

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “JOSE AGUSTIN MAS NARANJO” PRIMERO DE
ENERO.

Título: Estrategia de intervención para a elevar el conocimiento sobre bajo peso al nacer en la población adolescente féminas del CMF# 13 del área de salud 1ro de Enero

En opción al Título de Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral.

Autora: Dra. Chely Álvarez Moreno.

Morón, 2019

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE “JOSE AGUSTIN MAS NARANJO” PRIMERO DE
ENERO.

Título: Estrategia de intervención para elevar el conocimiento sobre bajo peso al nacer en la población adolescente féminas del CMF#13 del área de salud de 1ro de Enero

En opción al Título de Especialista en Primer Grado de Medicina General
Integral.

Autora: Dra. Chely Álvarez Moreno.

Aspirante a Médico Especialista en Medicina General Integral. Institución de Procedencia: Policlínico docente “José Agustín Mas Naranjo” Primero de enero.

Tutor: Dra. Yaquelín Yera Perez.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesor instructor. Institución de Procedencia: Policlínico docente “José Agustín Mas Naranjo” Primero de enero.

Morón, 2019

PENSAMIENTO



“No hay nada triste en cambiar
nuestras ideas, triste es no tener ideas
que cambiar”

Aristóteles (384-322 AC)

Filósofo considerado Padre de la Ética.

AGRADECIMIENTOS

- Quiero dar gracias a DIOS, por estar siempre conmigo.
- A María, la Madre de Jesús, a quien cariñosamente llamamos en Cuba “*Virgen de la Caridad*”, por acompañarme en este caminar por el mundo del dolor, por el mundo de los enfermos.
- A mis profesores, que han contribuido en mi formación como residente.
- A mis padres, por su apoyo constante.
- A mis demás familiares y amigos, que de una forma u otra me han ayudado en la realización de este trabajo.

A todos: **MUCHAS GRACIAS**

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer en adolescentes féminas pertenecientes al consultorio 13, del área de salud Primero de Enero, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido enero del 2018 hasta enero del 2019. La muestra fue conformada por 32 adolescentes. Para el análisis de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el bajo peso al nacer, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominó la etapa intermedia de la adolescencia y el nivel de escolaridad secundario. Casi la mitad de los participantes podían definir correctamente en que consiste el bajo peso al nacer. En los demás temas tratados, el nivel inicial de conocimiento era muy bajo. En todos los aspectos se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos incluyendo la evaluación global de todas las temáticas por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

Palabras clave: Recién nacido de bajo peso, factores de riesgo, intervención educativa.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Marco teórico.....	6
▪ Material y Método	19
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	23
▪ Conclusiones.....	30
▪ Referencias bibliográficas.....	31
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

La prevención del bajo peso al nacer (BPN) constituye una prioridad de la salud pública a escala mundial y un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil.

El peso de un niño al nacer es la condición más importante en la posibilidad de sobrevivir, puesto que por debajo de 2500 gramos suele causar la muerte de muchos menores de un año y repercutir en su calidad de vida futura; sin embargo, el número de defunciones aumenta en los países en desarrollo, donde no siempre se realiza la estimación ponderal al nacimiento (1).

En 1919 se clasificó por primera vez a los recién nacidos según el peso, pero ya en 1947 se relacionó a los de bajo peso con un crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y se trató de diferenciarlos de los que nacían de una gestación acortada; en 1960, los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron el término «bajo peso» para todos los niños que pesaban menos de 2500 gramos, sin tomar en cuenta su edad gestacional (1).

El bajo peso al nacer constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales, pues, aunque se presentan entre el 6 y 7% de los nacimientos, está relacionado con más del 75% de la mortalidad perinatal. Es un tema actual a nivel mundial y nacional teniendo en cuenta que esta complicación repercute de forma negativa sobre la morbilidad y mortalidad infantil, provocando secuelas que incapacitan al niño desde el punto de vista físico y social (2).

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, pues se ha comprobado que al menos la mitad del total de muertes perinatales ocurren en lactantes con esa condición. Esos niños muestran una gran tendencia a padecer distintas enfermedades, con evolución tórpida en la mayoría de los casos. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y, recientemente, se ha asociado con la aparición de padecimientos similares en adultos, como Diabetes Mellitus. Los RBP tienen más probabilidades de seguir desnutridos, presentar menor coeficiente de inteligencia y experimentar discapacidades cognoscitivas en el futuro (3).

Mundialmente de los casi 20 millones de niños que nacen cada año con bajo peso, más del 92% de los casos se presentan en países poco desarrollados, según la UNICEF. El promedio de la prematuridad (edad gestacional menor de 37^a semanas) y de recién nacidos de bajo peso (peso al nacimiento inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional) en el mundo es del 20%, tendencia que va en aumento; una de las principales causas de los niños con bajo peso al nacer lo constituyen los prematuros, entre más prematuros nazcan, más niños con bajo peso al nacer habrá y a mayor grado de prematuridad es mayor la morbimortalidad (4,5).

El informe de las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2011, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, confirma una reducción de la mortalidad en menores de 5 años de aproximadamente una tercera parte entre los años 1990 y el 2009 descendiendo desde 89 hasta 60 por 1000 nacidos vivos. En cambio, en 2009, el 40% de las defunciones de menores de 5 años se produjeron en el periodo neonatal, lo que denota que el ritmo de disminución de la mortalidad neonatal es más lento que el observado en los niños de más edad. En concreto, hay que aunar esfuerzos en estrategias para reducirla, en especial en la población de los recién nacidos pretérmino (RNPT) y los recién nacidos bajo peso (RNBP) (6).

La Organización Mundial de la Salud, plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, y se reporta un índice del 17 % a nivel mundial; el mayor número lo aportan los países en vías de desarrollo con un 17 %, y en los menos desarrollados, un 18 %. De los más de 20 millones de nacimientos con bajo peso que se calculan, la mayoría se producen todos los años en el mundo actual en desarrollo, más de la mitad ocurren en Asia Meridional y más de una tercera parte en África. En cambio, el bajo peso al nacer en los países industrializados presenta un promedio de 7 %, es decir, igual al de Asia Oriental y el Pacífico (6).

El bajo peso al nacer es el principal factor desencadenante de las más de cinco millones de muertes neonatales que ocurren anualmente en el mundo. Se enfatiza en el hecho de que para registrar una tasa de mortalidad infantil inferior a 10 por 1000 nacidos vivos, deviene indispensable que el índice de bajo peso al nacer no exceda de 6%. Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente por debajo de 1500 gramos

(muy bajo peso al nacer) determinan el 60% de la mortalidad infantil. El índice de bajo peso al nacer en Cuba, en el 2001, fue de 5,9%, en el 2005 fue de 5,4%, en el 2007 descendió a 5,2% y en el 2008 y 2009 se mantuvo en 5,1%, indicador que la ubica entre los cinco grupos de países con parámetros más bajos en el planeta, aunque no deja de ser un grave problema de salud actual. En Cuba en los últimos 7 años, de modo general, se ha mantenido un índice de alrededor del 5 % (7).

Entre los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer se encuentran: edad materna, estado de nutrición de la madre, ganancia de peso durante el embarazo, período intergenésico, hábito de fumar, infección vaginal, Infección urinaria, anemia (8-10).

Entre las complicaciones más frecuentes del bajo peso al nacer se encuentran: estado fetal intranquilizante, hipoglucemias, hipotermias, distress respiratorio, retraso en el proceso de aprendizaje, crecimiento y desarrollo, así como secuelas a largo plazo como la incapacidad física y mental del país (8-10).

El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha planteado la necesidad de enfrentar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio; mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social, como guía fundamental de actuación en la atención primaria para mejorar aún más los indicadores de salud. Existe el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) que tiene como objetivo fundamental la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, lo que exige dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud materno infantil (7,8).

En el municipio de Ciego de Ávila, se detectó al término del año 2014 y a inicios del 2015 un incremento en la tasa de mortalidad infantil en estrecha relación con el bajo peso al nacer. En un análisis realizado en este periodo se nota que la tasa de mortalidad infantil se encuentra en ascenso al igual que el índice de bajo peso al nacer: de una tasa de 9,4 por cada 1 000 nacidos vivos, e índice de bajo peso de 4,7 % en el 2014 hasta una tasa de 10,1 por cada 1 000 nacidos vivos e índice de 7,1 % al inicio del año 2015.

El médico de la familia es el encargado de detectar a tiempo los factores de riesgo y de dispensar adecuadamente a las mujeres que los presenten, para posteriormente ejercer con ellas acciones de salud encaminadas a modificar y controlar dichos factores.

El incremento creciente de recién nacido bajo peso al nacer, así como la permanente incidencia de factores de riesgo que favorecen su aparición, son motivaciones para este trabajo. La evidencia disponible evocan el desconocimiento de las gestantes y las mujeres en general elementos que influyen en la falta de participación activa en la solución de este problema por lo que consideramos oportunas el diseño de intervenciones educativas que contribuyan al conocimiento dentro de la población y permita reducir este sensible indicador, por tal motivo se plantea el siguiente **problema científico**: ¿Cómo elevar el conocimiento de los factores de riesgo sobre bajo peso al nacer en la población adolescente?

OBJETIVOS

Objetivo General: Aplicar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer, en adolescentes féminas pertenecientes a el consultorio 13 del área de salud Primero de Enero.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas de edad y nivel educativo.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer en las féminas del estudio.
3. Diseñar un programa de intervención educativa.
4. Evaluar la efectividad del programa del nivel educativa aplicado en la intervención educativa.
5. Aplicar un programa de intervención educativa

Hipótesis: Si se aplica una estrategia de intervención educativa basada en acciones dinámicas, entonces es posible elevar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer en la población adolescente.

MARCO TEÓRICO

El bajo peso al nacer (BPN) es un elemento de suma importancia en el estado de salud de la población si tenemos en cuenta su marcada influencia en la mortalidad infantil, así como en la supervivencia y desarrollo de la infancia (11).

El American College of Obstetricians and Gynecologists al igual que otros Autores, sugiere que el término pretérmino debe aplicarse a recién nacidos cuyo peso esté comprendido entre 1 000 y 2 500 gramos (grs) con edad gestacional inferior a 37 semanas y que el término bajo peso a término debe aplicarse a todo recién nacido con edad gestacional de 37 semanas o más y peso inferior a 2500 gramos (11-13).

El bajo peso al nacer puede obedecer a 2 causas fundamentales (13):

- Haber ocurrido un nacimiento antes del término de la gestación (parto pretérmino).
- Tener el feto una insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional (desnutrición intrauterina).

Existen 3 variantes de recién nacido bajo peso (13):

- Recién nacido muy pequeño o de muy bajo peso: Es todo aquel con un peso menor que 1 500 grs al nacer.

Recién nacido extremadamente pequeño: El que presenta un peso menor que 1 000 grs al nacer.

- Recién nacido pequeño para su edad gestacional: Aquel que debido a causas fetales, maternas o placentarias nace con un peso menor que el establecido para el tercer percentil según la edad gestacional, sea pretérmino, a término, o postérmino (14,15).

En relación con los factores de riesgo de BPN identificados con mayor frecuencia en estudios realizados debemos considerar:

Embarazo en la adolescencia (16):

La edad materna inferior a los 18 años incrementa los riesgos de la salud en la madre y el niño; pues no se ha concretado la necesaria maduración biopsicosocial.

Según investigaciones realizadas en el país y criterios de expertos, la realización del primer coito se sitúa por debajo de los 18 años. Aunque la proporción de partos en las adolescentes se ha reducido en algo más del 1 % anual entre 1985 y 2006, y las tasas de aborto en este grupo para igual período, disminuyeron en el 35 %, consideramos necesario enfatizar las acciones educativas desde las edades más tempranas para continuar reduciendo los embarazos no deseados en este período de la vida (11).

En la adolescencia se asocian otros factores sociales que repercuten en el BPN, como el embarazo no deseado, la madre soltera, el bajo nivel educacional, y el momento de la gestación en que se realiza la captación (17).

Existe una probabilidad tres veces mayor de tener un hijo BPN si el número de controles gestacionales es inferior a 3. A diferencia de lo observado en otros países de la región, la mayoría de nuestras adolescentes están escolarizadas, más del 90 % de los embarazos son captados en el 1er. trimestre, y se reciben como promedio 12 consultas prenatales; pero se observa una tendencia a reducir la participación de las y los adolescentes en el total de matrimonios y a incrementarse en el total de divorcios (17).

Estado nutricional de la madre:

El estado nutricional materno antes de la gestación o durante ésta constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño. En un meta-análisis de investigaciones sobre determinantes del bajo peso al nacer se encontró que los factores nutricionales de la madre (peso y talla pregestacional, ingestión de energía e incremento limitado de peso durante el embarazo) son las principales determinantes del retraso del crecimiento intrauterino en países en desarrollo (18).

En los países desarrollados el tabaquismo desplaza en orden de importancia a los factores nutricionales. La malnutrición materna aguda e intensa causa una reducción de alrededor del 10 % del peso medio al nacer. Los estudios acerca de la repercusión de la nutrición materna sobre el peso al nacer se han dirigido al análisis de la influencia de (18,19):

a) El estado nutritivo previo al embarazo.

b) La nutrición durante el embarazo.

El peso al nacer es mayor cuanto más altos son el peso materno, la talla y el índice de masa corporal (IMC) previo a la gestación, siendo más bajo en las mujeres con IMC menor de 18 (delgadez) (19).

Cuando la captación de las gestantes se realiza precozmente se acostumbra a utilizar el peso al inicio del embarazo como una estimación del peso pregestacional. La correlación entre el peso pregestacional y el peso al nacer es tan alta como la correlación entre el peso materno a las 12 ó 16 sem de gestación y el peso al nacer. El peso para la talla al inicio del embarazo o su homólogo el peso pregestacional para la talla, es el índice más útil para evaluar el estado nutricional antes del embarazo (11).

Los pesos bajos se clasifican en grados del I al IV, los que implican la probabilidad de mayor riesgo de malnutrición. Se considerarán en riesgo nutricional las mujeres que al inicio del embarazo tengan un peso para la talla inferior al valor del grado II. El criterio en el caso del bajo peso según el IMC (20,7 a 19,8) corresponde al grado II de "peso bajo" de las normas cubanas de peso para la talla (13-15).

En países desarrollados no se observa relación entre el aporte de energía de la dieta consumida durante el embarazo y el peso al nacer. En mujeres sanas con buena nutrición antes de comenzar el embarazo, el peso al nacer no se modifica por la ganancia de peso materno durante la gestación (12).

La ganancia materna de peso no es la medida ideal de la nutrición materna, ya que puede estar modificada por otros factores no relacionados con la alimentación pero es útil controlar e interpretar la curva de ganancia de peso prevista para las etapas seleccionadas pues aquellas que no alcanzan índices adecuados, aunque en menor medida, también tendrán un riesgo mayor de nacidos con BPN (19).

Hábito de fumar:

Este factor influye tanto en el parto pretérmino como en el crecimiento intrauterino retardado. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras.

Las madres fumadoras tienen dos veces más probabilidades de tener un recién nacido bajo peso. Los productos tóxicos del cigarrillo acarrearán deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal (20,21).

Por ello, debemos promover que se abandone este mal hábito, al menos, durante el embarazo y la lactancia.

Antecedentes de niños con BPN:

Varios estudios demuestran que este factor aumenta entre 5 y 7 veces el riesgo de volver a tener un recién nacido igual (21).

Acortamiento del período intergenésico y multiparidad:

Durante el embarazo y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Esto explica, la alta frecuencia de BPN cuando el tiempo que media entre uno y otro embarazo es corto. Estudios realizados en EE.UU. señalan que los hijos espaciados adecuadamente tienen mayor peso que los nacidos con intervalo corto y plantean un período mínimo de seguridad de tres años. Ocurrencia de tres partos o más también eleva el riesgo de tener un recién nacido bajo peso (21).

Embarazos gemelares:

El embarazo gemelar es el responsable de más del 10 % de los nacidos pretérminos. No resulta difícil comprender que la nutrición de dos seres en el claustro materno requiere el doble de condiciones en relación con el embarazo único y que aquello a su vez está relacionado con el desencadenamiento temprano del parto a través de 3 vías fundamentales (22,23):

a) El embarazo gemelar alcanza distensiones uterinas precoces excesivas en relación con la altura correspondiente al término del embarazo.

La hiperdistensión uterina puede activar el sistema presor uterino y poner en marcha la contractilidad y el parto.

b) Como resultado de la combinación de presentación de ambos fetos, ocurren distocias de presentación, aumentando el diámetro transversal del útero y su irritabilidad, lo que explicaría el incremento de parto prematuro en los gemelares.

c) La competencia de la inserción placentaria, extendida a zonas bajas, buscando mayor nutrición para ambos fetos conllevaría a su desprendimiento, y desencadenamiento prematuro del parto hospitalarias (23,24).

Incompetencia ístmico-cervical y riesgo de parto pretérmino: la presencia de modificaciones cervicales como uno de los signos que anuncia el trabajo de parto pretérmino es un factor de riesgo del BPN, encontrándose frecuentemente asociado a otros elementos. Este y el resto de los factores de riesgo de parto antes de las 37 semanas debe ser identificado desde las primeras consultas prenatales y la gestante ingresada en el domicilio o en el hogar materno hasta su modificación. Hay que tener presente los signos de alarma del parto pretérmino. Se debe instruir a las gestantes en el conocimiento del patrón contráctil normal y entrenarlas en la autodetección de sus alteraciones (24).

Infección cérvico-vaginal:

Este factor ha ganado protagonismo en la última década. Múltiples estudios realizados han demostrado que la vaginosis bacteriana, las infecciones comunes del tracto reproductor y la respuesta inflamatoria que estas desencadenan se asocian con parto pretérmino y BPN (11).

Estudios descriptivos, observacionales y de intervención asociación de infección materna por *Chlamydia trachomatis*, *Estreptococo del grupo B*, *Gardnerella* y *Trichomona vaginalis*, con partos pretérminos (11).

Más de la mitad de los nacimientos con bajo peso en las mujeres sujetas a esos estudios, fueron atribuibles a la presencia de una o más infecciones identificadas en el tractus urogenital muestran la asociación de infección materna por *Chlamydia trachomatis*, *Estreptococo del grupo B*, *Gardnerella* y *Trichomona vaginalis*, con partos pretérminos. Más de la mitad de los nacimientos con bajo peso en las mujeres sujetas a esos estudios, fueron atribuibles a la presencia de una o más infecciones identificadas en el tractus urogenital, Se calcula que el 22 % de todos los BPN se

deben a vaginosis bacterianas y que el 44 % de las roturas prematuras de membranas (RPM) son consecuencia de vaginosis bacteriana (11).

El riesgo se incrementa más cuando se identifican 2 o más agentes infecciosos, siendo significativamente mayor en las adolescentes.

Se ha demostrado que estos gérmenes son capaces de ascender desde el cérvix y colonizar las membranas ovulares a través del orificio cervical interno, aún con membranas íntegras. Se plantean mecanismos tanto bioquímicos como celulares para explicar la asociación infección-parto pretérmino, destacándose la liberación de interleucinas que inducen la formación de prostaglandinas, colagenasas, elastasas y proteasas leucocitarias y bacterianas que debilitan las membranas y predisponen la RPM ante aumentos de presión (contracciones uterinas) (11).

Anemia:

Esta complicación no obstétrica del embarazo se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal. Por consiguiente, la evaluación hematológica y sus variaciones representan una parte importante de la atención prenatal (25-27).

Las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, entre ellas la ferropénica representa aproximadamente el 75 % de todas las diagnosticadas y se debe fundamentalmente al incremento en la utilización de hierro (Fe) (25-27).

Hipertensión arterial:

Es considerada la causa más frecuente de parto pretérmino y BPN después del embarazo múltiple, en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control (27).

La aparición de pre-eclampsia (PE) durante el embarazo comporta un aumento importante de la morbimortalidad perinatal asociándose con mayor incidencia de sufrimiento fetal intraparto y Crecimiento intrauterino retardado (CIUR) (27).

La enfermedad hipertensiva de la gestación obliga a interrumpir a beneficio materno el embarazo antes de su término, por lo que consideramos muy necesario promover hábitos nutricionales adecuados y reconocer oportunamente los signos de alarma para imponer el manejo terapéutico establecido. Más que evitar la enfermedad, lo cual

parece difícil en el momento actual, la atención del médico debe dirigirse a descubrir el terreno de riesgo en que la afección puede desarrollarse y a detectar los signos iniciales y las formas ligeras de la enfermedad para evitar el desarrollo de las formas graves (27).

Consumo de bebidas alcohólicas:

Aunque menos conocido, no por ello deja de ser un importante factor de riesgo de BPN. El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85 % de los casos deficiencias del crecimiento pre y postnatal que no solo explican el recién nacido con peso inferior a la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia (28,29).

Usando criterios adicionales en los grupos siguientes (13-16): los niños de bajo peso podrían subdividirse

1. Recién nacidos de corto término, pretérmino o inmaduros propios.
2. Niños con crecimiento retardado (pequeños para la edad gestacional), mala nutrición fetal, pseudoparto pretérmino, dismadurez y distrés fetal crónico.
3. Combinación de los grupos anteriores.
4. Recién nacidos no clasificados adecuadamente por información incompleta.

Otros autores, refieren que el peso inferior a 2.500 grs puede ser debido a un embarazo abortado, a un retardo en el crecimiento o a una combinación de ambos factores (12-16).

Entre las condiciones asociadas a ambos hechos señalan (26-29):

- a. Complicaciones maternas.
- b. Gestación múltiple.
- c. Malformaciones congénitas.
- d. Factores biológicos.
- e. Condiciones socioeconómicas.
- f. Hábito de fumar.

Y como condiciones inherentes:

1. Complicaciones maternas.
2. Gestación múltiple.
3. Malformaciones congénitas.
4. Baja clase social, ilegitimidad.
5. Edad inferior a 20 años o superior a 35 años.
6. Estatura inferior a 62 pulgadas (157 cm.).
7. Primera gestación o 4 ó más gestaciones.
8. Hábito de fumar.

Premjjs (30) señala como factores predisponentes:

1. Edad superior a 30 años.
2. Estatura inferior a 5,4(163 cm.).
3. Peso habitual inferior a 140 lbs. (63,5 Kg.).
4. Ganancia de peso durante el embarazo menor de 16 lbs. (7,25 Kg.).
5. Controles prenatales inferiores a 3.
6. Niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/L.

El crecimiento y desarrollo con el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo varían, si las condiciones del medio ambiente en que vivimos son favorables el potencial genético podrá expresarse en forma completa (30).

El crecimiento y desarrollo del niño constituye además excelentes indicadores de salud, podemos así ver como ante una variación positiva de salud y nutrición mejoran los parámetros de crecimiento físico de los niños.

Una gran incertidumbre se centra con relación al desarrollo posterior de estos niños, Psiquiatras y psicólogos infantiles, en numerosos estudios realizados, han reportado cifras tan alarmantes como un 60% de prematuros con daño cerebral de mayor o

menor intensidad, por lo que cada día se centra más la atención sobre las posibilidades de la profilaxis del parto pretérmino (31).

Cuando se analizan las causas de mortalidad perinatal en diferentes países, las complicaciones que en el período neonatal precoz afectan al prematuro hacen que éstos engrosen el número de fallecidos, dado que las dos terceras partes de las muertes neonatales ocurren en dichos recién nacidos. Se ha hecho evidente en los últimos años, en los servicios de prematuros, que el problema de los mismos puede solucionarse cuantitativamente sólo dentro de límites realmente estrechos. Por tanto, el médico de familia debe anticiparse y reconocer aquellas condiciones prenatales que con frecuencia influyen tanto en el inicio del parto pretérmino como en la supervivencia y desarrollo de los recién nacidos (31,32).

Debemos recordar que las características neurológicas de estos recién nacidos están gobernadas por su edad gestacional, siendo las causas más frecuentes de muerte el distrés respiratorio (atelectasia con membrana hialina), así como la hemorragia intraventricular, mientras que en los recién nacidos a término con peso inferior a 2.500g, las causas más frecuentes de muerte las constituyen la hemorragia pulmonar, la neumonía y la hipoglicemia neonatal. Kilstain (33), señala que, en estudios realizados en California, el 8,5% de los pretérmino presentó, posteriormente, daño cerebral severo. Moore (34), encontró en un seguimiento de 1.000 niños que pesaron menos de 4 libras (1.800 g), que la diaplejía espástica estaba asociada a pretérmino de corta edad gestacional, encontrando una mayor frecuencia de retraso mental y convulsiones en los nacidos a término con un peso inferior a 2.500 g.

Con el continuo perfeccionamiento de la atención de los niños pretérminos se han desarrollado otras definiciones. Así, el Colaboration Group on Antenatal Steroid Therapy informó que la gran preponderancia de morbi-mortalidad severa por el parto pretérmino se encuentra por debajo de las 34 semanas. En fin, que la definición universalmente aceptada de parto pretérmino ha sido actualmente hallada inadecuada, al menos para propósitos clínicos, esta definición internacional de parto pretérmino debe examinarse y revisarse críticamente, ya que los factores que determinan la terminación del embarazo son diferentes de los que gobiernan la

ganancia de peso intra útero. Los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente con peso inferior a 1000 gramos, determinan el 60 % de la mortalidad neonatal y aproximadamente el 4 % de la mortalidad infantil, de los que sobreviven, entre un 13 y un 24 % padecen trastornos neurológicos y entre un 6 y un 13 % déficit intelectual (35-37).

Se enfatiza que para alcanzar tasas de mortalidad infantil menores de 10 por 1000 nacidos vivos es indispensable un índice de bajo peso al nacer de 6 %, del cual un 4 % corresponde a los recién nacidos pretérminos y un 2 % al crecimiento intrauterino retardado (35-37).

El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil, pues se ha comprobado que por lo menos la mitad del total de las muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo Peso (37).

La causa que con más frecuencia produce la muerte y las secuelas neurológicas es la hipoxia al nacer, pues estos niños son altos consumidores de oxígeno (65).

Se plantea que la mortalidad del recién nacido bajo peso es 20 veces mayor que la del recién nacido normopeso (22,37).

El peso al nacer es el resultado de la interacción de diferentes factores, ya sean socioeconómicos entre los que cuentan la paridad, escolaridad, ocupación, hábitos tóxicos y existencia de problemas económicos, entre otros; como clínico-biológicos, que pueden ser dependientes de la madre y/o del feto. Dependen de la madre la edad, algunas patologías asociadas a la gestación, valoración ponderal y ganancia de peso, por solo mencionar algunos de ellos; asociados con el producto tenemos las aberraciones genéticas, la gestación múltiple, los abortos repetidos entre otros (37,38).

Sin embargo, debemos recordar que un gran número de los recién nacidos llamados prematuros no lo son en realidad, sino que son niños producto de una duración normal del embarazo, pero cuyo peso es inferior a los 2 500 g; estos últimos constituyen alrededor de 30 a 40 % de los llamados prematuros, cifra esta superior en países subdesarrollados. Se trata de verdaderos distróficos prenatales, aunque se señala que también existen recién nacidos que, habiendo nacido antes del término, tienen un

peso inferior al correspondiente a su edad gestacional y que constituyen verdaderos pretérmino distróficos (37,38).

Según otros autores a definición del peso no es satisfactoria, dado que no considera otros factores que puedan estar relacionados con la madurez fetal, ya que, aunque el peso es un índice objetivo y práctico de madurez, está influido por varios factores que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante la gestación, son causa de éste (38,39).

Moore (34), sugiere, que por encima de los 35 años de edad materna son más frecuentes los recién nacidos con peso inferior a 2500 g con gestación de 37 semanas o más, mientras que por debajo de 20 años son más frecuentes los pretérmino con edad gestacional inferior a 37 semanas.

La baja estatura de la madre influye en el peso del recién nacido y está muchas veces asociada con un bajo nivel socio-económico, lo que pudiera estar determinado por el medio ambiente (nutrición de la madre durante su niñez) más que por su constitución genética (34).

En Inglaterra existen evidencias que sugieren que mujeres con talla inferior a 155 cm, no crecieron lo debido a causa de factores desfavorables que redujeron su eficacia reproductiva, lo cual se refleja en el alto porcentaje de parto pretérmino y mortalidad perinatal que existe entre ellas. Por tanto, la talla, al igual que el peso materno, en cierta medida son reflejos del estado nutricional de la madre, por lo que constituyen factores medibles para definir mujeres con mayores probabilidades de tener un recién nacido pretérmino (34).

Según Moore (34), el fumar influye en el peso del recién nacido; pero probablemente tiene menor acción sobre la duración de la gestación. Sánchez (40), refiere que si se consideran los factores causales del parto pretérmino (definición ponderal), se comprueba inicialmente que, excepto algunos factores prenatales raros, no existe ningún otro que determine constantemente el nacimiento de un niño con peso inferior a los 2 500 g, ya que todos los factores pueden ser hallados también en gestantes que tienen partos con niños de peso normal. Esto significa que casi todos los factores etiológicos importantes relacionados con el parto pretérmino, pueden ser reconocidos

por su mayor frecuencia de presentación; con ello, se admite que no se conoce la causa del parto pretérmino, sino sólo las circunstancias relacionadas con ella.

Pronóstico.

Las complicaciones maternas durante el embarazo han disminuido drásticamente en los últimos años.

Al mejorar los cuidados prenatales se favorece el crecimiento y desarrollos normales del niño, sobre todo cuando la madre es saludable o cuando se eliminan deficiencias maternas, corrigiendo aquéllas susceptibles de tratamiento. Los patrones de cuidados prenatales evolucionan de manera constante y no pueden ser iguales para todas las gestantes (31,32,40).

El hecho de ser la ocurrencia de un bajo peso al nacer más frecuente en los países subdesarrollados evidencia el aspecto político de la cuestión, además de demostrar que con voluntad política podemos resolver problemas de salud y alcanzar una mejor calidad de vida para nuestros niños (31,32,40).

Para cumplimentar estas prioridades se trabajó incansablemente perfeccionando la actividad docente asistencial en la Atención Primaria de Salud (APS) lo cual reportó cifras alentadoras dadas por un Índice de Bajo peso al nacer de 5,9% en los años 2001 y 2002 (23).

El 2003 y 2004 cierra con un Índice de BP de 5,5% y el 2005 con 5,2% por cada 1000 nacidos vivos, resultados obtenidos por el trabajo desarrollado por el personal de salud encargada de la misión nacionalista que es considerado un reto histórico (23).

El año 2006 de cada 1000 nacidos vivos el 5,3% fueron bajo peso, según los datos aportados provisionalmente por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, cifra que responde a las expectativas de los esfuerzos desplegados por nuestro Gobierno Revolucionario por mantener este indicador de salud con cifras bajas, expresión de mejor calidad de vida para nuestros infantes (23,41).

La Atención Prenatal es el conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes en nuestro país a través del Sistema Nacional de Salud, y tiene la cobertura más ancha

de esa pirámide en la atención primaria de salud (médicos y enfermeras de la familia) (8-12,41).

Su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para elevar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar los conocimientos relacionados con factores de riesgo de bajo peso al nacer en adolescentes féminas en el consultorio 13, del área de salud Primero de Enero, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido enero del 2018 hasta enero del 2019.

El Universo de estudio estuvo constituido por un total de 103 adolescentes, con edades comprendidas entre 15 y 19 años pertenecientes alCMF#13, durante el periodo escogido para la investigación. La muestra fue conformada por 32 adolescentes del universo a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, además por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes que han aceptado participar en el estudio y cuyos padres han firmado el consentimiento informado (ver anexo I).

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud.
2. Adolescentes que presenten algún impedimento físico o mental que les impida responder a las preguntas de la investigación.

Criterios de Salida:

1. Abandono por decisión propia o ausencia injustificada a dos o más encuentros.

Principales dimensiones e indicadores:

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de Edad	Cuantitativa continua	De 15 a 17 años De 18 a 19 años	Según años cumplidos.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Primaria Secundaria Preuniversitario	Según nivel escolar alcanzado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimiento del bajo peso al nacer	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según criterios de evaluación antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta (ver anexo II), fuente de información primaria de la investigación, aplicada un antes y después; creada por la autora y validada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral de la policlínica de Primero de Enero, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo III), diseñada para elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer en adolescentes féminas del CMF#13 del área de salud de 1ro de enero en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, una semana 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: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapa diagnóstica: los conocimientos sobre bajo peso al nacer fueron identificados utilizando una encuesta y sobre las necesidades educativas se elaboró el Programa de Intervención Educativa.

Etapa de intervención propiamente dicha: la muestra se conformó por un grupo de +/- 30 adolescentes. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapa evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial, una semana después de finalizada la intervención educativa.

Métodos del nivel teórico

Histórico - Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del área de estudio y como se han comportado las estadísticas de este problema de salud en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.

Analítico – Sintético: Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede reconocer que existen factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela. En síntesis, se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.

Inductivo – Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes métodos de investigación o viceversa.

Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas en el área de salud de referencia, dirigida por el equipo básico de salud para promover acciones de educación conducta

sexual de riesgo, promiscuidad, planificación familiar y factores de riesgo del bajo peso al nacer y su implicación.

Métodos del nivel empírico:

Técnica de recolección de la información

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.

La principal ventaja de la encuesta frente a otras técnicas es su versatilidad o capacidad para recoger datos sobre una amplia gama de necesidades de información.

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 la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre el bajo peso al nacer, 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 todos los padres su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada padre leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Adolescentes según nivel de escolaridad y edad. Primero de enero, Ciego de Ávila. 2019.

Nivel de escolaridad	Grupos de Edad				Total	
	De 15 a 17 años		De 18 a 19 años			
	N	%	N	%	N	%
Primaria	5	21,7	0	0,0	5	15,6
Secundaria	18	78,3	4	44,4	22	68,8
Preuniversitario	0	0,0	5	55,6	5	15,6
Total	23	100,0	9	100,0	32	100,0

Fuente: cuestionario.

La tabla 1 muestra la distribución de adolescentes según el nivel escolar vencido y la edad agrupadas por rangos.

Se pudo observar que predominaron los adolescentes entre 15 y 17 años con 23 de ellos en comparación con los de 18 a 19 años de los que se observaron sólo 9.

El nivel de escolaridad más observado resultó el nivel secundario con 22 adolescentes para un 68,8% seguido por los niveles de primaria y preuniversitario con 5 de ellos cada uno para un 15,6% del total.

Hoy día la educación sexual se inicia a etapas más tempranas, ya en la escuela los alumnos y alumnas comienzan a recibir formación sobre sexualidad responsable y planificación familiar. No obstante, la realidad es que se ha de cuestionar la efectividad de estas formaciones, pues una vez que se incorporan al ámbito universitario se siguen observando conductas de riesgo en los jóvenes. Estudios previos han observado que, a pesar del acceso a la información que se tiene actualmente, los jóvenes siguen adoptando conductas sexuales de riesgo (42,43).

Revisiones realizadas por Sani (2016) y López (2016) han puesto de manifiesto como las intervenciones educativas realizadas en las escuelas ayudan a aumentar el nivel de conocimientos sobre una problemática en la población joven, como el uso del

preservativo, pero concluye que son necesarias más intervenciones que evalúen y desarrollen los efectos que tiene sobre el embarazo en la adolescencia y su repercusión en el niño bajo peso al nacer (44,45).

Tabla 2. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre el concepto de bajo peso al nacer antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	43,8	29	90,6
Inadecuado	18	56,3	3	9,4
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

La tabla 2 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre el concepto de bajo peso al nacer, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 14 de los participantes presentaban un conocimiento adecuado sobre los elementos conceptuales de dichas patologías para un 43,8% del total mientras que 18 de ellos (56,3%,) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite el cuestionario con un total de 29 adolescentes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 90,6%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

En un estudio similar realizado por Arzuaga Ramírez (46), este reporta que en su intervención se hizo evidente que antes de la intervención solo dos féminas tenían un nivel de conocimientos adecuado sobre el tema para un 20% en tanto el de las ocho restantes fue inadecuado para un 80%. Después de la intervención educativa nueve

féminas alcanzaron un nivel de conocimientos adecuado sobre la temática en cuestión para un 90% y solo una gestante mantuvo un nivel de conocimientos inadecuado para un 10%, similar a lo encontrado en el presente estudio.

Tabla 3. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre la clasificación del bajo peso al nacer antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	9,4	23	71,9
Inadecuado	29	90,6	9	28,1
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 3 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre la clasificación del bajo peso al nacer, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 3 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 9,4% del total mientras que 29 de ellos (90,6%) no calificaban con respuestas correctas en este acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, ya un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, los participantes con respuestas consideradas adecuadas aumentaron a 23 para un 71,9% que resultó en un aumento porcentual suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Arzuaga Ramírez (46), observó en su estudio que, antes de aplicar el conjunto de actividades solo tres féminas contestaron adecuadamente la pregunta que abordaba el tema, lo cual representó el 30% de las participantes en la investigación, en tanto que las siete restantes respondieron de forma inadecuada la misma pregunta, para un 70% del total. Después de la intervención educativa los resultados mejoraron

ostensiblemente, haciéndose evidente que las participantes habían asimilado muy bien los contenidos impartidos pues ocho de ellas obtuvieron un nivel de conocimientos adecuado, lo cual representó el 80% del total de las participantes, solo dos mantuvieron un nivel inadecuado de conocimientos para un 20%.

Tabla 4. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	5	15,6	19	59,4
Inadecuado	27	84,4	13	40,6
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,001$

La tabla 4 muestra la distribución de adolescentes según los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que, en la evaluación inicial, 5 de los adolescentes presentaban un adecuado nivel de conocimientos para un 15,6% de la muestra mientras que 27 de ellos (84,4%), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 19 (59,4%), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la p calculada muy inferior a 0,05.

Arzuaga Ramírez (46), refiere en su estudio que, solo una participante obtuvo una evaluación adecuada antes de la aplicación del programa para un 10% mientras que nueve presentaron un inadecuado nivel de conocimientos al contestar incorrectamente la pregunta tres del cuestionario. Después de realizadas las sesiones programadas

hubo un incremento en el nivel de conocimientos de las participantes involucradas en el estudio, todas ellas mostraron un nivel adecuado de conocimientos sobre los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer para un 100%.

Algunos estudios en los que se trabaja directamente con poblaciones jóvenes menores de 20 años, destacan el pobre conocimiento sobre los factores de exposición (de riesgo) explorados, creándose así un falso sentido de invulnerabilidad y seguridad con respecto al tema impartido (47).

La precocidad y promiscuidad de las relaciones sexuales, asociadas al uso inadecuado de los métodos de planificación familiar, pueden llevar a la ocurrencia de complicaciones en el embarazo que constituyen una de las principales preocupaciones médicas referentes al niño bajo peso al nacer (48,49).

Tabla 5. Adolescentes según nivel de conocimientos sobre complicaciones del bajo peso al nacer antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	7	21,9	20	62,5
Inadecuado	25	78,1	12	37,5
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,002$

La tabla 5 muestra la distribución de adolescentes según el nivel de conocimientos sobre complicaciones del bajo peso al nacer, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, 7 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuados sobre las acciones preventivas que pueden desarrollar de forma individual para evitar una de estas infecciones lo que representó el 21,9% del total, mientras que 25 (78,1%), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó a 20 adolescentes para un 62,5% de estos con una modificación de conocimientos significativa.

Arzuaga Ramírez (46), refiere en su estudio que las féminas implicadas en el programa de capacitación obtuvieron resultados menos satisfactorios antes de la intervención pues ninguna de las encuestadas obtuvo calificación de adecuado para un 0%. Luego de la intervención el cambio fue sorprendente, siete obtuvieron calificación de adecuado para un 70% y tres mantuvieron la calificación inicial para un 30%.

Tabla 6. Adolescentes según nivel global de conocimientos sobre el bajo peso al nacer antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	3	9,4	23	71,9
Inadecuado	29	90,6	9	28,1
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de adolescentes según el nivel global de conocimientos sobre bajo peso al nacer, 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 sobre estas infecciones y a su vez como punto de comparación evaluativo, solo 3 (9,4%) de las adolescentes presentaban un adecuado nivel de conocimientos general sobre elementos referentes a este tipo patología.

Ya pasado un tiempo prudencial de terminado el programa de intervención aplicado y evaluada la encuesta por segunda vez, esta cifra aumentó a 23 adolescentes evaluados con conocimientos generales adecuados sobre estas enfermedades y logrando de esta forma una modificación del nivel de conocimientos de forma positiva y significativa en todos los temas tratados en el estudio.

Con este estudio se ha percibido que existe un bajo nivel de conocimientos en las adolescentes sobre el bajo peso al nacer, carencias en mensajes educativos, pocos programas de control y prevención sobre el tema, pero a través de este brindamos información básica mediante un método didáctico, participativo y asequible que estimula la discusión de ideas, sin distinción de sexo, raza, credo, y nivel cultural o social.

Las la promiscuidad y la precocidad en las relaciones sexuales amenazan con tornar la sexualidad en un completo caos. Los adolescentes, grupo sensible y frágil, son, sin dudas, de los más expuestos; es por ello que toda labor educativa al respecto es poca la prevención de salud son las únicas armas con que se cuenta. La intervención educativa realizada mostró ser eficaz al modificar los conocimientos que posean las adolescentes participantes en la investigación.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que con la aplicación de la intervención predominó la etapa intermedia de la adolescencia y el nivel de escolaridad secundario. Casi la mitad de los participantes podían definir correctamente en qué consiste el bajo peso al nacer. En los demás temas tratados, el nivel inicial de conocimiento era muy bajo. En todos los aspectos se logró un aumento significativo del nivel de conocimientos incluyendo la evaluación global de todas las temáticas por lo que se consideró efectiva la intervención aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe del bajo peso al nacer: Ginebra: UNICEF; 2017.
2. Mastrapa Reyes Caridad, Serrano Riverón Mitchael, Martínez Pereira Juana Rosa. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. CCM. 2014 [citado 01 Jun 2016]; 18(1) [aprox.1.p]: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100014&lng=es
3. Ravelo Álvarez Bertha Severina, Suárez Echemendía María Elena, Zerquera Peña Conrado. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer y conocimientos de las embarazadas. Acta Médica del Centro [Sitio en Internet]. 2014 [citado 01 Jun 2016]; 7(1) [aprox.1.p]: Disponible en http://www.actamedica.sld.cu/r1_13/bajo_peso.htm
4. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales para 2025. Para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño (www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/es/, página consultada el 17 de octubre de 2014).
5. March of Dimes, La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Save the Children, OMS. Born too soon: the global action report on preterm birth. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf, página consultada el 13 de octubre de 2014).
6. División de Estadística de las Naciones Unidas. Composition of macro geographical (continental) regions, geographical sub-regions, and selected economic and other groupings. Nueva York, United Nations, 2014 (<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm#developed>, página consultada el 13 de octubre de 2014).
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP; 2017.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe anual. La Habana: MINSAP; 2015.

9. Montalvo Millán AE, Ávila Rondón R. Factores maternos que predisponen el nacimiento del recién nacido de muy bajo peso. *Multimed* [Sitio en Internet]. 2014 [citado 8 abr 2013]; 17(1) [aprox.1.p]: Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/7.html>
10. Sanabria Arias Ana Mary, Nodarse Rodríguez Alfredo, Carrillo Bermúdez Lourdes, Couret Cabrera Martha Patricia, Sánchez Ramírez Niobys Maya, Guzmán Parrado Roberto. Morbilidad en el recién nacido menor de 1 500 g. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Sitio en Internet]. 2014 [citado 01 Jun 2015]; 38(4) [aprox.1.p]: 478-487. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400005&lng=es
11. Botella LLusía J. José A. Nuñez J A. Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal. *Rev. Cubana Obstet .y Ginecol .v37n2 Ciudad de la Habana Mayo – Agos. 2011. Tratado de Ginecología 14.a Edicion.2008 Cap. 28 Pag. 353 a 358.*
12. Under nourishment in the womb can lead to diminished potential and predisposes infants to early death. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2014 (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/lowbirthweight>, página consultada el 13 de octubre de 2014).
13. Kramer MS, Papageorghiou A, Culhane J, Bhutta Z, Goldenberg RL, Gravett M et al. Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 206(2):108-12. doi:10.1016/j.ajog.
14. Goldenberg RL, Gravett MG, Iams J, Papageorghiou AT, Waller SA, Kramer M et al. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 206(2):113-18. doi:10.1016/j.ajog.
15. Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA et al. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 206(2):119-23. doi:10.1016/j.ajog.
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2016, una oportunidad para cada niño. Nueva York, junio de 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

17. Suárez Díaz. Relevancia de los antecedentes nutricionales maternos en el RNBP. *Rev. cubana Med Gen Integ* 2014; 16(5): 502-7.
18. Ota E, Ganchimeg T, Morisaki N, Vogel JP, Pileggi C, Ortiz-Panozo E et al. Risk factors and adverse perinatal outcomes among term and preterm infants born small-for-gestational-age: secondary analyses of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health. *PLoS One*. 2014; 9(8):e105155. doi:10.1371/journal.pone.0105155.
19. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2014;382 (9890):452-77. doi:10.1016/S0140-6736(13)60996-4.
20. Villar J, Abdel-Aleem H, Merialdi M, Mathai M, Ali MM, Zavaleta N et al.; World Health Organization Calcium Supplementation for the Prevention of Preeclampsia Trial Group. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 194(3):639-49.
21. Lapillonne A, O'Connor DL, Wang D, Rigo J. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr*. 2014; 162:S90-S100. doi:10.1016/j.jpeds.2012.11.058.
22. Cabezas Cruz E. Mortalidad Materna y Perinatal en Adolescentes. *Rev. Cubana Obst y Ginecol*. 2004; Vol 28(1):16-19. En-Abr.
23. Enríquez Clavero J, Cuevas C. Cambios Antropométricos durante el primer año de vida en niños nacidos con bajo peso y peso adecuado para la edad gestacional. *Rev. Cubana Alim y Nutric*. 2004; 14(1): 39-45.
24. Cruz Laguna G, Uribasterra A, González A. Comportamiento del bajo peso al nacer. *COCMED*. 2005; 9(2).
25. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Ota E et al. Maternal anaemia and risk of adverse birth and health outcomes: systematic review and meta-analysis. Poster presentation. Twenty-second Cochrane colloquium, Hyderabad (India), 26 de septiembre de 2014 (<https://colloquium.cochrane.org/abstracts/maternal-anaemia-and-risk-adversebirth-and->

health-outcomes-low-and-middle-income, página consultada el 13 de octubre de 2014).

26. Imdad A, Bhutta ZA. Nutritional management of the low birth weight/ preterm infant in community settings: a perspective from the developing world. *J Pediatr.* 2014; 162(3 Suppl. 1):S107-S114. doi:10.1016/j.jpeds.
27. Ohgi S, Arisawaki Takahashi T, Kusumoto T, Saito H. Neonatal behavioral assessment scale as a predictor of later developmental disabilities of low birth weight and / or premature infants. *Brain Dev;* 25(5): 312-21. 2005 Aug. Nagasaki University Japan. Journal Article.
28. Morris RK, Oliver EA, Malin G, Khan KS, Meads C. Effectiveness of interventions for the prevention of small-for-gestational age fetuses and perinatal mortality: a review of systematic reviews. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;92(2):143-51. doi:10.1111/aogs.12029.
29. Rubens CE, Gravett MG, Victora CG, Nunes TM; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth: the foundation for innovative solutions and improved outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;10 (Suppl. 1): S1-S7. doi:10.1186/1471-2393-10-S1-S7.
30. Premji SS, Chessell, Paes B. A matched cohort study of feeding practice guidelines for infants weighing less than 1500 gr. *Adv Neonatal care;* 2(1): 27-36, 2005 Feb. Journal Article.
31. Martínez Barroso MT et al. Ganancia de peso materna: Relación con el peso del recién nacido. *Rev Cubana Obst Ginecol.* 2004; 25(2): 114-17.
32. Chaviano Quesada J, Fabrega Rodríguez MG. Distribución del bajo peso al nacer según algunas características de los territorios. Provincia de Cienfuegos. *Rev Cubana Aliment Nutric* 2004; 15(2): 101-8.
33. Kilsztain S, Rossbach A, Sugahara GT. Prenatal care, low birth weight and prematurity in Sao Paulo, State Brazil, 2005; 37(3): 303-10, 2003 Jun.
34. Moore LG. Fetal growth restriction and maternal oxygen transport during high altitude pregnancy. *High Alt Med Biol* 4(2): 141-56, 2006. Summer. Journal Article.

35. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG*, 2014; 120(11):1356–65. doi:10.1111/1471-0528.12281.
36. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S et al.; Born Too Soon preterm prevention analysis group. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*. 2014;381(9862):223–34. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61856-X.
37. Guideline: fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
38. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. *BMC Public Health*. 2014; 11(1):196. doi:10.1186/1471-2458-11-196.
39. Vettore MV, Gama SGN da, Lamarca G de A, Schilithz AOC, Leal M do C. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Rev Saúde Pública*. 2014; 44(6):1021-31.
40. Sánchez Salazar FR, Trelles Aguabella E. Nutrición, Suplementación, Anemia y Embarazo. *Rev Cubana Obst Ginecol*. 2004; Vol 27(2): 38-43. May-Agost.
41. Duanis Neyra, Neyra A. Factores que inciden en el bajo peso al nacer. *Rev Cubana de Enfermería*. 2004; 14(3): 150-154.
42. Kelsey M, Layzer C, Layzer J et al. Replicating ¡Cuí- date!: 6-Month Impact Findings of a Randomized Con- trolled Trial. *Am J Public Health*. 2016; 106:S70-S77.
43. Kelsey M, Blocklin M, Layzer J, et al. Replicating Reducing the Risk: 12-Month Impacts of a Cluster Ran- domized Controlled Trial. *Am J Public Health*. 2016; 106:S45-S52.
44. Sani AS, Abraham C, Denford S et al. School-based sexual health education interventions to prevent STI/ HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health BMC series – open, inclusive and trusted*. 2016; 16:1069. DOI: 10.1186/ s12889-016-3715-4.

45. Lopez LM, Bernholc A, Chen M et al. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; Issue 6. Art. No.: CD012249. DOI: 10.1002/14651858. CD012249.
46. Arzuaga Ramírez E. y colaboradores. Intervención Educativa sobre Bajo Peso al nacer en embarazadas de riesgo. Policlínico René Vallejo Ortiz. Bayamo. Granma, Cuba. Multimed 2012; 16(2).
47. Brito Méndez EC, Guerra Rosales JM, Rodríguez Báez R. Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2003 Feb [citado 2015 Feb 18]; 19(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100008&lng=es
48. Espinosa A, Mejía G. Adolescencia. En: Abreu M, Méndez L. Compendio de Medicina General. México: Editorial CV; 2014.p26-31.
49. Fariñas AT. Funciones esénciale de Salud Pública en el sistema Nacional de salud cubano. [Documento de trabajo]. La Habana ENSAP; 2002.

ANEXOS

Anexo I

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe: _____

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio, declaro que he sido informado del objetivo del estudio, por lo cual se me aplicará una encuesta, así mismo se me explicó las ventajas para nuestra Salud Pública y para la familia.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Primero de Enero a los ____ del mes de _____ del año 201__.

Firma del sujeto: _____

Firma del investigador: _____

Anexo II

Encuesta

Nombre: _____

Edad: _____

Nivel de escolaridad:

____ Primaria

____ Secundaria

____ Preuniversitario

1 – Sobre concepto de bajo peso al nacer. Marque con una x las que considere correcta.

- a) Todos los niños que pesan menos de 2500 gramos .
- b) Niños nacidos con menos de 37 semanas de gestación
- c) Niños desnutridos
- d) Niños nacidos con enfermedades asociadas
- e) Niños nacidos cianóticos
- f) Parto gemelar

2- Identifique según la clasificación del bajo peso al nacer. Marque con una x la que considere correcta.

- a) Recién nacido con un peso menor que 1 500 grs al nacer (muy bajo peso)
- b) Recién nacido con un peso menor que 1 000 grs al nacer (extremadamente

pequeño)

- c) Recién nacido con insuficiencia de su peso en relación con la edad gestacional
- d) Recién nacido con una sepsis generalizada al nacer
- e) Recién nacido con menos de 30 semanas de gestación
- f) Recién nacido con edad gestacional de 37 semanas o más y peso inferior a 2500 gramos.
- g) No sé

3-Según tus conocimientos marca con una x. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer?

- a) Embarazo en la adolescencia
- b) Nutrición deficiente durante el embarazo
- c) Embarazo no deseado.
- d) Hábito de fumar durante el embarazo
- e) Embarazo gemelar
- f) Enfermar de Sífilis o blenorragia
- g) Gestantes con Hipertensión arterial
- h) No sé

4- Señala con una x, según tus conocimientos sobre las complicaciones del bajo peso al nacer.

- a) Muerte neonatal
- b) Trastornos neurológicos como hipoxia al nacer
- c) Secuelas que incapacitan al niño desde el punto de vista físico y social.

- d) ____ Probabilidades de seguir desnutridos
- e) ____ Presentar menor coeficiente de inteligencia y experimentar discapacidades cognitivas en el futuro
- f) ____ No sé.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1:

Adecuado: si contestas el inciso {a}

Inadecuado: si no contestas el inciso correcto

Pregunta 2:

Adecuado: si contestas el inciso {f}

Inadecuado: si no contestas el inciso correcto

Pregunta 3:

Adecuado: si contestas los incisos {a ,b ,d, e}

Inadecuados: si no contestas los incisos correctos

Pregunta 4:

Adecuado: si contestas los incisos {ayb}

Inadecuado: si no contestas los incisos correctos

Calificación Final:

Adecuado: Contestar 4 o 3 preguntas.

Inadecuado: Contestar menos de 3 preguntas

Anexo III

Programa de intervención educativa

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 6 actividades que serán impartidas todos los viernes en horario de la tarde. Impartidas por el médico y enfermera en el consultorio 13, del área de salud de Primero de Enero, Ciego de Ávila.

Primer encuentro:

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación de las participantes involucrados.

2-Comenzar la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Pancarta educativa (será elaborado por la autora de la Intervención).

Técnica participativa: Encuentro

Introducción: Durante este primer encuentro se procederá a la presentación de cada una de las participantes 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

Desarrollo: Una vez concluida el primer momento se procederá a informar el horario, fechas y lugares previsto, se hablará acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento en la población adolescente sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer. Se dará a conocer todo lo referido al proyecto y se les informará que cada cual es libre de decidir su participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho. En un último momento se entregará a cada uno de los participantes

el consentimiento informado impreso, el cual se leerá para que posteriormente sea firmado por los padres de cada una de los participantes.

Segundo encuentro:

Título: Orientar sobre el cuadro del bajo peso al nacer.

Objetivos: 1- Describir sobre definición del niño bajo peso al nacer.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

Técnica participativa: "¿Qué crees de la vida?"

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 y porque es importante vivir. Luego se impartirá una conferencia guiada por un Power Point, que abarcará temas relacionados con las principales manifestaciones del bajo peso al nacer.

Al finalizar daremos una breve introducción sobre la importancia de la atención prenatal y las consultas guiadas por el médico de la familia al realizar un diagnóstico precoz de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.

Tercer encuentro:

Título: Clasificación del bajo peso al nacer.

Objetivo: 1 - Analizar la clasificación del bajo peso al nacer.

2- Orientar sobre la clasificación clínica del bajo peso al nacer.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

4- Sobres.

Técnica participativa: "*La sorpresa*".

Introducción: Se comenzará realizando un recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad se utilizará la técnica participativa: la sorpresa, que consiste en repartir un sobre sellado a cada participante, los mismos 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 realizará con el objetivo de motivar y hacer amena la actividad.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará sobre clasificación clínica del bajo peso al nacer.

Al finalizar la actividad se entregará mini boletín que informaran modos y estilos de vida saludables durante el embarazo.

Cuarto encuentro:

Título: Factores de riesgo de bajo peso al nacer.

Objetivos: 1- Identificar los factores de riesgo de tener un niño bajo peso al nacer.

2 –Trazar medidas para prevenirlos

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

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 los participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellas un factor de riesgo; luego de esto se identificarán los principales factores de riesgo del bajo peso al nacer, al concluir se procederá a explicar por parte del médico qué

medidas tomar para evitar los mismo. Al finalizar concluiremos con una pregunta para promover la próxima actividad.

¿Sabe usted cuáles son las posibles complicaciones del niño bajo peso al nacer?

Quinto encuentro:

Título: Complicaciones y repercusión del bajo peso al nacer.

Objetivos: 1- Analizar brevemente las complicaciones y repercusión psicosocial del niño bajo peso al nacer.

Tipo de actividad: Conferencia, Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

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

Desarrollo: En un primer momento se dará una charla dirigida a identificar las complicaciones que conlleva el bajo peso al nacer en el niño, así como la repercusión psicosocial en el neurodesarrollo y adolescencia.

En un segundo momento realizaremos una conferencia con un Power Point abarcando la repercusión psico-social del niño bajo peso, insistiendo en la incidencia del retraso en el proceso de aprendizaje, crecimiento y desarrollo, así como secuelas a largo plazo como la incapacidad física y mental del niño. Una vez más se insistirá en la importancia de evitar los factores de riesgo esta patología, lo cual no solo beneficia al producto materno-fetal sino también a los familiares del mismo.

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

Sexto encuentro:

Título: Culminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre las participantes.

Duración: 30 minutos.

Recursos: 1- Médico y enfermera.

2- Papel y lápiz.

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 un recuerdo de su participación durante la intervención.

Luego de culminada la intervención se aplicará nuevamente el cuestionario inicial para evaluar la modificación del conocimiento sobre factores de riesgo del bajo peso al nacer en este grupo etario y así darle salida a los objetivos de la investigación.