

**POLICLÍNICO SUR  
CIEGO DE ÁVILA**



**Título:** Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en féminas del CMF 13 del área de salud Sur de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en primer grado en  
Medicina General Integral.

**Autora:** Dra. Elizabeth Jiménez Chávez.

**Ciego de Ávila  
2021**

**POLICLÍNICO SUR  
CIEGO DE ÁVILA**



**Título:** Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en féminas del CMF 13 del área de salud Sur de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en primer grado en Medicina General Integral.

**Autora:** Dra. Elizabeth Jiménez Chávez.

Aspirante a especialista de primer grado en Medicina General Integral.

**Tutora:** Dr. Jesús Roberto Mendivil López.

Especialista de segundo grado en Medicina General Integral.

Especialista en primer grado en Ginecología y Obstetricia.

Profesor asistente.

**Ciego de Ávila  
2021**

*Graduarse de medico es abrir las puertas de un largo camino que conduce a la más noble actividad que un ser humano puede hacer por los demás.*

*Fidel Castro.*

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por haber inculcado siempre en mí el amor por el estudio y el trabajo.

A mi esposo, por el amor, comprensión y apoyo que me ha brindado.

A mi hija, por ser la luz que ilumina mi vida en todo momento, y quien me impulsa a ser mejor en todos los sentidos.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia por todo el sacrificio que ha hecho para que este sueño se convierta en realidad.

A mis profesores por su dedicación, paciencia y compromiso que son la base fundamental de mi desarrollo como profesional y como persona.

A mis amigos que me han apoyado siempre.

## RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional a través de una intervención educativa en mujeres en edad fértil del consultorio 13 del área de salud Policlínico Sur, Ciego de Ávila; en el período comprendido entre enero 2018 a enero de 2019. El universo de estudio está constituido por 64 mujeres en edad fértil. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc.Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las mujeres con nivel preuniversitario y en edades de adulto joven y adolescencia. Antes de la intervención el nivel de conocimientos en temas como factores de riesgo reproductivo, complicaciones del embarazo y medidas para prevenirlo, se encontraban en evaluaciones críticas, siendo las mayores necesidades sentidas de la población. Mientras que, en el tema de anticoncepción, más de la mitad dominaba el contenido. En la encuesta final, el nivel de conocimientos se elevó de forma significativa en todos los aspectos anteriores además de en la evaluación global del tema considerando la intervención efectiva para los objetivos trazados.

**Palabras clave:** Intervención educativa, Fertilidad; Método Anticonceptivo; Riesgo Preconcepcional; Salud Reproductiva.

## ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ <b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
▪ <b>Objetivos.....</b>	<b>5</b>
▪ <b>Marco teórico.....</b>	<b>6</b>
▪ <b>Método.....</b>	<b>17</b>
▪ <b>Análisis y discusión de los resultados.....</b>	<b>20</b>
▪ <b>Conclusiones.....</b>	<b>27</b>
▪ <b>Referencias bibliográficas</b>	
▪ <b>Anexos</b>	

## INTRODUCCIÓN

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconcepcional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar <sup>1-3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductora como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal el proceso clínico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida" <sup>3,4</sup>.

En relación a la llamada etapa preconcepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno. Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños mayores de un año y maternas <sup>4</sup>.

Procrear, ser padre o madre, es una maravillosa experiencia, fuente de alegría, realización personal y social, pero para ello es necesario estar preparado adecuadamente. En la actualidad se encuentra bien documentada la existencia de riesgos genéticos preconcepcional. La posibilidad de prevenirlos o disminuir sus efectos es una meta importante de la salud pública y sus especialistas <sup>4,5</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana. La

promoción de la salud consiste en proveer a la gente de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano <sup>6</sup>.

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio <sup>1,2</sup>.

La OMS, estima que en los países en desarrollo 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Asegura que la planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados. Aproximadamente 585.000 mujeres a nivel mundial y 23.000 en Latinoamérica mueren por complicaciones relacionadas con la reproducción, el embarazo y el parto <sup>4,7</sup>.

La preparación preconcepcional entre mujeres brasileñas y la relación con la planificación del embarazo, nos evidencia que sólo el 15,9 % de las mujeres hicieron preconcepción y de estas el 47% completaron una medida de salud en torno a búsqueda de asistencia médica y dieta <sup>8</sup>.

En el Ecuador las mujeres entre 20 a 44 años representan el 83,33% de la población femenina en edad fértil, de acuerdo a la proyección de población para el 2019 establecida por el INEC. Aproximadamente 300.000 mujeres se embarazan cada año, de las cuales sólo el 57,5% acuden a un mínimo de 5 controles prenatales. Para el año 2016 Cuba la razón de mortalidad materna alcanzó 45,71 por cien mil nacidos vivos; del total de muertes maternas directas, las causas obstétricas representan el 78%, siendo las principales: hipertensión gestacional con proteinuria significativa en el 16,12% de los casos, hemorragia postparto en el 13,55%, eclampsia en el 10,32% y sepsis puerperal en el 5,16% <sup>9</sup>.

En el ámbito de la planificación familiar, el uso de anticonceptivos desde el año 1979 al 2012 se incrementa del 26,5% al 71,7%, el principal método es la esterilización femenina que alcanza el 32,3%. En cuanto a la fecundidad por edad hay un descenso progresivo en personas de 20 y 49 años, no así en los

adolescentes en los cuales se incrementa de 91 por cada 1000 mujeres en el año 1999 a 111 en el 2012 <sup>10</sup>.

Se considera por estimaciones, que en cuanto a Cuba existe un promedio de entre 15 y 25% de mujeres que poseen alguna condición biológica, social, afección o conducta que permite clasificarlas dentro de los riesgos pre concepcionales. Sin embargo, se plantea no dispensarizar a más del 15% de la población femenina en edad fértil como R.P.C. real y realizar acciones médicas psicológicas y sociales dirigidas a modificar, atenuar o compensar el riesgo existente para lograr un embarazo y recién nacidos en las mejores condiciones posibles <sup>5,6</sup>.

La tasa de mortalidad nacional en el año anterior fue 4,5 por mil nacidos vivos, la más baja registrada en Cuba en toda la historia. En la provincia Habana los últimos registros muestran una correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional, con un 3,0 por cada mil nacidos vivos <sup>11</sup>.

Con excepción de Cuba, donde se cuenta con un programa integral de salud con enfoque preventivo comunitario, en el resto de Latinoamérica, a pesar de los esfuerzos realizados en materia de salud comunitaria, la atención médica no es integral y está limitada en un gran por ciento a la labor asistencial. Se han comenzado a dar grandes pasos en las labores de promoción y prevención, pero aún queda mucho por hacer para dar un enfoque de riesgo a un problema tan serio y urgente como el Riesgo Reproductivo Preconcepcional y garantizar así una maternidad sin riesgos. Según un informe de la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de la Mujer, cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres que presentaban factores de riesgo, lo cual coincidentemente ubica estos como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva <sup>12,13</sup>.

En este sentido el Riesgo Reproductivo Preconcepcional es definido como la probabilidad que tiene una gestante de sufrir daño, ella o su producto, de involucrarse en el proceso reproductivo <sup>14</sup>.

Conociendo la importancia que tiene la medicina en la comunidad para la prevención de estos grupos vulnerables, se hace necesario brindarle a la población con algún factor de riesgo el método para controlar la fecundidad hasta

que sea solucionada o atenuada la condición que motivó dicho factor de riesgo  
15,16.

Para la OPS, la salud de los adolescentes (10 a 19 años) y de los jóvenes (19 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no producen morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia misma <sup>17</sup>.

En la mayoría de los casos los/as adolescentes no conocen a qué se exponen en una situación de embarazo en esta edad ni cómo prevenir la situación una vez comenzada su vida sexual activa <sup>18</sup>.

La experiencia en la práctica médica han permitido comprobar que aún existe desconocimiento en la mayoría de las féminas, pues carecen de la información necesaria sobre el tema que se aborda en la investigación, por lo que mantienen una conducta sexual riesgosa que favorece la incidencia de embarazos no deseados en este grupo etéreo, lo que demuestra que se hace imprescindible incrementar el desarrollo de programas educativos en aras de elevar el nivel de conocimiento de los jóvenes con el fin de evitar los embarazos en edades tempranas de la vida y la aparición de infecciones de transmisión sexual, así como todas las consecuencias que esto trae consigo.

**Problema:** ¿Cómo contribuir a modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio 13 del área de salud Policlínico Sur, Ciego de Ávila?

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:** Determinar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil del consultorio 13 del área de salud Policlínico Sur, Ciego de Ávila.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar las féminas del estudio según variables sociodemográficas de interés.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en la población de estudio.
3. Diseñar y aplicar un programa de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional después de la intervención.

**Hipótesis:** El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio 13 del área de salud Policlínico Sur, Ciego de Ávila.

## MARCO TEÓRICO

El sistema nacional de Salud Pública cuenta con acciones y programas de planificación familiar, que desde sus inicios se sustentan en criterios como el riesgo materno-infantil, el libre ejercicio, soberanía e igualdad reproductiva. Elementos que sirven de complemento al desarrollo socioeconómico actual y da origen al status demográfico y puntualiza en variables importantes como la educación, salud, empleo y otras. Dentro de los programas que lleva a cabo el Médico de la Familia, constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo pre concepcional (R.P.C.) que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar <sup>19-20</sup>.

El R.P.C. está determinado cómo la probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de sufrir daño durante el proceso de la reproducción. Demuestra por tanto este rubro dentro de la elevación de la calidad de vida de la población, el carácter preventivo y humanista del sistema primario de salud pública cubano. Por ello los objetivos que persigue el programa de riesgo pre concepcional son <sup>19</sup>: mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y parejas, lograr embarazos saludables y oportunos, elevar la calidad de vida de madres e hijos.

La profilaxis y la prevención dirigidas al R.P.C. consisten en fomentar en las personas hábitos y estilos de vidas saludables, los que conduzcan a acciones que permitan contribuir al desarrollo más sano de hombres y mujeres durante esta etapa de la vida, dada la influencia en la descendencia de las circunstancias que acontecen en la etapa pre concepcional de la pareja como son la salud de ambos padres y enfáticamente de la madre. Es por ello que como se plantea desde la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en mayo de 1994 en el Cairo, Egipto, donde Cuba participó: La salud reproductiva se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos, con la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo <sup>21</sup>.

Estos argumentos sustentan el hecho de que el embarazo se planifique y se tomen en consecuencia una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6

meses que lo preceden (enfoque gravídico), entre los que se encuentran: la eliminación de hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas), la corrección de infecciones recurrentes (anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías), estén estas compensadas o no, por ello es beneficioso solicitar consejo genético pre-gravídico, para decidir el momento más apropiado para la fecundación <sup>21</sup>.

En relación con la llamada edad pre concepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo, que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, los psicológicos y los sociales; por tanto, deben ser atendidos no solo en la madre, sino, en el padre, la familia y el entorno <sup>22</sup>.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Entre los investigadores que abordan la temática destaca el caso de investigadores como Hernández LJ <sup>23</sup>; Gómez Jiménez <sup>24</sup>; los que declaran el problema dentro del área de la promoción de salud. Sus hallazgos manifiestan que la promoción de salud en las áreas y en la Atención Primaria de Salud es la clave para lograr que se disminuya casi en su totalidad el riesgo pre concepcional de las mujeres en edad fértil.

Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud y algunos de estos de forma parcial; lo que supone que se conozcan menos las formas de protegerse de ellos. Por ello vale significar que la salud reproductiva entraña además de la soberanía y libertad de ejercer la maternidad o paternidad según sea el caso, debe añadirse el derecho de obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año según estadísticas, 250 000 000 de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres <sup>25</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Constitucional manifiesta que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” <sup>26</sup>, manifiesta

además que “es derecho fundamental el grado máximo de salud que todo ser humano pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. El desarrollo económico y social es considerado como un prerrequisito para tener una población sana <sup>27</sup>.

La salud reproductiva, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano <sup>26</sup>.

La planificación familiar contempla tres momentos: control preconcepcional, asesoramiento y uso de métodos de anticoncepción; y, asesoramiento y manejo de la infertilidad. Los tres momentos se desarrollan enmarcados en cuatro acciones básicas: confianza, confidencialidad, individualización y libertad <sup>20,28</sup>.

Tomando en consideración el primer momento o atención preconcepcional, podemos manifestar que es el derecho de hombres y mujeres al cuidado continuo durante la edad reproductiva, para que cuando elijan un embarazo, se encuentren en las mejores condiciones posibles de salud <sup>29</sup>.

Si bien, existe una normativa para garantizar el derecho a la preconcepción, dirigida a médicos generales, obstetrices, médicos familiares, especialistas en ginecología y obstetricia, terapistas y enfermeras, podemos manifestar que la mayor parte de profesionales involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva la desconocen <sup>29</sup>.

Esta situación es similar en otros lugares del mundo, por ejemplo, en un estudio realizado en Londres sobre conocimientos, actitudes y opiniones de los médicos generales en torno a la prestación de atención preconcepcional, se evidencia el problema del desconocimiento; pues los médicos entrevistados indicaron que habían adquirido su conocimiento sobre elementos de la atención

preconcepcional de la experiencia clínica o de fuentes de información del paciente en lugar de directrices <sup>30</sup>.

El ejercicio de este derecho por parte del paciente se ve limitado por diferentes condiciones que pueden ir desde el acceso al servicio de salud, a la información profesional u otras dependientes del mismo usuario como: nivel de conocimiento, nivel de instrucción, género, edad, condición económica, etc. Un estudio en Londres reportó que las mujeres de alrededor de 30 años de edad, de clase socioeconómica y nivel de instrucción más alto eran más propensas a buscar atención preconcepcional, mientras que mujeres más jóvenes, de poblaciones de inmigrantes y menos educadas eran menos propensas a buscar asesoramiento antes de la concepción, incluso era un reto lograr que estas mujeres acudan al control prenatal <sup>30</sup>.

En latinoamérica se ha observado un aumento de la fecundidad adolescente (15 a 19 años), además la fecundidad entre los 20 y 24 años se mantiene en el nivel más alto y seis de cada 10 mujeres entre los 15 y 24 años han iniciado vida sexual <sup>9,10</sup>.

Existe uso de anticonceptivos, pero más de la mitad de las gestaciones no son planificadas, el embarazo se diagnostica una o dos semanas después del retraso menstrual, de ahí pensamos que es fundamental comunicar y educar a hombres y mujeres en edad fértil sobre la importancia de la atención preconcepcional <sup>9,10,20</sup>.

Una realidad preocupante es la exclusión de varones en la atención prenatal y peor aún del control preconcepcional, el cuidado y los riesgos no son patrimonio u obligación de la mujer sino condiciones que deben ser tratados por la pareja o de manera colectiva empezando por la familia, pues considerando el incremento actual de sobrepeso, obesidad y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en personas en edad fértil, tanto hombres como mujeres, habría que pensar también como estas van a relacionarse con el riesgo en la concepción, el embarazo y los aspectos perinatales <sup>9,10,20,29</sup>.

ay el mito de que los hombres al no portar la gestación no generan riesgo por tanto su cuidado es secundario, sin embargo donde dejamos las condiciones asociadas con la edad paterna avanzada que incluyen la acondroplasia,

neurofibromatosis, síndrome de Marfan, Treacher Collins, síndrome de Waardenburg, displasia tanatofórica, osteogénesis imperfecta. Todas las personas en edad reproductiva deben reconocer las responsabilidades y actuar de manera proactiva frente a: factores de riesgo genético, factores de riesgo infecciosos y crónicos, factores de riesgo reproductivos, riesgos en relación con estilos de vida <sup>29</sup>.

Los factores de riesgo genéticos más relevantes se pueden visualizar en la historia familiar de tres generaciones para evaluación enfermedades genéticas o de enfermedades familiares con componente genético, además la etnia y la edad de los progenitores, situaciones de las que no están exentos los hombres como futuros padres <sup>29</sup>.

Existe interés por parte de los varones para involucrarse en la preparación preconcepcional conjunta y el embarazo y parto de sus parejas, sin embargo, ellos se sienten excluidos. Los servicios sanitarios invisibilizan a los hombres, coartan su participación y les prejuizan según el rol de género asignado. La aplicación de un Programa de promoción de la salud preconcepcional para las parejas a punto de casarse basada en la Web realizado en Korea, demostró que los varones tienen una actitud propositiva mostrando una diferencia significativa en la conciencia respecto a la necesidad de preconcepción y los beneficios percibidos y una diferencia significativa en el comportamiento de los hombres en relación con mejorar su nutrición y evitar hábitos nocivos pensando en un futuro embarazo <sup>31</sup>.

Al tomar los riesgos desde las situaciones relacionadas con la salud de la mujer, aclaro, no como responsabilidad única de la mujer sino como condiciones, factores o riesgos alrededor de su vida y salud, hay varias condiciones que demuestran componentes causales. Como ejemplo, la edad materna avanzada es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Down. En Latinoamérica, el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos con Síndrome de Down se relacionan con mujeres de 40 años. El estudio de prevalencia de fisura labiopalatina realizado en Santiago de Chile encontró que los indicadores de riesgo identificados correspondieron a edad materna menor a veinte años asociado al primer embarazo; alto grado de etnicidad amerindia e historia familiar

positiva para este tipo de malformación, apoyando la teoría de herencia multifactorial de la susceptibilidad a las fisuras labiopalatinas <sup>32</sup>.

Las condiciones patológicas preexistentes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, epilepsia, enfermedad tiroidea, anemia y obesidad mórbida, también constituyen un riesgo biológico preconcepcional importante. La hiperglucemia aumenta 3 a 5 veces las malformaciones congénitas. En Brasil se estudió el nivel de conocimiento en cuanto a riesgos materno – fetales y cuidados preconceptionales en 106 mujeres con diabetes, de las cuales 41,5% presentaron conocimiento medio sobre riesgos materno – fetales y 54,7% tenían un conocimiento respecto al tema <sup>33</sup>.

En las mujeres con enfermedad renal crónica que se embarazan, se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea. En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte <sup>29</sup>.

Hay mitos y creencias o desconocimiento sobre la alimentación de una gestante, en ocasiones se actúa sin tomar en consideración su verdadero estado nutricional e índice de masa corporal, peor previa a la concepción, situación importante porque a futuro determina el estado materno fetal. La obesidad materna incrementa el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombotica y complicaciones en el parto, además de mayor riesgo de macrosomía fetal. También encontramos la asociación con los siguientes defectos al nacimiento: espina bífida, anomalías cardíacas, atresia anorectal, hipospadias, reducción de las extremidades, hernia diagramática y umbilical <sup>29</sup>.

Como experiencia contamos que se estudió el índice de masa corporal (IMC) preconcepcional en 378 mujeres embarazadas de Tailandia, la prevalencia de bajo peso antes del embarazo (IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>) y sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) fueron 17,2% y 14,3%, respectivamente, mientras que el 23% de las mujeres ganó peso inadecuadamente durante su embarazo. Las mujeres con un alto IMC antes del embarazo tenían 7 veces más riesgo de tener un bebé con macrosomía y las mujeres con ganancia excesiva de peso durante el embarazo tuvieron 8 veces más probabilidades de entregar un recién nacido con macrosomía <sup>30-33</sup>.

Otro ámbito es el estado de vacunación, situación fundamental al momento de la atención preconcepcional. Al respecto en un estudio en España se indagó sobre inmunizaciones a mujeres en edad fértil encontrándose lo siguiente: 84,61% sabían la importancia de estar vacunada contra la rubéola antes del embarazo, 10,76% no lo sabían y 4,1% no contestan <sup>32</sup>.

Es fundamental identificar los riesgos relacionados con los estilos de vida; bien conocida es la relación entre el déficit de ácido fólico y los defectos del tubo neural. Las últimas recomendaciones incluidas en la guía de práctica clínica canadiense incluyen:

1. Las mujeres deben ser aconsejadas para mantener una dieta saludable rica en folato; sin embargo, se necesita suplementos multivitamínicos con ácido fólico para alcanzar los niveles de folato en glóbulos rojos asociados con la máxima protección contra defecto del tubo neural <sup>34</sup>.
2. Todas las mujeres en edad reproductiva (12 - 45 años de edad) que conservan la fertilidad deben ser advertidas acerca de los beneficios del ácido fólico en la administración de suplementos multivitamínicos durante las visitas de control médico (renovación anticonceptivos, pruebas de papanicolaou, examen ginecológico anual) si se contempla un embarazo <sup>34</sup>.
3. Suplemento de ácido fólico es poco probable para enmascarar la deficiencia de vitamina B12 (anemia perniciosa) <sup>34</sup>.
4. Las mujeres con alto riesgo, para las cuales se indica una dosis de ácido fólico superior a 1 mg, tomando un comprimido multivitamínico que contenga ácido fólico, deben seguir la etiqueta del producto y no tomar más de 1 dosis diaria del suplemento multivitamínico. Se deben tomar comprimidos adicionales que contengan sólo ácido fólico para lograr la dosis deseada <sup>34</sup>.
5. Las mujeres con un bajo riesgo de defectos del tubo neural u otra anomalía congénita sensible al ácido fólico y una pareja masculina con bajo riesgo requieren una dieta de alimentos ricos en folato y un suplemento multivitamínico oral diaria que contiene 0,4 mg fólico ácido durante al menos 2 a 3 meses antes de la concepción, durante el embarazo, y durante 4 a 6 semanas después del parto o mientras continúa la lactancia <sup>34</sup>.

6. Las mujeres con un riesgo moderado para un defecto del tubo neural u otra anomalía congénita sensible al ácido fólico o una pareja masculina con riesgo moderado requieren una dieta de alimentos ricos en folato y la suplementación oral diaria con un complejo multivitamínico que contenga 1,0 mg ácido fólico, comenzando por lo menos 3 meses antes de la concepción. Las mujeres deben continuar con este régimen hasta la edad gestacional de 12 semanas. A partir de la edad gestacional de 12 semanas, continuando a través del embarazo y durante 4 a 6 semanas después del parto o durante el tiempo de la lactancia materna continúa, continúa la suplementación diaria debe consistir en un complejo multivitamínico con 0,4 a 1,0 mg de ácido fólico <sup>34</sup>.

7. Las mujeres con un riesgo aumentado o alto para un defecto del tubo neural, una pareja de sexo masculino con una historia personal de defecto del tubo neural, o la historia de un embarazo defecto del tubo neural anterior en cualquiera de las partes requiere una dieta de folato alimentos ricos y un suplemento oral diaria con ácido fólico 4,0 mg durante al menos 3 meses antes de la concepción y hasta la edad gestacional de 12 semanas. A partir de la edad gestacional de 12 semanas, continuando durante todo el embarazo y durante 4 a 6 semanas después del parto o durante el tiempo de la lactancia materna continúa, continúa la suplementación diaria debe consistir en un complejo multivitamínico con 0,4 a 1,0 mg de ácido fólico. El mismo régimen de la dieta y la suplementación debe ser seguido si cualquiera de las partes ha tenido un embarazo anterior con un defecto del tubo neural <sup>34</sup>.

El nivel de conocimiento respecto de la necesidad de ácido fólico en el periodo preconcepcional es el más alto en relación con los otros factores de riesgo preconceptionales, sin embargo, existes brechas de conocimiento. Se investigó en 295 gestantes en 12 municipios antioqueños, cuanto sabían alimentación en el embarazo encontrándose que 75% no identificó cuáles alimentos aportaban calcio, hierro y ácido fólico a la dieta y el 90,5% nunca o rara vez consumía alimentos ricos en ácido fólico. El bajo nivel educativo y tener bajos ingresos incrementó en 20% el riesgo de tener baja frecuencia de consumo de los alimentos que contienen ácido fólico <sup>35</sup>.

Un estudio realizado en mujeres casadas de Irán, encontró que la educación de la madre, los ingresos familiares y las tensiones en el trabajo se relacionaron con

el nacimiento prematuro y retraso en el desarrollo gestacional. Este mismo estudio exploró las deficiencias en los servicios de atención preconcepcional de ese país identificando que tanto hombres como adolescentes no estaban incluidos en los programas, los paquetes ofrecidos eran insuficientes, las estrategias inadecuadas y los proveedores de servicios de salud no estaban adecuadamente capacitados <sup>36</sup>.

La promoción y educación a la población respecto de los cuidados preconcepcionales dan frutos. Las mujeres que reciben asesoramiento preconcepcional son más propensas a adoptar conductas más saludables antes del embarazo, lo que lleva a una mejora de la dieta, los suplementos de ácido fólico, y reducir o dejar de fumar. Se realizó el seguimiento a universitarias de EEUU, que participaron en la intervención educativa sobre ácido fólico, persistiendo durante un año los aumentos significativos del conocimiento inicial para las preguntas relativas a los alimentos ricos en ácido fólico y prevención de los defectos del tubo neural <sup>30</sup>.

Al momento de difundir y promocionar el cuidado preconcepcional, se debe tomar en consideración los determinantes socio ambientales de la salud para que los profesionales desarrollen estrategias que permitan que la información llegue a los usuarios ajustados a su realidad. ¡Las mujeres manifiestan que “en los centros de salud se dice tiene que comer pescado, frutas, leche! ... Todo el mundo nos puede decir esto. Pero el arte es decirle a la gente pobre y de bajos ingresos cómo tener una dieta equilibrada en función de su nivel de ingresos” <sup>36</sup>.

En un estudio sobre opiniones de médicos de familia en Londres, la percepción de los profesionales fue que las mujeres que fumaban tenían peor salud antes de la concepción, además sintieron que ofrecer asesoramiento antes del embarazo para este grupo particular de mujeres no siempre garantiza un cambio positivo en el estilo de vida saludable que resulta en el abandono del tabaco, uno de ellos expresó “Ofrecemos asesoramiento, pero depende de ellos para llevarlo a cabo. Me refiero a que se le dice a la mujer que debe dejar de fumar y, sí, vivir sanamente, reducir el peso y el ejercicio y, pero no todos lo hacen, porque no todo el mundo está dispuesto a aceptar estas cosas, ¿verdad?” <sup>30</sup>.

El cuidado preconcepcional muchas veces se centra o termina en los riesgos biológicos y comportamientos de salud, que por cierto son incontables, pero se

deja excluidos los otros ámbitos del ser biopsicosocial, por ejemplo, los estresores psicosociales. El estrés psicosocial que viven las mujeres puede afectar su capacidad para concebir y llevar un embarazo saludable. El estrés psicosocial crónico altera la capacidad del cuerpo para mantener la homeostasis que permite la inhibición de la retroalimentación en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal para mantener controlada la respuesta del estrés y la modulación de la respuesta inflamatoria del cuerpo, si una mujer se embaraza con su sistema homeostático comprometido, puede ser más susceptible a una serie de complicaciones, incluido el parto prematuro <sup>36</sup>.

Los principales estresores psicosociales incluyen: ingresos económicos bajos, dificultades para acceder a los servicios de salud, falta de seguro social, violencia intrafamiliar, discriminación por etnia o preferencia sexual y el riesgo laboral. Una mujer con situación económica precaria compromete su capacidad para obtener alimento, refugio y otras necesidades básicas que permitan garantizar un embarazo saludable <sup>37</sup>.

Existe una asociación entre la violencia y embarazos no planificados por no uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, depresión y trastorno de estrés posttraumático. Las mujeres embarazadas que han experimentado violencia sexual son más propensas a estar presentar depresión, consumir cigarrillos, alcohol o drogas durante el embarazo <sup>37</sup>.

Como hemos podido recorrer, la preconcepción es la asesoría a las mujeres y parejas que desean un embarazo próximo, buscando identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos previo a la concepción, por tanto, no es un asunto circunstancial o superficial si se maneja con integralidad el tema de la reproducción pues todos los factores son importantes, es decir la interacción entre el ser biológico, psicológico y social, de ahí que no hay sumatoria de factores contextuales a los relacionados directamente con la medicina sino que todo interactúa por ejemplo lo cultural, la religión, mitos, creencias, machismo, violencia de género, silencio, los factores socio-ambientales, riesgos laborales, entre otros, estamos seguros que la detección de riesgos o eventos relacionados durante el control preconcepcional puede reducir la morbimortalidad materna y perinatal <sup>37</sup>.

Las personas deben ser motivadas y educadas para el autocuidado, para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y para trazar un plan de vida reproductivo <sup>37</sup>.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional a través de una intervención educativa en mujeres en edad fértil del consultorio 13 del área de salud Policlínico Sur, Ciego de Ávila; en el período comprendido entre enero 2018 a enero de 2019.

### **Universo y muestra**

El universo de estudio está constituido por 378 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio médico de familia 13 del área de salud seleccionada, durante el periodo comprendido para el estudio. La muestra fue conformada por 64 féminas del universo a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional y por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

1. Fémias en edad fértil que den su consentimiento para participar en el estudio (ver anexo I).
2. Con capacidad mental para responder al interrogatorio e incorporarse al trabajo en grupo.

### **Criterios de exclusión:**

1. Fémias que no abandonen el área de salud durante el tiempo que dure la investigación.
2. Que no tuvieran posibilidad de participar en todas las secciones.

### **Métodos de obtención de información.**

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral pertenecientes al área de salud en estudio.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa, diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con riesgo

preconcepcional (ver anexo III); luego de esto se aplicó en un segundo momento el mismo cuestionario inicial, después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas:

*Etapa diagnóstica:* Los conocimientos sobre riesgo preconcepcional fueron identificados utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

*Etapa de intervención propiamente dicha:* Se conformarán 2 grupos de 32 féminas en cada uno; la intervención se planificó para impartirla en un período de 4 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas, con una duración de 50 minutos.

*Etapa evaluación:* Se aplicó el mismo cuestionario inicial y se evaluó bajo los mismos principios que la primera, después de finalizada la intervención educativa.

### **Métodos del nivel empírico:**

**La encuesta:** Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

### **Operacionalización de las variables.**

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valores de tendencia central y dispersión	Según edad cronológica.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad.	Cualitativa ordinal	Primario. Secundario. Preuniversitario Universitario	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

### **Plan de análisis de los resultados**

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación  $\leq 0,05$ . Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc.Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional antes y después de la aplicación del programa educativo.

### **Aspectos éticos**

Esta investigación se realizó en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todas las participantes en el estudio su consentimiento. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Mujeres según edad y nivel educacional. Ciego de Ávila. 2021.

Nivel de escolaridad	Grupo de edades								Total	
	Menos de 20 años		De 20 a 29 años		De 30 a 35 años		Más de 35 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	3	17,6	4	10,0	0	0,0	0	0,0	7	10,9
Secundaria	8	47,1	13	32,5	0	0,0	0	0,0	21	32,8
Preuniversitario	6	35,3	20	50,0	3	60,0	0	0,0	29	45,3
Universitario	0	0,0	3	7,5	2	40,0	2	100,0	7	10,9
Total	17	100,0	40	100,0	5	100,0	2	100,0	64	100,0

Fuente: cuestionario.

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según las edades agrupadas y el nivel de escolaridad terminado.

Se pudo observar que la mayoría de las participantes se presentaron entre las edades de 20 a 29 años con un total de 40 féminas, seguidas por las menores de 20 años y las de 30 a 35 años con 17 y 5 mujeres por ese orden.

El nivel escolar vencido que predominó resultó el preuniversitario con 29 de ellas para un 45,3% del total, seguido por el nivel secundario con 21 féminas que representaron el 32,8%.

En el estudio similar realizado por Orellana Díaz <sup>38</sup>, refiere que las personas tenían un mínimo de edad de 20 años y un máximo de 44 años, un poco más de la mitad correspondieron a mujeres, la mayor parte estaban casados. En cuanto a la escolaridad, gran parte de los participantes tienen bachillerato, el 1% de las personas de la muestra desarrollaron estudios de posgrado.

Tabla 2. Mujeres según nivel de conocimientos sobre factores relacionados con el riesgo reproductivo y momento evaluado.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	11	17,2	34	53,1
Inadecuado	53	82,8	30	46,9
Total	64	100,0	64	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre factores relacionados con el riesgo reproductivo, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, aplicada como evaluación diagnóstica para identificar las necesidades sentidas de la muestra en esta materia y a su vez como punto de comparación evaluativo, solo 11 (17,2%) de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre los factores de riesgo de reproducción en la pareja.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta aumentó hasta 34 (53,1%) participantes evaluados con conocimientos adecuados sobre los mencionados factores de riesgo y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa según la interpretación de la prueba empleada.

Conocemos que no es una tarea fácil el influir en algunas conductas, estilos de vida, comportamiento de las personas, en estudios consultados se pudo constatar la existencia de poca, y en muchos casos ninguna, información sobre el tema que se quería tratar; después de la intervención un 97.0% de los participantes consideró que poseía conocimientos sobre el riesgo preconcepcional. Se demuestra el bajo conocimiento de los factores que se consideran riesgos para la mujer o el feto en caso de concebir un hijo; antes de producirse la intervención son más conocidos factores como la edad y la talla (21.2% y 15.1%) respectivamente que otros factores poco divulgados como el de riesgos sociales y el de haber tenido abortos anteriores (3% y 6.1%); luego

de la intervención el nivel de conocimiento en estos aspectos aumenta, sobrepasando el 90% de las encuestadas <sup>24,39</sup>.

Tabla 3. Mujeres según nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y momento evaluado.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	35	54,7	55	85,9
Inadecuado	29	45,3	9	14,1
Total	64	100,0	64	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos que presentaron sobre métodos anticonceptivos, evaluado antes y después de aplicado el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de la intervención, 35 participantes (54,7%) demostraban conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos, la importancia de usarlos, las ventajas que aportan para la adecuada planificación familiar, mientras que las otras 29 féminas (45,3%), no conseguían responder adecuadamente en la mencionada evaluación inicial.

Una vez terminada la capacitación y repetida la encuesta, la cifra de respuestas correctas para este acápite se elevó a 55 participantes que representaron el 85,9%, aumento porcentual suficiente para considerarlo un cambio significativo según el resultado de la prueba empleada.

Estudios realizados reportan que antes de la intervención educativa existían creencias erróneas acerca de las posibilidades de quedar embarazada y un desconocimiento de las prácticas de sexo seguro, lo que coincide con investigaciones realizadas; después de la intervención se logró que esta situación cambiara: hay una identificación de prácticas riesgosas con la posibilidad de salir embarazada en un 98.5%, 90.9% y 92.4% <sup>24,39</sup>.

Existe la creencia generalizada de que son las muchachas las responsables de un embarazo (84.8%) y por tanto las más comprometidas con la anticoncepción, lo que coincide con el criterio de varios autores a nivel internacional y nacional;

después de realizada la intervención educativa, pasa a ser la proposición de la responsabilidad compartida (95.4%) la que prevalece, lo que indica una toma de conciencia de los adolescentes sobre la responsabilidad de ambos miembros de la pareja en la concepción del embarazo y el enfrentamiento a las decisiones que se tomarán al respecto <sup>40-42</sup>.

Tabla 4. Mujeres según nivel de conocimientos sobre complicaciones del embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional y momento evaluado.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	21,9	31	48,4
Inadecuado	50	78,1	33	51,6
Total	64	100,0	64	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,002$

La tabla 4 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre complicaciones del embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional, evaluada al comienzo y al final de la investigación.

Se observó que solo 14 de las participantes, para un 21,9%, indicaban correctamente los ítems consignados en la encuesta inicial sobre las complicaciones de involucrarse en un proceso de gestación considerado de riesgo, mientras que las respuestas erróneas de 50 de ellos (78,1%), indicaban que esta era una de las mayores necesidades sentidas de la muestra de estudio al comienzo de la investigación.

Una vez terminada la intervención realizada, al repetir la encuesta un tiempo después, la cifra de participantes que indicaron correctamente las respuestas correspondientes, se elevó a 31 de ellas para un 48,4% que, aunque no llegó a la mitad de las féminas, sí representó un aumento significativo en correspondencia con la evaluación inicial.

Ramírez Bautista <sup>43</sup>, refiere en su estudio que antes de la intervención el nivel de conocimientos de los pacientes sobre complicaciones del embarazo en el riesgo pre-concepcional solo fue adecuado en 24 pacientes (29,6%), y 57 pacientes tenían evaluación inadecuado (70,3%), sin embargo, luego de la intervención

llevada la evaluación fue adecuada en 79 pacientes (97,5%.) sobre los que se intervino, los cuales pudieron señalar correctamente las complicaciones.

Barclay y Lie <sup>44</sup>, plantean que subestimar la baja frecuencia relativa de la diabetes mellitus y los trastornos hipertensivos como problemas de salud durante el embarazo es un fracaso, pues estas enfermedades entrañan graves complicaciones maternas, fetales o ambas.

Tabla 5. Mujeres según nivel de conocimientos sobre medidas para prevenir el riesgo reproductivo y momento evaluado.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	4,7	26	40,6
Inadecuado	61	95,3	38	59,4
Total	64	100,0	64	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 5 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre medidas para prevenir el riesgo reproductivo, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, solo 3 de las participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuado sobre dichas medidas intencionadas para mitigar o eliminar el riesgo reproductivo al inicio de un proceso de gestación, para un muy bajo 4,7% del total, mientras que 61 (95,3%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 26 pacientes (40,6%) y este número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

Ramírez Bautista <sup>43</sup>, refiere que antes de la intervención el nivel de conocimientos de los pacientes sobre cómo prevenir llegar a convertirse en un riesgo pre concepcional solo fue adecuado en 31 pacientes (38,3%), sin embargo, luego de la intervención llevada la evaluación fue adecuada en 71

pacientes (87,6%.) sobre los que se intervino, los cuales pudieron señalar correctamente las formas de prevención.

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Los resultados coinciden con García Peñalver, y cols <sup>45</sup>. Pero pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción.

Tabla 6. Mujeres según nivel global de conocimientos sobre riesgo reproductivo y momento evaluado.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	8	12,5	42	65,6
Inadecuado	56	87,5	22	34,4
Total	64	100,0	64	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de mujeres según el nivel global de conocimientos sobre riesgo reproductivo, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, solo 8 de las mujeres presentaban un conocimiento adecuado sobre los diferentes aspectos abordados del riesgo reproductivo en los cuadros anteriores para un bajo 12,5% del total lo que justificaba la necesidad de la realización de una intervención que intentara modificar el enorme vacío del conocimiento presente en un tema tan importante como lo es la reproducción.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 42 féminas respondiendo adecuadamente de forma general, los diferentes acápites del cuestionario y

elevando el porcentaje global de respuestas correctas hasta 65,6%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada por lo que, de forma general, la intervención fue considerada un éxito.

En el estudio de Orellana Díaz <sup>38</sup>, esta refiere que antes de la intervención del programa educativo, el nivel de conocimiento con respecto al tema en estudio se encontraba entre regular y mal (30.3%, 56.1%), situación está que se esperaba encontrar; después de la intervención educativa el nivel de conocimientos con respecto al riesgo preconcepcional aumentó y el 92.4% de los adolescentes que participaron en el estudio obtuvo calificación de bien en cuanto a su nivel de conocimiento, lo que demuestra que el programa propuesto fue efectivo en el grupo en que fue aplicado.

Con la consulta del riesgo pre concepcional se logra promover la salud de la mujer y de su descendencia, se ha demostrado su utilidad en el descenso de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Realmente toda mujer en edad reproductiva debiera beneficiarse al menos de consejos pre concepcionales y debiera ser interrogada sobre su deseo de embarazo en el próximo año. La dificultad en ocasiones radica en conocer con seguridad, cuáles deben ser los consejos o intervenciones que están seguramente avalados por la evidencia <sup>46</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Predominaron las mujeres con nivel preuniversitario y en edades de adulto joven y adolescencia. Antes de la intervención el nivel de conocimientos en temas como factores de riesgo reproductivo, complicaciones del embarazo y medidas para prevenirlo, se encontraban en evaluaciones críticas, siendo las mayores necesidades sentidas de la población. Mientras que, en el tema de anticoncepción, más de la mitad dominaba el contenido. En la encuesta final, el nivel de conocimientos se elevó de forma significativa en todos los aspectos anteriores además de en la evaluación global del tema considerando la intervención efectiva para los objetivos trazados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrido R C. et al. Riesgo Reproductivo en Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2001. p. 273-278.
2. Arrate Negret MM, Linares Despaigne MJ, Cuesta Navarro AL, Isaac Rodríguez LM, Molina Hechavarría V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 feb [citado 2019 Jun 04]; 21(2): 147-153. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000200003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200003&lng=es)
3. Pérez Madrazo K, Serrano Pérez M, Hernández Pérez K, Fernández Borbón H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Jun 04]; 32(2): 218-225. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192016000200008&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008&lng=es).
4. OMS. Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. 2019 octubre. Disponible en: URL: <http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/newsid%203752000/37527033.stm>
5. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Jun 04]; 32(3). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300013&lng=es)
6. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Jun 04]; 32(2): 178-190. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005&lng=es)
7. Publicaciones UNFPA en México [Internet]. [citado 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones.php>

8. Borges ALV, Santos OA dos, Nascimento N de C, Chofakian CB do N, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. Rev Esc Enferm USP. abril de 2017;50(2):208-16.
9. Cruz HJ, LLanes QM, Valdés IA, Hernández GP, Velasco BA. Anticoncepción en la adolescente. Rev Cubana Endocrinol. 2015; 18(1).
10. Israel LJ, Lugones BM, Valdespino PL, Ambrosio SS. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integ. 2005; 21(3-4).
11. Cruz Hernández J, Llopis Krafchenco L, Lang Prieto J, González Calero TM, González Hernández OJ, Ledón Llanes L. Atención al riesgo reproductivo de la mujer con diabetes mellitus en un municipio de la capital de Cuba. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2018 Ago [citado 2019 Jun 04]; 29(2): 1-22. Disponible en: [http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532018000200003&lng=es](http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532018000200003&lng=es)
12. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. 2005 enero. Disponible en: URL: [www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16](http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16)
13. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 04]; 36(4): 565-572. Disponible en: [http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es](http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es)
14. Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. Manual CELSAM. La anticoncepción en América Latina 1999-2005. [serial online] 2005 mayo. Disponible en: URL: <http://www.celsam.org/home/manual.asp?manual=6>
15. Ruiz Julia Martha. Creación de oportunidades para las mujeres indígenas adolescentes. Population Council /Guatemala. 2017 mayo. Disponible en: URL: <http://www.popcouncil.org/esp/americas/guatemala.html>.
16. Hierrezuelo Rojas N, Alvarez Cortés JT, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría Gipsy de los Angeles. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2017 mayo [citado 2019 Jun 04]; 21(5): 518-526.

Disponible

en:

[http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es](http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es)

17. Zetina Hernández E, Gerónimo Carrillo R, Herrera Castillo Y, de los Santos Córdova L, Mirón Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Rev Salud Quintana Roo [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 04]; 11(40): 7-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92448>
18. Pinos Abad GM, Pinos Vélez VP, Palacios Cordero MP, López Alvarado SL, Castillo Nuñez JE, Ortiz Ochoa WA. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. Act Inv Educ [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 04]; 17(2):192-213. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/2867>
19. Reina, G. Cómo protegernos de riesgos reproductivos. La Habana: ECIMED; 2004. p. 12-28. [Recuperado 13 septiembre, 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
20. Martínez, C. Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p.23-25. [Recuperado 13 septiembre, 2019]. Disponible en <http://scielo.sld.cu>
21. Telpez García IM, Acevedo Vega MA, Falcón Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Electr Zoilo Marinello [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 04]; 43(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
22. Chamy, P. Cardemil, M. Betancourt, M. Ríos, S. Leighton, V. Riesgo obstetric y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. Chil. Obstet. Ginec. 2018,74(6):331338. [recuperado 13 de septiembre, 2019].Disponible en: <http://php/zmv/article/view/>
23. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos Diana S, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev Salud Púb [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 04]; 19(3):393-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00393.pdf>

24. Gómez Jiménez, A. Hernández Díaz, M. Jiménez Cardoso, J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana. 2017; 9(1). 1-12. [recuperado el 10 de enero de 2018]. Disponible en <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/531>
25. Senado, J. Los factores de riesgo. Rev. Cub. Med. Gen. Int. La Habana, 2011. [recuperado 13 de septiembre, 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
26. OMS | Salud reproductiva [Internet]. WHO. [citado 8 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
27. Organización Mundial de la Salud, editor. Documentos básicos. 48º edición. OMS; 2018.
28. CEPAL N. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2018 [citado 21 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40155>
29. Ortiz E., Vásquez G., Arturo M., Medina V. Protocolo de atención preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2018.
30. Ojukwu O, Patel D, Stephenson J, Howden B, Shawe J. General practitioners' knowledge, attitudes and views of providing preconception care: a qualitative investigation. Ups J Med Sci. 1 de octubre de 2017;121(4):256-63.
31. Je NJ, Choi SY. Effects of Web-based Preconception Health Promotion Program for Couples about to be Married. J Korean Acad Nurs. 2017;46(5):720.
32. Sepúlveda Troncoso G, Palomino Zúñiga H, Cortés Araya J. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2016;30(1):17–25.
33. Pongcharoen T, Gowachirapant S, Wecharak P, Sangket N. Pre - pregnancy body mass index and gestational weight, gain in Thai pregnant women as risks for low birth weight and macrosomia. Asia Pac J Clin Nutr. 2017; 25(04):810-817.
34. Contributors Specia. Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube

- defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;37(6):534–549.
35. Torres Trujillo LE, Ángel Jiménez G, Calderon Higueta G, Fabra Arrieta JC, López Galeano SC, Franco Restrepo MA, et al. Knowledge and practices food in pregnant women, from municipalities of Antioquia, Colombia, 2010. *Perspect En Nutr Humana.* 2018;14(2):185–198.
  36. Bayrami R, Latifnejad Roudsari R, Allahverdipour H, Javadnoori M, Esmaily H. Experiences of women regarding gaps in preconception care services in the Iranian reproductive health care system: A qualitative study. *Electron Physician.* 25 de noviembre de 2017;8(11):3279-88.
  37. Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Univ Autónoma St Domingo Cent Cult Poveda* [Internet]. 2006 [citado 23 de febrero de 2017]; Disponible en: [http://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013\\_11\\_22\\_18\\_50\\_06.pdf](http://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013_11_22_18_50_06.pdf)
  38. Orellana Díaz ML. Evaluación de un programa educativo con enfoque familiar sobre control preconcepcional, a partir de las percepciones locales, Uncovia, Cuenca, 2015 - 2016.
  39. Rosell Juarte, E. Delgado Hernández, M. Trufero Cánovas, N. Riesgo reproductivo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey.* 10(6). Centro Provincial de información de Ciencias Médicas de Camagüey. [recuperado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906005>
  40. Herrear, V. Oliva, J. Domínguez, F. Riesgo reproductivo. [recuperado el 10 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.../riesgo\\_reproductivo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.../riesgo_reproductivo.pdf)
  41. Prendes Labrada, M. Guibert Reyes, W. González Gómez, I. Serrano Borges, E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4):360-6.
  42. González Reyes, Y. Salgado Fonseca, A. E. Rodríguez Casas, J. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes dela ESBU “Nguyen Van Troi” del Municipio de Morón. Policlínico Universitario. “Diego del Rosario” Morón. *MEDICIEGO* 2010; 16(2).
  43. Ramírez Bautista MB. Riesgo preconcepcional en el área de salud. Propuesta de una intervención educativa. municipio Banes, provincia

Holguín. Cuba. Revista Electrónica: Entrevista Académica Vol. I No. 2 agosto 2018.

44. Barclay, L. Lie, D. Guidelines issued for medical care of pregnant women with preexisting diabetes. *Diabetes Care*. 2008; 31:1060-79.
45. García Peñalver, Y. Breto García, A. Coronado Mestre, R. Caracterización de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Hospital Docente Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" junio 2007-diciembre 2008 [tesis]. La Habana: Facultad FinlayAlbarrán; 2009.
46. Manrique, R. Rivero, A. Parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. ISSN 0048-7732 versión impresa. *Rev Obstet Ginecol Venez* v.68 n.3 Caracas set. 2008. [Consultado: 10-4-2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo>

## **ANEXOS**

### Anexo I

#### **Acta Consentimiento Informado**

Compañero (a) Paciente:

Por este medio le comunicamos a ud. que ha sido escogido (a) para la realización de una investigación donde usted será objeto de estudio en una intervención comunitaria sobre factores asociados a riesgo preconcepcional. Esperamos su ayuda y facilitación de los medios de información.

Si desea usted participar en el estudio exponga aquí su consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ he tenido contacto con la Dra. Elizabeth Jiménez Chávez y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuestas satisfactorias.

Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del mismo, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con los médicos que me atienden y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

Nombre y Apellidos de la paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

## Anexo II

### Cuestionario de riesgo preconcepcional

1. Señale verdadero (v) o falso (f) cuales de las siguientes opciones sobre principales factores relacionados con el riesgo reproductivo.
  - a) \_\_\_ Presentar Enfermedades que complican el embarazo como la hipertensión.
  - b) \_\_\_ Presentar antecedentes reproductivos.
  - c) \_\_\_ Ausencia de ácido fólico en el organismo.
  - d) \_\_\_ Presentar antecedentes Psicosociales
  - e) \_\_\_ Antecedente de hábitos tóxicos.
  - f) \_\_\_ No sé
2. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre su conocimiento acerca de métodos de anticoncepción que eviten un embarazo no deseado.
  - a) \_\_\_ Tener una pareja estable.
  - b) \_\_\_ Métodos hormonales (píldora, inyección)
  - c) \_\_\_ Uso del condón.
  - d) \_\_\_ Utilización de DIU
  - e) \_\_\_ Uso del método del reloj.
  - f) \_\_\_ Hacer cuclillas luego del acto sexual.
  - g) \_\_\_ No tener contacto sexual en los días previos a la fertilidad.
  - h) \_\_\_ Tomar té de caña santa.
3. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre complicaciones del embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional.
  - a) \_\_\_ Pre-eclampsia (Hipertensión en el Embarazo).
  - b) \_\_\_ Bajo peso y restricción del crecimiento del feto.
  - c) \_\_\_ Aborto no deseado.
  - d) \_\_\_ Placenta previa (Placenta anterior).
  - e) \_\_\_ Rotura prematura de membranas (Rotura de la fuente).
  - f) \_\_\_ Muerte fetal.
  - g) \_\_\_ Diabetes mellitus e hipertensión arterial.
  - h) \_\_\_ No sé
4. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre cuáles son las medidas de prevención

para evitar el riesgo en el embarazo.

- a) \_\_\_ Mantener peso y estado nutricional adecuado.
- b) \_\_\_ Tener información sobre la intimidad sexual.
- c) \_\_\_ Uso de preservativo.
- d) \_\_\_ Acudir a los controles médicos con regularidad.
- e) \_\_\_ Tener Hábitos alimenticios adecuados.
- f) \_\_\_ Evitar el consumo de alcohol.
- g) \_\_\_ Evitar hábitos tóxicos como el cigarro.
- h) \_\_\_ Presentar una Educación en salud sexual y reproductiva.

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos: a,b,c,e

Incorrectas: Contestar incisos: d,f

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso: b,c,d

Incorrectas: Contestar inciso: a,e,f,g,h

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos: a,b,d,e,g

Incorrectas: Contestar incisos: c,f,h

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos: a,c,d,e,f,g

Incorrectas: Contestar incisos: b,h

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

### **Programa de intervención educativa**

Las actividades de intervención comunitaria constan de 5 actividades que fueron impartidas todos los miércoles en horario de la mañana en un aula del consultorio familiar No. 13 del área de salud en estudio. Impartidas por la doctora y enfermera del mismo. Estas se sustentan en la utilización de técnicas participativas, con actividades dinámicas, en las que predomina el aprendizaje desde lo emocional-afectivo y lo cognitivo-intelectual. Estas fueron impartidas en el consultorio médico 13, que reúne las condiciones para el trabajo en grupo y los temas propuestos para cada sesión.

En cuanto a las fechas y horas que se muestran sufrirán cambios de acuerdo la disponibilidad del local que se nos fue asignado.

#### **Primer encuentro:**

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Riesgo de riesgo preconcepcional

Objetivo:

a) Definir aspectos generales relacionados con los riesgos reproductivos Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: 1- Una computadora.

2- Sobres.

Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada una del participante de acuerdo a su nombre, edad y procederán a presentarse una a una, momento en el cual cada una contarán el motivo por el cual quisieran participar en cada una de las actividades

Técnica participativa: "La sorpresa".

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, las mismas en su interior están cargados de frases, fragmentos de poesías y refranes. Que cada participante deberá abrir y simultáneamente leer todo el

contenido, esto se realizarán con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento esta sesión tuvo como finalidad que las participantes se relacionaran entre sí y que en conjunto desarrollen actividades que les permitan asimilar la definición de los conceptos relacionados con el riesgo reproductivo, que comenzará a relacionarse con sus principales causas y consecuencias.

### **Segundo encuentro:**

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Factores de riesgo asociados al riesgo preconcepcional.

Objetivos:

- a) Identificar los principales factores de riesgo descritos
- b) Conocimiento acerca de métodos de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
- c) El anticonceptivo como medida de protección contra las ITS

Tipo de actividad: Charla educativa.

Recursos: 1- Pancarta educativa.

2- Computadora.

Técnica participativa: charla de grupo

Introducción: Se comenzará recordando todo lo relacionado con la actividad anterior y se realizará preguntas de comprobación.

Desarrollo: Comenzará explicando a las participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos un factor de riesgo, luego se procedió a explicar por parte del médico los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la utilización de estos en relación con los R.P.C.

### **Tercer encuentro:**

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Complicaciones del embarazo en el riesgo- preconcepcional.

Objetivos:

- a) Identificar las complicaciones más comunes observadas en gestantes con riesgo preconcepcional.

Tipo de actividad: Conferencia, charla educativa.

Recursos: 1- Una computadora.

2- pancartas y folletos educativos afines.

3- maqueta y condones.

Introducción: Comenzaremos la actividad dando una breve reseña de la clase anterior y realizaremos preguntas al azar para comprobar los contenidos impartidos.

Desarrollo: Se llevará a cabo como inicio de la actividad la técnica de animación "¿Qué crees de la vida?", la misma consistirá en que cada participante opinará que significa la vida desde su punto de vista sobre el nacimiento de un niño.

En un segundo momento se pretendió que las participantes identificaran y tomaran conciencia sobre las complicaciones del embarazo en este riesgo.

#### **Cuarto encuentro:**

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Prevención de riesgo preconcepcional

Objetivos:

- a) Analizaremos brevemente la profilaxis y la prevención

Tipo de actividad: Charla educativa.

Recursos: Laminas educativas.

Introducción: Se realizará un breve resumen del tema tratado en la clase anterior y se realizarán preguntas de control.

Desarrollo: En un segundo momento realizaremos una charla educativa con el objetivo que identificaran y tomaran conciencia sobre todo lo que se puede hacer en materia de profilaxis y prevención de este riesgo; cambios en el estilo de vida de la mujer en riesgo, insistiendo una vez más en la importancia de evitar los factores de riesgo, lo cual no solo beneficia a la gestante sino además al producto

de su concepción. Se insistirá en la importancia de la consulta de atención primaria al estar embarazada y el seguimiento en las consultas prenatales.

Para finalizar la actividad se exhortará a todas las participantes a participar de nuestro último encuentro, donde podremos comprobar los conocimientos aprendidos.

**Quinto encuentro:**

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes y corroborar el conocimiento alcanzado sobre riesgo preconcepcional.

Recursos: 1- Hojas en blanco.

2- Lápices.

Técnica Participativa: Despedida

Introducción: Se realizará un breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación "despedida", la misma consistirá en que las participantes expresarán como se han sentido durante todas las secciones, que aprendieron de la misma, cuáles han sido su experiencia y si lograron aprender de las mismas.

Al culminar la intervención se les entregará a las participantes nuevamente el cuestionario inicial para ser respondido y poder evaluar así el conocimiento alcanzado con la intervención.



