, R. (1994). *Paradigm Shifts and the Practice of Participatory Research and Development: IDS Working Paper 2; Brighton:IDS*. Institute of Development Studies.
- Cruz, V., Fernández, R., & López, J. (2012). Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. *Waxapa*, 80-91.
- FAO. (2019). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2019*. Food and Agriculture Organization of the United Nations
- FAO. (S.F). *fao.org*. [fao.org: https://acortar.link/l9dyYl](https://acortar.link/l9dyYl)
- Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence Estimates from a National probability sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 88-103. https://lgbpsychology.org/html/Herek_2009_JIV_preprint.pdf
- INIDE. (2012). *Encuesta Nicaagüense de Demografía y Salud: Informe Final. Managua: INIDE, MINSA*. INIDE. Retrieved 10 de 03 de 2024, from <https://www.inide.gob.ni/Home/endesa>

- Lundgren, R., & McCoy, L. (2010). *The importance of comprehensive Sexualidad Education*. Guttmacher Intitute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_downloads/demystifying-data-handouts_0.pdf
- Morales, F., & Cabrera, M. (2018). El método de Hanlon, herramienta metodologica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva opracional para el diagnóstico de salud. *Vertientes revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 21(1-2), 42-49. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>
- Mori, M. d. (2008). Una propuestas metodologica para la intervención comunitaria. *LIBERABIT*, 14, 61-90. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68601409.pdf>
- Mori, M. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14, 81-90.
- Naciones Unidas. (2023). *EL número de consumiddores de drogas aumento un 23& en una década*. ONU. <https://news.un.org/es/story/2023/06/1522247>
- Nicasalud. (2017). *Resumen Ejecutivo. Causa y consecuencias economicas y sociales del embarazo adolescentes en Nicaragua*. Resumen ejecutivo, NicaSalud, Mujeres de liderazgo: hacieno lo nuestro, Lo que debe ser penoso. <https://www.nicasalud.org.ni/wp-content/uploads/2017/06/RE-Causas-y-consecuencias-economicas-y-sociales-del-embarazo-adolescente-en-Nicaragua-1.pdf>
- OMS (1990). *iris.who.int*. iris.who.int: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39398/924356126X.pdf?sequence=1>
- OPS (2018). *La salud de las personas LGBTI en America Latina y el Caribe*. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/es/noticias/26-9-2018-informe-ops-sobre-situacion-salud-personas-lgbt-insta-eliminar-barreras-acceso>
- OPS (2023). *paho.org*. paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/28-2-2018-america-latina-caribe-tienen-segunda-tasa-mas-alta-embarazo-adolescente-mundo>
- OPS (2023). *Salud en las Américas*. OPS. Retrieved 10 de 04 de 2024, from <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-nicaragua>
- Sabrino, C., Hérrnan, M., & Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de “Salud comunitaria”? Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 5-12.
- Sen, A. K., & Harlem Brundtland, G. (1999). *Romper el ciclo de pobreza : invertir en la infancia*. Conferencia Magisrral, Banco Interamericano de Desarrollo. www.iadb.org/sds/doc/SOC%2D114S.pdf.
- SILAIS CHONTALES. (2024). Datos poblaciones 2023-2024. *Datos*. Retrieved 30 de 03 de 2024.

COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO EN EL ALUMNADO. UN ESTUDIO EN LA UNAN-MANAGUA CUR-CHONTALES

PABLO JOSÉ OBANDO TÉLLEZ

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

CARLOS MIGUEL MATAMOROS OSORIO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -Managua

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es una problemática de interés social que ha ido en aumento en los últimos años, especialmente entre personas adolescentes y jóvenes. Abordar este tema representa un gran reto, ya que persisten tabúes que dificultan su discusión y prevención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, cuya prevalencia y métodos varían según el contexto sociocultural de cada país. Desde el punto de vista de la salud mental, la adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad, lo que hace que este grupo poblacional sea particularmente susceptible a factores de riesgo asociados al suicidio (UNICEF, 2017).

En 2019 se registraron más de 700,000 suicidios a nivel mundial, lo que equivale a que una de cada 100 muertes tuvo esta causa, posicionándose como una de las principales razones de mortalidad (OPS, 2019). Ante esta preocupante situación, surge la necesidad de investigar el comportamiento del suicidio en el alumnado de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN – Managua, CUR – Chontales. El objetivo principal es analizar este fenómeno a través de la identificación de factores psicosociales, como la baja autoestima, la desesperanza, el aislamiento social y la ideación suicida, que pueden incidir en el comportamiento suicida.

En el contexto específico del Departamento de Chontales, se registraron en 2021 un total de 1,006 fallecimientos, lo que representa una tasa de 49.5 por cada 10,000 habitantes. De estos, 16 defunciones fueron por suicidio,

lo que equivale a 0.8 por cada 10,000 habitantes, sin contar aquellos casos que no fueron reportados por los familiares (SILAIS Chontales, 2022).

Para abordar este problema, se diseñó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo de tipo predictivo y de corte transversal, aplicando un muestreo probabilístico estratificado. La recolección de información se llevará a cabo mediante la aplicación del Inventario de Orientación Suicida ISO 30 a estudiantes de la carrera de Enfermería del CUR – Chontales. Este enfoque permitirá identificar los factores de riesgo y orientar futuras estrategias de prevención.

El interés en esta temática radica en la necesidad de establecer líneas de acción para la prevención del suicidio en estudiantes universitarios. Centrarse en la prevención de la ideación suicida es crucial para fortalecer los vínculos sociales, promover la toma de conciencia y generar esperanza en quienes se encuentran en situaciones de riesgo. Una intervención oportuna y el acompañamiento adecuado pueden marcar la diferencia en la vida de muchas personas.

Los datos obtenidos en esta investigación contribuirán a la formulación de estrategias de intervención enfocadas en la prevención del suicidio, con el propósito de reducir las tasas de mortalidad relacionadas con esta causa. Además, el estudio se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, particularmente con la meta 3.4, que plantea reducir en un tercio la mortalidad prematura para 2030. De manera complementaria, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha incluido el suicidio como un indicador clave dentro de su Plan Estratégico 2020-2025 para evaluar la situación de la salud mental en la región de las Américas.

Es fundamental valorar las capacidades de la juventud y proporcionarles información adecuada sobre el suicidio, ya que la falta de conocimiento sobre esta problemática puede ser determinante en su abordaje y prevención. El suicidio en adolescentes y jóvenes no solo impacta a la persona que lo comete, sino que deja una huella profunda en sus familias, amigos y en la sociedad en general, lo que lo convierte en un problema de salud pública de gran relevancia. Por esta razón, diversas organizaciones a nivel mundial han impulsado estrategias para su prevención, promoviendo la educación y la sensibilización sobre la salud mental.

El entorno social actual, altamente influenciado por la tecnología y las redes sociales, ha generado una percepción distorsionada de la realidad. La constante exposición a ideales inalcanzables de éxito, belleza y relaciones perfectas contribuye a problemas de aceptación personal, intensificando situaciones de bullying y rechazo social. Estos factores pueden derivar en

ideaciones suicidas, pensamientos recurrentes de autolesión e incluso en el suicidio consumado.

Desde 1970, la OMS ha reconocido el suicidio como un problema grave de salud pública. Actualmente, se estima que aproximadamente la mitad de todas las muertes violentas en el mundo son resultado de suicidios, con una cifra que supera el millón de casos anuales. No obstante, esta estadística no refleja la magnitud real del problema, ya que los intentos de suicidio son entre 10 y 40 veces más frecuentes que los suicidios consumados. Se calcula que cada tres segundos ocurre un intento de suicidio y que cada 30 segundos se produce una muerte por esta causa (Piedrahita, Paz, & Romero, 2012).

La prevención del suicidio requiere un enfoque colaborativo que involucre a diferentes sectores de la sociedad. La familia juega un papel fundamental en la detección temprana de signos de alerta, mientras que las instituciones gubernamentales deben impulsar programas de recreación y bienestar emocional. Asimismo, las entidades educativas tienen la responsabilidad de fomentar la educación en salud mental, y el Ministerio de Salud (MINSA) debe garantizar el acceso a servicios de atención psicológica y psiquiátrica. Solo a través de un esfuerzo conjunto y articulado será posible reducir las tasas de suicidio y mejorar la calidad de vida de la población.

Bajo este marco, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿El alumnado de la carrera de Enfermería presenta un mayor riesgo de comportamiento suicida?

Para responder a esta interrogante, se establecen los siguientes objetivos de la investigación:

Objetivo General

Analizar el comportamiento del suicidio en estudiantes de la carrera de Enfermería del CUR – Chontales.

Objetivos Específicos

Describir el perfil sociodemográfico de la población en estudio.

Identificar la ideación o pensamiento suicida en la población de riesgo.

Predecir el riesgo de suicidio en estudiantes de las carreras de salud.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el 2016 Judith Varengo realizó el trabajo final de Grado sobre “Ideación Suicida en Adolescentes” tomando como muestra 92 adolescentes

escolarizados de 15 a 18 años de una institución educativa de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba. Como principal objetivo se planteó describir la prevalencia de ideas suicidas en adolescentes. El abordaje fue entregándole al alumnado un inventario sobre orientaciones suicidas ISO-30 y una pequeña escala sociodemográfica, ambos auto administrados, reservando anonimato, y realizados de manera voluntaria, Se utilizó una metodología cuantitativa y descriptiva de los datos. Estos datos fueron recabados en el segundo semestre del año 2015. Posteriormente, fueron procesados y analizados mediante el programa estadístico SPSS. Como resultados se obtuvo que el 65,2% de la población posee un bajo nivel de ideación suicida, el 19,5% posee un moderado nivel de ideación suicida, y el 17,4 % de la población posee un alto nivel de ideación suicida. Por lo que, si bien prevalece un bajo nivel de ideación suicida, hay una población significativa a tener en cuenta, ya que muchos adolescentes han contestado positivamente a la presencia de ideas suicidas (Varengo, 2016b).

Otro estudio relacionado a la tematica es el de Jessica Tamara Chaca Cordero y Rossana Carolina Idrovo Landy, sobre Riesgo de suicidios y factores asociados a estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo, Cuenca. Se plantearon como metodología de la investigación un estudio de tipo cuantitativo y de corte transversal, la información fue recolectada mediante la aplicación de un test de Beck, los datos fueron procesados y tabulados mediante el programa estadístico SPSS, el análisis se realizó con estadísticas descriptivas y analíticas. De los 201 estudiantes de bachillerato la edad promedio era de 16 años, de los factores encontrados el bajo rendimiento académico se asocia a 39 veces más probabilidades de presentar riesgo de intento suicida, un 17.4 % de la población del estudio evidenció desesepanza, un 25.9% presenta riesgo de intento suicida predominado con un 69.2% el sexo masculino (Chaca e Idrovo, L. 2015).

2.1.Marco legal

El abordaje del suicidio en el ámbito estudiantil, especialmente en carreras de alta exigencia, con un marco legal que garantice el respeto a los derechos humanos y la atención integral en salud mental. En este sentido la Ley N° 650 "Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales", establece disposiciones fundamentales que aseguran el trato digno, la privacidad, y el acceso a recursos adecuados para quienes enfrentan trastornos mentales, así como la obligación estatal de implementar estrategias de prevención con enfoque psicosocial y comunitario.

Capítulo I: De los Derechos y Libertades Fundamentales

Art. 4 Las personas que padezcan de una enfermedad mental, o que están siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente a la persona humana.

Art. 6 El Estado establecerá estrategias de intervención psicosocial que contribuyan a la prevención de las enfermedades mentales tomando en cuenta la vulnerabilidad psicosocial de la población en riesgo.

El Estado deberá destinar recursos humanos especializados, así como los recursos materiales necesarios para la atención a los pacientes con enfermedades mentales.

Capítulo II: Derechos y Consideraciones en la Instituciones Psiquiátricas

Art. 11 Las personas con enfermedad mental tienen derecho a su privacidad y por respeto a su dignidad, toda información, difusión o divulgación de cualquier clase, debe hacerse con previa autorización personal y oficial.

Art. 13 Las instituciones de servicio público, tales como Gobiernos Municipales, Policía Nacional, Cuerpos de Bomberos, Ministerio de la Familia, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, asilos, organizaciones de la sociedad civil y demás, deberán auxiliar a las personas con enfermedad mental y en caso que una persona no esté recibiendo atención médica, el Ministerio de la Familia coadyuvará con las otras instituciones y se encargará de llevarla a la unidad de salud correspondiente para su tratamiento (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2008).

2.2.Marco Conceptual

▪ Suicidio – Conceptos y términos.

El suicidio es definido como el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen vulnerabilidades particulares (UNICEF, 2017).

Se pueden describir las siguientes terminologías referentes al suicidio:

- Ideación suicida: Pensamientos sobre el suicidio (Cogniciones).
- Comunicación suicida: Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Existen dos tipos de comunicación suicida:
- Amenaza suicida: Acto verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida.

- Plan Suicida: Propuesta de un método con el cual podría llevar a cabo una conducta autolesiva (Chaca e Idrovo, L. 2015).

La conducta suicida es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (MINSALUD, 2018).

La conducta suicida puede o no provocar lesiones de diferente gravedad, se considera conducta suicida a:

- Autolesiones suicidad. Conducta lesiva autoinfligida para la que existe evidencia de que la persona no tiene la intención de matarse.
 - Conducta suicida no determinada: grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, o con lesiones.
 - Intento de suicidio: Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia de intencionalidad de provocarse la muerte.
 - Suicidio: Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte (Chaca e Idrovo, L. 2015).
- Clasificación del suicidio.

Se estima que alrededor de un 20% de los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, la mayoría de ellos en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes son el ahorcamiento y los disparos con armas de fuego (OMS, 2021).

Esto demuestra que los métodos empleados para este hecho dependen en gran medida de la disponibilidad y acceso que tenga la persona a los medios. Las condiciones socioculturales también influyen, al igual que las características geográficas.

Entre los métodos más utilizados están la precipitación, el ahorcamiento, la asfixia, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por gases, el envenenamiento hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, el accidente de tráfico provocado, el arrojarse al paso de vehículos, el disparo con arma de fuego y lanzarse al vacío.

Los métodos para cometer suicidio se clasifican en violentos y no violentos (según la impulsividad del acto suicida), y activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego, armas blancas) o pasivos (gases, drogas, venenos). Por lo general los varones suelen elegir métodos activos (dispararse o colgarse), mientras que las mujeres optan por métodos pasivos (envenenamiento), (MINSAL - Chile, 2013).

- Causas del suicidio.

Los pensamientos suicidas pueden tener distintas causas. Con mayor frecuencia, los pensamientos suicidas pueden ser el resultado de sentimientos que no puedes afrontar cuando se presenta una situación abrumadora en tu vida. Si crees que no hay esperanzas en el futuro, puede que pienses, equivocadamente, que el suicidio es una solución. Es posible que experimentes una especie de estrechez de criterio donde, en medio de una crisis, sientas que el suicidio es la única salida.

También puede existir una propensión genética al suicidio. Las personas que cometen suicidio, que tienen pensamientos o conductas suicidas suelen tener antecedentes familiares de suicidio (Mayo Clinic, 2022).

- Factores de Riesgo ante el suicidio.

En un estudio realizado en Chile por Larraguibel et al. (2000), sobre factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes, los clasifican en:

Género: Los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas, se han planteado para entender la diferencia existente entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres estarían más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres; en cambio, en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en ellas predomina la depresión.

Edad: La suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual, en la etapa de la adolescencia por que se enfrenta a la resiliencia de esta etapa y en jóvenes muchas veces por problemas amorosos o económicos.

Disfunción familiar: Existe evidencia de que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Depresión: Existe relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida en ado-

lescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol y/o drogas.

Problemas conductuales: Múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio.

Ansiedad: Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en personas adultas. La mayoría de las investigaciones estudia la ansiedad como estado, es decir, como un trastorno que aparece en un determinado tiempo en la vida (Larraguibel et al., 2000).

- Tipos de suicidio

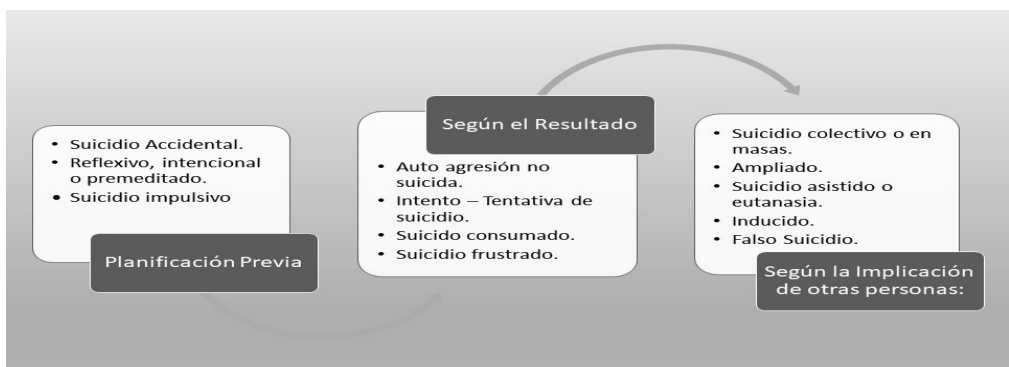
Oscar Castellero Mimenza (2017) plantea en su artículo algunos tipos de suicidio según diferentes criterios, descritos a continuación:

Imagen 2. Tipos de Suicidio



Fuente: Elaboración propia del autor, tomado de Castellero (2017).

Imagen 3. Tipos de Suicidio



Fuente: Elaboración propia del autor, tomado de Castellero (2017).

3. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se enmarca en un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, de tipo predictivo y de corte transversal. Su propósito es especificar y analizar las características del fenómeno en estudio, proporcionando un panorama detallado de las variables involucradas. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), los estudios descriptivos buscan especificar propiedades y perfiles de personas, grupos y comunidades. El enfoque cuantitativo permite analizar los datos mediante frecuencias y correlaciones, lo que posibilita establecer relaciones de causa y efecto. Además, el estudio se caracteriza por su corte transversal, ya que los datos se recolectan en un único momento, describiendo la incidencia e interrelación de las variables en ese período específico (Liu, 2008; Tucker, 2004).

La investigación se desarrolló en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua), específicamente en el Centro Universitario Regional (CUR) de Chontales. Esta institución, reconocida por su compromiso con la educación superior de calidad, cuenta con una oferta académica de aproximadamente 20 carreras universitarias, incluyendo el programa Universidad en el Campo (UNICAM), que fortalece el acceso a la educación en zonas rurales. La carrera de Enfermería en el CUR-Chontales tiene una trayectoria de 26 años, siendo una de las más antiguas de este centro. En sus inicios, se ofertaban especializaciones en Enfermería Materno-Infantil, Enfermería Profesional y Enfermería con mención en Salud Pública. Sin embargo, en 2021 se implementó un nuevo diseño curricular basado en competencias, eliminando las menciones y estableciendo un plan de estudios homogéneo. Actualmente, la carrera se imparte en dos modalidades: regular, con una duración de tres años consecutivos, y por encuentro, con cuatro años consecutivos.

El universo de estudio estuvo conformado por las 208 personas matriculadas en la carrera de Enfermería en ambas modalidades. Para Hernández, Fernández y Baptista (2014), el universo representa el conjunto total de casos que cumplen con determinadas especificaciones. A partir de este universo, se determinó una muestra representativa mediante un muestreo probabilístico estratificado, que permite separar a la población en subgrupos y seleccionar una muestra de cada uno de ellos. El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante una fórmula estadística sin reposición. De acuerdo con Hernández et al. (2014), una muestra debe ser representativa del universo, permitiendo la recolección de datos de manera precisa y fiable.

Para la selección de los participantes, se establecieron criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron estudiantes matriculados en la carrera de Enfermería del CUR-Chontales que aceptaron participar en el estudio, contaban con acceso a Internet en el momento de completar el cuestionario y estuvieron presentes en la clase en la que se aplicó la encuesta. Por otro lado, se excluyeron aquellos que no aceptaron participar, quienes solo cursaban una asignatura dentro de la carrera pero pertenecían a otro programa académico, estudiantes de traslado desde otras carreras, aquellos sin acceso a Internet durante la aplicación del cuestionario y quienes no asistieron a clase el día de la encuesta.

Las encuestas se aplicaron de manera anónima, sin requerir datos personales como nombres o números de carné estudiantil. Se contó con la autorización de la coordinación del departamento de Educación del CUR-Chontales y, en todo momento, se garantizó el respeto a la dignidad y los derechos de los participantes.

Para la recolección de la información, se empleó el Inventario de Orientación Suicida ISO-30, un instrumento desarrollado por King y Kowalchuk (1994) y adaptado por Casullo (1997) y Fernández-Liporace y Casullo (2006). Este inventario mide y evalúa factores de riesgo asociados a la ideación y comportamiento suicida. Está compuesto por 30 ítems agrupados en cinco dimensiones: Baja Autoestima (ítems 1, 6, 11, 16, 21 y 26), Desesperanza (ítems 2, 7, 12, 17, 22 y 27), Incapacidad para afrontar problemas emocionales (ítems 3, 8, 13, 23 y 28), Soledad y Aislamiento Social (ítems 4, 9, 14, 19, 24 y 29) e Ideación Suicida (ítems críticos 5, 10, 15, 20, 25 y 30). La escala se basa en el modelo Likert, con opciones de respuesta que van desde 0 (Totalmente en desacuerdo) hasta 3 (Totalmente de acuerdo).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el software estadístico SPSS versión 21 para Windows. Se creó una base de datos con la información recolectada, permitiendo la realización de análisis estadísticos que respondieran a los objetivos de la investigación. Dependiendo de las variables y su relación con los objetivos, se realizaron análisis descriptivos tanto para variables cuantitativas como cualitativas, complementados con representaciones gráficas que facilitaron la interpretación de los resultados.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tras la aplicación del instrumento y la recolección de la información, se identificaron diversos aspectos relevantes sobre la población estudiada, los cuales fueron analizados en función de los objetivos planteados. del alumnado encuestado, un 83.1 %, tiene menos de 24 años de edad, lo que confirma que la población estudiantil de la carrera de Enfermería está compuesta principalmente por jóvenes. El 14 % corresponde a estudiantes de entre 24 y 29 años, mientras que solo un 2.9 % supera los 30 años. En cuanto a la distribución por sexo, el 77 % son mujeres y el 23 % hombres, lo que refleja la tendencia histórica de la profesión de enfermería, en la que el predominio femenino sigue siendo significativo, aunque con una creciente participación masculina.

Respecto al año académico y turno de estudio, se evidenció una distribución equilibrada entre los diferentes niveles de formación. Asimismo, se encontró que el 57 % provienen de zonas urbanas y el 43 % de áreas rurales, un patrón que ha prevalecido en el CUR Chontales a lo largo de los años. En términos de creencias religiosas, el 51.5 % se identificó como católica, el 33.1 % como evangélica y el 15.4 % no profesa ninguna religión en particular.

El estado civil mostró que el 73 % es soltera, un 16 % mantiene una relación de noviazgo, el 9 % está casada y solo el 1 % se encuentra separada, en unión de hecho estable o viudez. Además, en términos de empleo, el 65 % no trabaja, mientras que el 35 % sí percibe algún tipo de remuneración económica. En cuanto a la orientación sexual, el 90 % se identificó como heterosexual, el 7 % como bisexual, el 2 % no especificó orientación y el 1 % se identificó como gay.

En lo referente a la ideación suicida, los resultados obtenidos a partir del Inventario de Orientación Suicida ISO-30 permitieron analizar diversas dimensiones psicológicas. En la dimensión de desesperanza, manifestaron en su mayoría una visión positiva sobre su futuro, con valores entre el 75 % y 80 % en respuestas afirmativas en ítems relacionados con la toma de decisiones y la posibilidad de mejorar su situación. Sin embargo, un 47 % expresó sentir que sus expectativas de una vida mejor son poco realistas.

La dimensión de baja autoestima reflejó que el 55 % se considera soñador/a pero con pocas expectativas de éxito, mientras que el 43 % siente que la vida no es justa. A pesar de estos indicadores, entre el 72 % y el 80 % mostraron una percepción positiva de su autoestima en los demás ítems analizados.

En cuanto a la incapacidad para afrontar emociones, se observó que más del 40 % afirmó no tener control sobre sus emociones y más del 60 % expresó sentir confusión cuando enfrentan dificultades. No obstante, en otros ítems relacionados con la gestión emocional, más del 70 % demostró un buen manejo de sus emociones.

La dimensión de soledad y abatimiento evidenció que aproximadamente el 75 % valoran de manera positiva su círculo de apoyo y consideran que cuentan con personas cercanas en quienes confiar. Por otro lado, en la dimensión de ideación suicida, se identificó que un 42 % cree que su presencia no es necesaria para los demás, mientras que un 37 % no se siente capaz de afrontar la vida con valentía. Entre el 10 % y el 15 % manifestó estar parcial o totalmente de acuerdo con pensamientos que reflejan un posible riesgo suicida.

En el análisis final, orientado a predecir el riesgo de suicidio en los estudiantes de la carrera de Enfermería, se estableció que el 50 % de la muestra presenta un riesgo suicida bajo. Sin embargo, la otra mitad tiene un riesgo moderado o alto, con 18 estudiantes identificados en la categoría de alto riesgo y 50 en la de riesgo moderado. Estos resultados son preocupantes y reflejan la necesidad de una intervención urgente por parte de docentes y autoridades universitarias, con el fin de desarrollar estrategias de prevención que brinden apoyo emocional y psicológico a la población estudiantil.

La presencia de un porcentaje significativo de estudiantes con riesgo moderado-alto de suicidio obliga a replantear acciones inmediatas dentro del contexto educativo, promoviendo el acceso a servicios de salud mental, fortaleciendo redes de apoyo y generando espacios seguros para la expresión emocional. El análisis de estos datos no solo evidencia la necesidad de atender esta problemática, sino que también proporciona información clave para el diseño de estrategias de intervención efectivas en la comunidad universitaria.

5. CONCLUSIONES

El suicidio en personas adolescentes y jóvenes representa un desafío significativo para la salud pública, con un aumento progresivo en los últimos años. En este estudio, se identificó que el 50 % del alumnado evaluado presenta evaluados presentan un riesgo suicida entre moderado y alto, con 18 casos de alto riesgo. Estos resultados evidencian la urgencia de implementar estrategias preventivas y programas de apoyo psicológico dentro del ámbito universitario. Investigaciones previas han señalado

que el riesgo de suicidio en alumnado universitario es una problemática recurrente. Por ejemplo, González Sepúlveda et al. (2016) encontraron que los factores psicológicos asociados al suicidio, como la desesperanza y la baja autoestima, son prevalentes en juventud universitaria y requieren intervención temprana.

El contexto sociodemográfico de la población estudiada revela que la mayoría del estudiantado tiene menos de 24 años y pertenece al sexo femenino. Esto coincide con estudios que señalan que, aunque los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, las tasas de suicidio consumado son más altas en hombres debido a la utilización de métodos más letales (Larraguibel et al., 2000). En Nicaragua, la problemática del suicidio ha ido en aumento, con 426 casos reportados en 2022 (Voz de América, 2023). Estos datos reflejan la necesidad de fortalecer los servicios de salud mental en instituciones educativas, ya que los estudiantes universitarios pueden enfrentar altos niveles de estrés, ansiedad y dificultades emocionales.

En cuanto a la ideación suicida, los hallazgos muestran que un porcentaje significativo de estudiantes experimentan sentimientos de desesperanza y baja autoestima. Un 42 % cree que su existencia no es relevante para los demás y un 37 % no se siente capaz de afrontar la vida con valentía. Estos resultados coinciden con investigaciones previas, como la realizada por Varengo (2016a), quien encontró que el 17.4 % de los adolescentes encuestados en su estudio presentaban un alto nivel de ideación suicida. Además, Chaca e Idrovo (2015) señalan que factores como el bajo rendimiento académico y la falta de apoyo social aumentan la probabilidad de presentar pensamientos suicidas en la juventud.

Es fundamental que las instituciones educativas adopten un enfoque integral en la prevención del suicidio, promoviendo programas de concienciación y apoyo psicosocial. La implementación de servicios de orientación, la formación de redes de apoyo y la capacitación del personal docente para identificar signos de riesgo son medidas necesarias para mitigar esta problemática. La OMS (2021) destaca que la prevención del suicidio requiere estrategias intersectoriales que involucren a la comunidad, el sistema de salud y el sector educativo para garantizar un abordaje efectivo y sostenido.

En conclusión, este estudio resalta la necesidad de fortalecer la salud mental en el ámbito universitario y de generar mecanismos de apoyo para los estudiantes en riesgo. La presencia de un 50% de estudiantes con algún nivel de riesgo de suicidio obliga a las autoridades educativas y sanitarias a intervenir de manera urgente. Además, este estudio se alinea con la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que busca reducir la

mortalidad prematura a través de la promoción de la salud mental. Solo a través de un esfuerzo coordinado entre instituciones, profesionales de la salud y la comunidad será posible disminuir las tasas de suicidio y mejorar el bienestar del alumnado universitario.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (2008). Normas Jurídicas de Nicaragua, Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, Ley n° 650. Obtenido de Normas Jurídicas de Nicaragua, Ley de protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, Ley n° 650: <https://n9.cl/owav87>
- Castillero , O. (2017). Psicología - Mente. La clasificación de las distintas formas de terminar con la propia vida según la psicología forense. Obtenido de Psicología - Mente. La clasificación de las distintas formas de terminar con la propia vida según la psicología forense.: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-suicidio>
- Chaca Cordero, J., & Idrovo Landy, R. C. (2015). Riesgo del Suicidio y Factores asociados en estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo, Cuenca. Obtenido de Riesgo del Suicidio y Factores asociados en estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo, Cuenca.: <https://n9.cl/etmhj>
- Fernández-Liporace, M. & Casullo, M. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Orientación Suicida ISO-30. *Revista Interamericana de Psicología*, 40 (1), 25-32.
- González Sepúlveda, J. A, et al. (2016). Factores psicológicos asociados al riesgo de suicidio en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 9 (1), 23-37.
- Haca, C. & Idrovo, L. (2015). *Riesgo de suicidios y factores asociados a estudiantes de bachillerato del colegio Benigno Malo, Cuenca*. Universidad de Cuenca.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Los enfoques cuantitativo y cualitativos de la investigación científica. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & P. Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación* (pág. 4). Mexico: Mc Graw Hill Education.
- King, C. A. y Kowalchuk, M. (1994). *ISO-30: Inventario de Orientación Suicida*. Ann Arbor: Universidad de Michigan.
- Larraguibel, M., et al. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (5), 313-323.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA



Junta de Andalucía
PROGRAMA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

GRACIAS POR CONFIAR EN NUESTRAS PUBLICACIONES

Al comprar este libro le damos la posibilidad de consultar gratuitamente la versión ebook.

Cómo acceder al ebook:

- ☞ **Entre en nuestra página web**, sección Acceso ebook
(www.dykinson.com/acceso_ebook)
- ☞ **Rellene el formulario** que encontrará insertando el código de acceso que le facilitamos a continuación así como los datos con los que quiere consultar el libro en el futuro (correo electrónico y contraseña de acceso).
- ☞ Si ya es **cliente registrado**, deberá introducir su **correo electrónico y contraseña habitual**.
- ☞ Una vez registrado, **acceda a la sección Mis e-books de su cuenta de cliente**, donde encontrará la versión electrónica de esta obra ya desbloqueada para su uso.
- ☞ Para consultar el libro en el futuro, ya sólo es necesario que se identifique en nuestra web con su correo electrónico y su contraseña, y que se dirija a la sección Mis ebooks de su cuenta de cliente.



CÓDIGO DE ACCESO

Rasque para ver el código

Nota importante: Sólo está permitido el uso individual y privado de este código de acceso. Está prohibida la puesta a disposición de esta obra a una comunidad de usuarios.



**MANTÉNGASE INFORMADO
DE LAS NUEVAS PUBLICACIONES**

**Suscríbase gratis
al boletín informativo
www.dykinson.com**

Y benefíciese de nuestras ofertas semanales

Desde el año 2007, un equipo multidisciplinar de investigadores de la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla, España) y de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua (UNAN-Managua) ha llevado a cabo numerosos proyectos de investigación y de cooperación al desarrollo aprobados en convocatorias públicas competitivas, que han sido seleccionados para su financiación, posibilitando una línea de colaboración permanente. Proyectos centrados en la mejora social, el desarrollo comunitario y la calidad de vida, que han versado sobre promoción y educación para la salud, salud comunitaria, educación para el desarrollo, prevención de riesgos psicosociales y temáticas afines más específicas, tales como sexualidad y educación sexual, prevención de embarazos, drogodependencias, salud laboral, SIDA/VIH...

En el marco de uno de estos proyectos financiado por la AACID (Agencia Andaluza de Cooperación Internacional al Desarrollo), se han realizado diversos estudios e investigaciones sobre estas temáticas, parte de los cuales se incluyen en el libro *“Innovación universitaria y salud. Estudios e investigaciones para la transformación sociocomunitaria. Aportaciones desde Nicaragua”*. La presente publicación es un testimonio del papel fundamental que juegan la educación y la promoción de la salud en la mejora de la calidad de vida de las personas y sus comunidades. A través de disintntos capítulos, se evidencian estudios y análisis que demuestran cómo la innovación universitaria y el compromiso académico pueden ser motores de cambio para la salud comunitaria.

Coordinan la publicación los profesores Juan Agustín Morón Marchena (Investigador Principal del Proyecto), M^a Carmen Muñoz Díaz y Manuel J. Perea Rodríguez, del Departamento de Educacion y Psicología Social, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Pablo de Olavide (España).

