

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CONTROL
DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL EN
ADOLESCENTES.**

AUTORA: DRA. HELEN LEON ALFARO.

2022

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CONTROL DEL RIESGO
REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES.**

(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral).

**Autora: Dra. Helen León Alfaro.
Residente de Medicina General Integral.**

**Tutora: Dra. Norielkis Borges Carmentate.
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Profesor Instructor.**

**Asesor: Dra. Belkis Álvarez Posada
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Profesor Instructor.**

PÈNSAMIENTO

**Podemos cambiar nuestra propia vida
y en última instancia,
cambiar el mundo**

KRISTI BOWMN.

DEDICATORIA

- A mi tutora Norielkis, quien ha estado apoyándome siempre en el transcurso de la residencia.
- A mi familia y en especial a mi mamá, quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

- A todos las adolescentes y familiares que participaron en el estudio, que desinteresadamente me permitieron realizar la investigación.
- A todas las personas que de una forma u otra colaboraron para la realización de esta investigación.

A todos gracias:

Helen.

RESUMEN.

Los adolescentes necesitan ser educados de manera continua y planificada sobre riesgo preconcepcional, para así no tener embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y a su vez a largo plazo ayudar a cumplir con uno de los objetivos del milenio la disminución de la mortalidad materna-infantil. Se realizó un estudio pre-experimental con un diseño de prueba y postprueba con el objetivo de evaluar el efecto de una estrategia de intervención educativa en el control del riesgo reproductivo preconcepcional en las adolescentes del CMF12 de Ciro Redondo. en el periodo comprendido entre enero del 2020 a enero del 2022. Se trabajó con el universo de la población objeto de estudio (N=97) y se encontró que el mayor porcentaje tenían edades comprendidas entre 15-16 años, estado civil reconocido como de unión libre y eran estudiantes, asimismo todas habían iniciado su vida sexual aunque menos de la mitad presentaban antecedentes de abortos o habían concebido un hijo. Con la aplicación de la estrategia de intervención educativa sobre control reproductivo preconcepcional, se modificaron positivamente los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes con respecto a su situación inicial. Se lograron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los conocimientos y el 36,36% de las prácticas evaluadas. En lo concerniente a las actitudes se consiguió una mejoría aunque no con la misma significancia de los anteriores.

Palabras clave: RIESGO REPRODUCTIVO /adolescentes/INTERVENCIÓN EDUCATIVA/conocimientos, actitudes y prácticas.

ÍNDICE.

	Páginas
I – INTRODUCCIÓN.	1
II – MARCO TEÓRICO.	5
III – MATERIALES Y MÉTODOS.	14
IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	21
V – CONCLUSIONES.	34
VI – RECOMENDACIONES.	36
VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	37
VIII – ANEXOS.	-

INTRODUCCIÓN.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.^(1,2)

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.⁽¹⁾

Se conoce como Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) a la probabilidad que tiene una no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción. La misma comprende la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz.⁽¹⁻⁴⁾

En países con un alto nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con riesgo reproductivo y preconcepcional (RRPC) es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 % respectivamente. En otros como Brasil, México y Venezuela se incrementa el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos

de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30% del total de las mujeres. ⁽⁵⁾En Cuba se estima que entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional.^(2,5)

Un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, es el nacimiento de un niño sano, sin embargo para muchas familias, el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos.. Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. De esta manera el tema de la muerte materno-infantil, se convierte en una preocupación de todo gobierno, diseñándose a nivel mundial programas a fin de disminuir este terrible hecho que afecta a la dinámica de la familias y de la sociedad, tomando como máxima preocupación la muerte evitable. ^(1,2 6)

El trabajo diario en las unidades de salud de la Atención Primaria permite palpar directamente la realidad de la salud en general y particularmente la salud sexual y reproductiva, esta problemática hay que entenderla como un proceso complejo e integral, que vincula al individuo, la familia y la comunidad con el macrosistema social, económico, político y cultural, en el cual se establecen los determinantes y los riesgos que repercuten en diversos aspectos de la vida, entre ellos la reproducción, la planificación de la familia y la concepción.^(7,8)

La identificación del embarazo en muchas ocasiones ocurre luego de una o dos semanas de retraso menstrual, esto anula la posibilidad de realizar el cuidado preconcepcional y la toma de decisiones por parte de la pareja y peor aún de que el equipo asistencial integral de salud pueda trabajar en planificación familiar, preconcepción, promoción de salud, quedando en última instancia el acompañamiento y control gestacional, dentro del cual se educa sobre medidas de prevención de complicaciones maternas y fetales.⁽⁷⁾

Las adolescentes constituyen un grupo etario amplio, su condición reproductiva les permite ser aptos para la concepción sin embargo están sujetos a diferentes riesgos que lo convierten en el pilar más vulnerable y fundamental donde se deben centrar todos los esfuerzos del médico de la familia para desde edades tempranas desarrollar la educación en salud preconcepcional donde se debe enfocar a concientizar y sensibilizar a las personas acerca de cómo minimizar los riesgos reproductivos a lo largo de la vida.^(7,9,10)

Autores como Rojas ⁽¹¹⁾ plantean que vivir diariamente estas experiencias convoca a conocer las opiniones y entender los sentires de las adolescentes de la población en torno a la preconcepción, y a considerar la necesidad de diseñar y desarrollar programas educativos en respuesta a las diferentes interrogantes y necesidades de aprendizaje detectadas, a través de una metodología participativa y activa, rompiendo los esquemas y generando espacios de diálogo a nivel intra y extramural para mejorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas preconceptivas en respuesta a las necesidades sentidas y reales de este grupo de la población.

En el municipio Ciro Redondo en el balance municipal desarrollado el día 15 de enero del 2020 se evaluó el RRPC y sus consecuencias como el embarazo en la adolescencia, el peso al nacer y el parto pretérmino, como el principal problema de salud del Área durante el año 2019.⁽¹²⁾ El control preconcepcional es una necesidad aun insatisfecha, donde el conocimiento sobre el tema y el abordaje metodológico pueden ser causas fundamentales. La ignorancia es uno de los peores enemigos de la salud, muchas enfermedades de las cuales no se deslindan las complicaciones o causas de los factores de riesgo preconcepcional se encuentran relacionadas con el desconocimiento.

Coincidiendo con la principal problemática del municipio en el Consultorio Médico de Familia (CMF) 12 donde ejerce su labor la autora de la presente investigación el RRPC constituye el principal problema de salud, por lo tanto se considera una gran oportunidad trabajar sobre el tema con los adolescentes, y a través de ellos y con sus familias, mediante herramientas útiles, contextualizadas y adaptadas a su realidad, enfrentar de mejor manera, a través de la promoción y la prevención esta problemática que precisa el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir a elevar los conocimientos, actitudes y

prácticas sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional en las adolescentes del CMF12 de Ciro Redondo?

Los adolescentes necesitan ser educados de manera continua y planificada sobre riesgo preconcepcional, para así no tener embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y a su vez a largo plazo ayudar a cumplir con uno de los objetivos del milenio la disminución de la mortalidad materna-infantil.

Objetivo General: Aplicar una estrategia de intervención educativa para el control del riesgo reproductivo preconcepcional en las adolescentes del CMF12 de Ciro Redondo.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos relacionados con el control del riesgo reproductivo preconcepcional.
2. Caracterizar la población objeto de estudio según :
 - Factores sociodemográficos: edad, estado civil y ocupación.
 - Factores obstétricos-reproductivos: vida sexual activa, antecedentes de abortos y paridad.
3. Evaluar los conocimientos actitudes y prácticas sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional antes y después de la estrategia de intervención educativa.

Hipótesis: Si se aplica una estrategia de intervención educativa sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional, entonces se elevarán los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes del CMF-12 de Ciro Redondo en este campo.

MARCO TEÓRICO.

Existe una creciente preocupación a nivel mundial desde mediados del siglo XX, relacionada con las muertes maternas e infantiles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) llama la atención a los países sobre la necesidad de implementar diferentes acciones en las políticas de salud. Señala que cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el 2012 esta organización, presentó el Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y mortalidad materna grave, definió como medida concreta la organización de los servicios de salud para la atención de la mujer antes del embarazo, y seguir con atención del embarazo, parto y puerperio, con el fin de reducir dicha mortalidad.⁽¹³⁾

La salud materno-infantil tiene como propósito conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. Se trata entonces de lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para ello, el manejo del riesgo reproductivo preconcepcional constituye un pilar básico que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y dirigir hacia ellos los recursos disponibles para ofrecer una atención oportuna y planificada lo que evitaría la morbilidad o mortalidad.⁽⁵⁾

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), es aplicado a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo si se involucraran en el proceso reproductivo.^(7,14,15) Según Rigol ⁽¹⁶⁾ “es la posibilidad que tiene una mujer o su producto de sufrir daño al involucrarse en el proceso reproductivo. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social o ambiental e incluso interactuar entre ellos”.

Para Álvarez ⁽¹⁷⁾ “es la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido”. Es un indicador de necesidad que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención; engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal.

La autora de la presente investigación coincide al igual que Ramirez ⁽¹⁸⁾ con la definición de ambos doctores, el RRPC se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que de acuerdo con la presencia de condiciones o factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la del producto de la concepción si deciden tener un embarazo.

El RRPC está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden incidir de forma desfavorable en la madre o en el hijo durante la gestación, parto o puerperio. Estos riesgos pueden ser de carácter biológico, psicológicos y sociales, los que no deben ser valorados por igual, ya que una misma condición de riesgo no repercute de igual forma en cada mujer o pareja y se debe tener en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a identificarlos.^(7,19)

Autores como Zetina ⁽⁵⁾ Jandres, ⁽¹⁹⁾ Miranda ⁽²⁰⁾ ,Ramirez⁽¹⁸⁾ coinciden en que existen múltiples clasificaciones del RRPC, sin embargo, ninguna de ellas sustituye al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser evaluadas para identificar en ellas los posibles factores de riesgo que incrementen su vulnerabilidad durante la reproducción y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos.

El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer, en especial, en edad fértil en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad en Latinoamérica es de alrededor de 3.5 hijos por cada mujer al final del año 2016, pero en países como Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.81.⁽¹⁸⁾

En la mayoría de los países de América y el Caribe, hasta hace muy poco, la muerte materna era considerada como un problema poco importante para la salud pública, hasta que en 1980 se le denominó “Epidemia Silenciosa”, solo era atendida como resultado de las reivindicaciones sociales de organismos internacionales en su lucha por un trato más justo para las mujeres y a favor de la infancia. Se debe destacar que el indicador de riesgo

preconcepcional, tiene variabilidad en dependencia del desarrollo de un país, por eso las dos terceras partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. (13, 18,19)

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 peligros. Cada año se presentan víctimas, por causas relacionadas con la maternidad en mujeres con factores de riesgo, lo cual coincidentemente los ubica como principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva. Esa problemática se agudiza con el desconocimiento de la importancia de la planificación familiar, sobre todo en los casos en que en la mujer está presente algún riesgo de tipo biológico, psicológico o socioeconómico para la reproducción, los cuales deben ser puestos en conocimiento de la pareja para planificar adecuadamente sus embarazos y poder eliminar o atenuar las consecuencias de los mismos. (13, 18,19)

En Cuba se estima que entre el 15 y el 25 % de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional. El contexto social cubano está afectado por las difíciles condiciones económicas, la política cubana hace que el papel del Estado esté encaminado a lograr el desarrollo social y las mejores condiciones para la población, con un papel predominante en la salud. (7,18,20,21)

Al disminuir, eliminar, atenuar o compensar el RRPC con un enfoque clínico epidemiológico, se promueve la salud reproductiva, ya que se reduce el número de veces que la mujer y su producto se exponen al peligro que conlleva estar embarazada en circunstancias desfavorables. Santana⁽²¹⁾ plantea que en Cuba se establecieron programas dirigidos a proteger la salud materno-infantil entre ellos, el Programa Nacional de Atención Materno Infantil y el Programa del Manejo y Control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Este programa tiene en sus objetivos contribuir a la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, además brinda ayuda a las mujeres en edad fértil a evitar embarazos no deseados, busca disminuir el índice de recién nacidos bajo peso, el parto pretérmino, la reducción de las malformaciones congénitas y las muertes fetales.^(7,21)

La Atención Primaria de Salud en Cuba, el médico y la enfermera de la familia como su célula básica en la comunidad ocupan una posición privilegiada en el pesquisaje de las mujeres con RRPC con la cooperación interactiva, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial. Esos profesionales orientan y le ofrecen consejería y seguimiento para lograr modificar o atenuar el riesgo, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles en estas mujeres con riesgo incrementado de manera que un número importante de ellas reciba atención y seguimiento en el consultorio médico o la consulta de planificación familiar. ^(7,20,21)

Factores de riesgo reproductivo preconcepcional.

La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El RRPC es un indicador que permite identificar aquellas mujeres más vulnerables y encaminar hacia ellas los recursos disponibles para priorizar su atención.⁽⁹⁾

Autores como Fawed ⁽²²⁾ y Lugones⁽²³⁾ consideran que aunque la edad por sí sola no parece constituir un factor de RRPC, las menores de 20 años son el grupo que menos mujeres controladas y protegidas con métodos anticonceptivos de alta eficacia presenta. Se considera que la adolescencia constituye un riesgo por las características psicológicas propias de esta edad, por tener tendencia a no adoptar conductas responsables de autocuidado, por lo general no tienen pareja estable, así como dificultades económicas en algunos casos lo que trae consigo un alza en los embarazos que terminan en abortos o embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual entre otras que traen consecuencias negativas a la salud sexual y reproductiva de estos.^(7,24,25)

Los demógrafos cubanos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad cubana y señalan que las mujeres están teniendo hijos en edades más tempranas. Autores como Almeida⁽²⁶⁾, Blanco ⁽²⁷⁾ , Álvarez ⁽¹⁷⁾ y Rigol ⁽¹⁶⁾, entre otros, plantean que existe un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60 % de esas gestaciones ocurre en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además Ramírez ⁽¹⁸⁾ añade a estos datos que alrededor del 50 % de las madres solteras son adolescentes y que entre el 60 y el 70 % de esos embarazos no son deseados.

Considerando lo anterior se establecen en la literatura criterios para clasificar a una adolescente como riesgo preconcepcional los cuales incluyen a parte de la edad, el peso (malnutridas por defecto y por exceso), las conductas personales (o de pareja) inadecuadas como alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, no uso de los métodos de protección sexual; y la presencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo, seguido del alcoholismo y la drogadicción.^(7,10,18,20)

Se coincide plenamente con los expertos ^(7,19-23) que destacan que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Sugiriendo que una vez detectado el problema y su magnitud, se debe actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

Estudio realizado por Pecero ⁽²⁸⁾ en una población mexicana de adolescentes entre 15 a 19 años adscrita a la UMF 73 cuantifica un riesgo preconcepcional bajo en un 94% y solo un 6% se comporto como alto sin tener un resultado medio en la población estudiada . a lo cual el factor de riesgo más alto fue la nuliparidad en un 96% así como la cirugía pélvica en un 6% , la preeclampsia en un 7% y el inicio de vida sexual activa en el 96 % de los casos . Los factores ginecoobstetricos fueron los de mayor peso como factor de riesgo ya que los factores socio-demográficos no se comportaron significativamente como factores de riesgo preconcepcional. Los antecedentes de aborto superaron las $\frac{3}{4}$ partes de la población.

Educación y promoción de la salud.

La promoción de calidad de vida, lleva implícito la Salud Sexual y Reproductiva e implica un abordaje integral a través de acciones transectoriales de promoción, de calidad de vida y salud que incluyan información, educación, comunicación, asesoramiento y consejería, así como servicios de Salud Preconcepcional, eliminación de prácticas de riesgo que afecten a la Salud Sexual y Reproductiva y la violencia intrafamiliar y sexual.⁽¹⁸⁾

Durante la etapa preconcepcional la mujer y su familia son esencialmente receptivas a las acciones educativas principalmente si son para mejorar su comportamiento y estilo de vida; por esta razón es el mejor momento para promocionar cambios de hábitos y estilos de vida saludable, concientizando la importancia del autocuidado.^(20,29)

La prevención primaria es la esencia de la medicina preventiva teniendo como objetivo evitar la aparición de enfermedades, es por ello que también es empleada en la consulta preconcepcional. ^(11,20,30)

“La promoción es más que educación para la salud, es más que cambio de estilo vida, pues implica condiciones supra individuales que condicionan el comportamiento.” La educación para la salud es” un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.” ⁽¹¹⁾

Rojas⁽¹¹⁾ plantea que una de las funciones del médico de familia es la de promover la salud validándose a través de la educación para la salud, es por ello que diseñar una estrategia educativa elevando el nivel de conocimiento de la población es un reto para el mismo.

Un estudio realizado en mujeres en edad fértil de Perú, Herrera⁽³¹⁾ 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.

La promoción y educación a la población respecto de los cuidados preconceptionales 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.⁽³²⁾

Autores como Orellana⁽³²⁾, Rojas⁽¹¹⁾, Ramírez⁽¹⁸⁾ y Quintero⁽⁷⁾ concluyen que existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil en los diferentes contextos estudiados y que el desarrollo de intervenciones educativas sobre los factores de riesgo preconcepcional, elevar el nivel de conocimiento con la finalidad de concientizar la importancia de mejorar o cambiar los factores de riesgo modificables, evitando así embarazos no deseados, abortos inducidos e inclusive la mortalidad materno-infantil, es decir al modificar conocimientos puede asociarse una mejoría en las conductas y practicas relacionadas con el tema.

Otro aspecto abordado en la literatura es la necesidad de que en el momento de difundir y promocionar el cuidado preconcepcional, se tome en consideración los determinantes socio-ambientales de la salud, es decir que los profesionales desarrollen estrategias que permitan que la información llegue a los usuarios ajustados a su realidad.⁽¹¹⁾

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, como los estresores psicosociales. Los principales estresores psicosociales incluyen: ingresos económicos bajos, dificultades para acceder a los servicios de salud, violencia intrafamiliar, discriminación por etnia o preferencia sexual y el riesgo laboral entre otros.^(11,32)

Orellana⁽³²⁾ plantea que 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.

La autora del presente estudio toma partido a favor de que la detección de riesgos o eventos relacionados durante el control preconcepcional puede reducir la morbilidad materna y perinatal. Además de que las adolescentes 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.

En la provincia Ciego de Ávila este tema también engendra un problema de salud que aún no se ha podido resolver. La provincia reportó cifras similares a la media general. Al cierre del primer trimestre del año 2018 de las 1339 gestantes captadas, el 19,7 por ciento se corresponden con adolescentes entre los 12 y los 18 años de edad.⁽³³⁾

No obstante para que el fenómeno suene aún más real, la Dra. Herrera, al frente del Programa Materno Infantil (PAMI) en la provincia en el año 2018, lo describe en el periódico Invasor “como niñas que traen en su vientre a otro niño (a)”.⁽³³⁾

El municipio Ciro Redondo no queda exento de esta problemática, al cierre del año 2019 el 24.01% de los nacimientos (379), fueron de madres adolescentes es decir 91 personas estuvieron involucradas en complicaciones compartidas como: bajo peso al nacer, prematuridad, malformaciones congénitas, anemia, restricción del crecimiento intrauterino, deficiente desarrollo psicomotor, entre otros.⁽¹²⁾ En cuanto la esfera investigativa en este municipio no existen estudios recientes sobre la temática. Los realizados datan del año 1999 y 2000.

Visto entonces el riesgo preconcepcional como un problema de salud bien definido, es factible su abordaje a partir de intervenciones educativas que minimicen o eliminen las circunstancias que lo condicionan.^(11,18,20,24,26,27, 29,32)

La educación es clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. La instrucción constituye un instrumento

importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, y ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos. La experiencia de trabajo con los adolescentes enfatiza que un efectivo proceso de educación y orientación, para prepararlos y que gocen del derecho indiscutible de experimentar su sexualidad de manera plena y responsable, es efectiva y debe ser aplicada sistemáticamente.⁽³²⁾

La autora considera después del análisis de la literatura especializada que se hace necesario generar programas dirigidos a los adolescentes en los procesos de: información, educación en salud sexual, reproductiva y preconcepción, así como en la interacción con la unidad de salud además del uso de la tecnología para los procesos de seguimiento, información y comunicación en torno a la promoción de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS..

Se realizó un estudio pre-experimental con un diseño de prueba y postprueba para evaluar el efecto de una estrategia de intervención educativa para el control del riesgo reproductivo preconcepcional en las adolescentes de 15 -18 años del CMF12 de Ciro Redondo en el periodo comprendido entre enero de 2020 a enero de 2022.

El universo de trabajo estuvo constituido por toda la población femenina de 15-18 años del CMF12 en el periodo de tiempo antes mencionado. (N=97).

Criterios de inclusión:

- Adolescentes que de manera voluntaria decidieron participar en el estudio y fueron autorizados por los padres y/o tutores.(Anexo 1)

Criterios de salida:

- Inasistir a 2 o más encuentros de la Estrategia de Promoción.

Técnicas e instrumentos de obtención de información.

Métodos teóricos.

- Análisis y síntesis: Se empleó para la búsqueda y el procesamiento de la información (resumir la búsqueda bibliográfica, facilitar el análisis y la clasificación de las fuentes de información recopiladas en busca de la esencia de las ideas, analizar la documentación referente al tema de investigación). También se utilizó en la construcción, y explicación de los resultados.
- Inducción y deducción: Inducción En esta investigación se usa cuando se procesan y se analizan los datos obtenidos de los cuestionarios aplicados y en el análisis e interpretación de la información. Deducción Este método se utiliza en la revisión de la literatura y en la presentación del informe final. para elaborar hipótesis y emitir conclusiones.
- Análisis histórico y el lógico: Este método permitió establecer el estado del tema de investigación, analizar sus antecedentes. Posibilitó el estudio investigaciones similares relacionadas con el tema en cuestión y sus resultados, lo que permitió sacar experiencias propias para el estudio actual.

Métodos empíricos.

La información para el estudio se obtuvo a través de la técnica de encuesta aplicada a través de dos instrumentos en forma de cuestionarios. Para medir el conocimiento se utilizó un cuestionario de 8 preguntas abiertas y cerradas, que evalúa que conocen sobre concepto y factores de riesgo preconcepcionales, así como también la prevención en la etapa preconcepcional. Dicho cuestionario fue presentado por Rojas ⁽¹¹⁾ en Ecuador en el 2016 y validado en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil por un Comité integrado por 6 expertos profesionales en el tema, que se basaron para la evaluación de cada una de las preguntas en las normas y criterios de Moriyama.(Anexo 2).

Para medir las actitudes y practicas se aplicó el cuestionario validado en la Universidad de Cuenca para el Programa Educativo con Enfoque Familiar sobre Control Preconcepcional, UNCOVIA 2015 - 2016 ,presentado por Orellana⁽³²⁾ en el 2017. El instrumento se validó en 30 adultos jóvenes obteniendo un α Cronbach de 0,86 para las actitudes y 0,80 para las prácticas, y un nivel de conocimiento promedio de 15,93% (IC 95%) El mismo cuenta con 16 preguntas referentes a las actitudes y 11 preguntas que evaluaron las prácticas Las actitudes se evaluaron utilizando la escala de Likert de 5 puntos en los que el 0 representaba mucha molestia, 1 bastante molestia, 2 molestia intermedia, 3 poca molestia y 4 ninguna molestia. Considerando actitud negativa: toda adolescente con evaluaciones promedio entre 0-2,9 puntos y actitud positiva: toda adolescente con evaluaciones promedio entre 3-3,5 puntos (*). Para el cálculo del promedio se realiza una sumatoria de los valores obtenidos. En el caso de los ITENS 14 y 15 los valores son negativos.(Anexo 3) La escala de Likert utilizada para evaluar las prácticas incluyó 5 puntos, 0 nunca lo practico, 1 casi nunca lo practico, 2 algunas veces lo practico, 3 casi siempre lo practico y 4 siempre lo practico. Considerándose prácticas frecuentes evaluaciones de 3 o 4 y prácticas no frecuentes puntajes de entre 0-2.(**)

Ambos cuestionarios fueron presentados al Consejo Científico del Municipio Ciro Redondo con los resultados de su aplicación en una prueba piloto de 10 individuos seleccionados al azar para ser evaluados por especialistas. Obteniendo la aprobación de la aplicación de los mismos en el contexto estudiado.

Procedimientos utilizados en la investigación.

La investigación contó de tres etapas. La primera etapa diagnóstica consistió en la realización de visitas domiciliarias a la población objeto de estudio, para explicar las características de la investigación, sus objetivos y beneficios; además de obtener el autorizo de los padres para participar con la firma del consentimiento informado y aplicación de las encuestas.

La segunda etapa de diseño, aplicación de la Estrategia de intervención educativa basada en las deficiencias encontradas en el pre/test. En un principio los adolescentes fueron distribuidos en grupos de 20 personas agrupadas según afinidad, pero después de marzo del 2020 la situación originada por la Covid 19 hizo que se produjeran modificaciones en la manera de desarrollar la investigación y obligó a la búsqueda de alternativas para continuar con la investigación, apoyándose hasta entonces en la telefonía digital y las redes sociales a través de grupos de whatsapp. La Estrategia contó con 6 sesiones de trabajo con una frecuencia de los encuentros semanal, y una duración aproximada de 60 minutos cada uno. Se aplicaron técnicas afectivas participativas y medios de enseñanza que mejoraron la comunicación permitiendo que la población objeto de estudio pasara de ser un espectador pasivo a un actor del propio programa (etapa ejecución).

La tercera etapa evaluativa contó de una evaluación El impacto se evaluó a corto plazo teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos, los cuales se midieron con la aplicación del mismo cuestionario que sirvió de diagnóstico inicial (Anexo 2) y a largo plazo 6 meses después para evaluar las actitudes y prácticas.

Operacionalización de las variables.

Variable independiente: “Estrategia de intervención educativa sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional”: conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los profesionales del sector salud dirigidos por un Médico de la Familia Residente de Medicina

General Integral (agentes de intervención), para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es que las adolescentes (personas o grupo con los que se interviene) alcancen, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa". Es un proceder que se realiza para promover un cambio, generalmente de conducta en términos de conocimientos, actitudes o prácticas sobre riesgo preconcepcional, que se constata evaluando los datos antes y después de la intervención, por lo que se hace necesario tener en cuenta la metodología a seguir. ⁽³⁴⁾

Principales variables de medición de respuesta.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Factores Sociodemográficos	Se evaluaron en base a las siguientes variables.			
Grupo de Edad	Cuantitativa continua	15-16 17-18	Se trabajó con la edad en años cumplidos según fecha de nacimiento.	Frecuencias Absoluta Porcentajes según años cumplidos.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Unión estable Divorciado	Se evaluó según relación legal con la pareja.	Frecuencias Absoluta Porcentajes según categoría de pertenencia.
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Estudiante Ama de Casa	Se evaluó según labor que desarrolla la adolescente en el	Frecuencias Absoluta Porcentajes

		Trabajadora	momento del estudio.	según categoría de pertenencia.
Factores obstétricos-reproductivos	Se evaluaron en base a las siguientes variables:			
Vida sexual activa	Cualitativa nominal dicotómica	Si lo manifiestan No lo manifiestan	Se consideró según resultados del cuestionario aplicado.	
Antecedentes de aborto	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se consideró toda historia anterior de aborto previo al momento del estudio.	
Paridad	Cualitativa nominal dicotómica	Nulípara Primípara Secundípara Multípara.	Se consideró el número de partos previos al momento del estudio.	
Conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional	Cualitativa ordinal	Adecuados Inadecuados	Se evaluó según los resultados de la Encuesta de la pregunta 1-8 (Anexo 2) antes y después de aplicada la estrategia de superación. Adecuados: De 80 - 100 puntos.	Números y porcentajes Prueba de Mc Nemar

			Inadecuados : menos de 79 puntos.	
Actitud hacia el el control del riesgo reproductivo preconcepcional	Cualitativa ordinal	Positiva Negativa	Se evaluó según resultados del Anexo 3 (*) aplicado antes y 6 meses después de la estrategia de intervención según la disposición para acudir al control preconcepcional. Se evaluaron los resultados comparando los promedios de los participantes de forma general.	Números, porcientos y Prueba de Mc Nemar.
Prácticas de el control del riesgo reproductivo preconcepcional	Cualitativa nominal dicotomica	Frecuentes No frecuentes	Se evaluó antes y 6 meses después de aplicada la estrategia de intervención según resultados del Anexo 3 (**) considerando los cuidados preconceptionales recibidos y/o realizados con el fin de prevenir, detectar y tratar un mal resultado	Números, porcientos y Mc Nemar.

			reproductivo. Se evaluó comparando los promedios en cuanto prácticas de los participantes de forma de manera específica, es decir, por preguntas.	
--	--	--	---	--

Métodos de procesamiento de la información y técnicas a utilizar.

Para analizar los datos obtenidos, se utilizaron: números absolutos, porcentos y métodos no paramétricos para muestras relacionadas para verificar si existieron diferencias significativas entre las distribuciones de las variables antes y después de aplicar la estrategia de intervención. Se utilizó la prueba de Mc Nemar para variables dicotómicas de muestras relacionadas calculándose a través de una calculadora en línea para prueba de Mc Nemar. Se trabajó con un nivel de confianza de un 95% y se tomó como valor de significación estadística $p \leq 0,05$ el cual se corresponde con McNemar igual o mayor de 0,3841, para aceptar o rechazar la hipótesis nula (H_0). Se formularon las siguientes hipótesis (Anexo 5):

Variable: Conocimientos sobre riesgo reproductivo preconcepcional.

H_0 : No hubo cambio en el conocimiento con la intervención.

H_1 : Sí hubo cambio en el conocimiento con la intervención.

Variable: Actitudes sobre riesgo reproductivo preconcepcional.

H_0 : No hubo cambio en las actitudes con la intervención.

H_1 : Sí hubo cambio en las actitudes con la intervención.

Variable: Prácticas sobre riesgo reproductivo preconcepcional.

H_0 : No hubo cambio en las prácticas con la intervención.

H_1 : Sí hubo cambio en las prácticas con la intervención.

Aspectos éticos Esta investigación cumplió con los principios éticos básicos de: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, por lo que la participación en el estudio dependió del consentimiento previo de los adolescentes, padres/tutores. El

personal participante fue debidamente informado de los propósitos de la investigación y expresaron mediante el consentimiento informado su disposición de incorporarse al estudio.

RESULTADOS Y DISCUSION.

Tabla 1. Distribución de la población adolescente femenina de 15-18 años del CMF12 del municipio Ciro Redondo entre enero del 2020 a enero del 2022 según factores sociodemograficos. Estrategia de intervención educativa sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional en adolescentes.

Edad	No (N=97)	%
15-16	54	55,67
17-18	43	44,33
Estado civil	No (N=97)	%
Soltero	30	30.93
Casado	10	10,31
Unión Libre	46	97,42
Divorciado	1	1,03
Ocupación	No (N=97)	%
Ama de casa	2	2,06
Estudiante	91	93,82
Trabajadora	4	4,12

Fuente: Cuestionario de Conocimientos.

La tabla 1 muestra como en el periodo comprendido entre enero del 2020 a enero del 2022 el mayor porciento de la población adolescente femenina del CMF12 del municipio Ciro Redondo tenían edades comprendidas entre 15-16 años (55,67%), estado civil reconocido como de unión libre (47,42%) y eran estudiantes (93,82%).

En cuanto al estado civil en las investigaciones revisadas no se coincide con Ramírez, ⁽¹⁸⁾ Estos autores encontraron que el mayor porciento de las adolescentes con riesgo preconcepcional estaban solteras.

Tampoco se coincide con Pérez ⁽³⁵⁾ (2018) en cuanto a la ocupación. En su estudio, realizado en Holguín, el mayor porcentaje de las féminas eran amas de casa 35,8 %, seguidas de las estudiantes con un 32,5 %.

Almeida ⁽²⁶⁾ en su artículo “Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria” encuentra resultados similares a los antes expuestos y sugiere de manera inminente la aplicación de acciones educativas para una sexualidad responsable desde el escenario docente pues el mayor número de adolescentes son estudiantes.

Tabla 2. Población adolescente femenina de 15-18 años del CMF12 del municipio Ciro Redondo entre enero del 2020 a enero del 2022 según factores obstétricos-reproductivos.

Vida sexual activa	No (N=97)	%
Si lo manifiestan	97	100
No lo manifiestan	0	0,0
Antecedentes de abortos	No (N=97)	%
Si	23	23,71
No	74	76,29
Paridad	No (N=97)	%
Nulíparas	95	97,93
Primíparas	2	2,07
Secundíparas	0	0,0
Múltiparas	0	0,0

Fuente: Cuestionario de Conocimientos.

En la tabla 2 se observa que el 100 % de las adolescentes había iniciado su vida sexual, el 23,71% tenían antecedentes de aborto y a pesar de que el 97,93% eran nulíparas el 2,07 ya tenían un hijo (primíparas).

La edad de inicio de las primeras relaciones sexuales cada vez es más precoz, así se evidencia en las encuestas realizadas en diferentes países de América Latina, por ejemplo, en comparación con la edad referida entre la década del 80 y la primera década del siglo XXI, varió hacia edades más tempranas en un 8.3% ⁽¹⁸⁾ .

Ramírez,⁽¹⁸⁾ Orellana,⁽³²⁾ Zetina ⁽⁵⁾ muestran resultados similares a los antes expuestos en cuanto al inicio de las relaciones sexuales y refieren que el comienzo de las relaciones sexuales en edades tempranas de la vida es una situación alarmante a nivel mundial . Zetina ⁽⁵⁾ en Tabasco expone un promedio de edad de inicio de vida sexual activa de 14.2 años.

La autora del presente estudio considera que la presión de los compañeros es un factor que alienta, tanto a las adolescentes como a los adolescentes, a tener relaciones sexuales .con una tendencia a un comienzo cada vez más precoz.

Somarriba (2014) ⁽³⁶⁾ respecto al inicio de vida sexual activa, muestra que el 82,0% de las adolescentes la iniciaron antes de los 17 años. Esto aumenta el riesgo de embarazos en adolescente donde el número de mujeres de 12 y más años es de 48.7 millones, y de ellas, 67,4% han tenido al menos un hijo nacido vivo. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México y Martínez⁽³⁷⁾ en Colombia, la edad de la mujer, destaca el hecho de que 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya son madres.

En cuanto a los antecedentes de aborto González,⁽³⁸⁾ en el CMF 9 del Policlínico Dr. Tomás Romay de Artemisa que 44 % de las adolescentes refirieron haber usado el aborto como forma de culminación de la gestación, Asimismo Zetina ⁽⁵⁾ reporta en su estudio un alto número de abortos tardíos en este grupo etario. La edad constituye un aspecto sobresaliente al concebir un embarazo. Al respecto autores como Miranda, ⁽²⁰⁾ y García ⁽¹⁰⁾ plantean que el incremento de los abortos inducidos como métodos de anticoncepción en los períodos extremos de la edad fértil, sobre todo si el embarazo se produce antes de los 18 años.

Tabla 3. Conocimientos sobre riesgo preconcepcional antes y después de la estrategia de intervención.

Conocimiento	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Adecuados	32	32,99	78	80,41
Inadecuados	65	67,01	19	19,59
Total	97	100	97	100
McNemar= 0,4742 $p \leq 0.05$				

Fuente Cuestionario de conocimiento.

En la tabla 3 se aprecia que en la primera aplicación del cuestionario (antes de la estrategia de intervención) el 58,76% de la población fue evaluada con inadecuados conocimientos sobre riesgo preconcepcional lográndose después de desarrollada la intervención cambios en el conocimiento con un incremento de las evaluaciones de adecuadas en un 47,42% y diferencias estadísticamente significativa demostradas por un valor del Mc Nemar de 0,4742 y $p \leq 0.05$ para un 95% de confiabilidad.

Resultados similares a estos fueron obtenidos por Orellana ⁽³²⁾ en un estudio realizado en Cuencas. La autora reporta que el valor promedio de conocimiento alcanzado en el pre-test sobre una escala de 3 puntos, fue de 0,56 equivalente a un bajo nivel. Luego del desarrollo del módulo educativo y la aplicación del pos-test el nivel de conocimiento se eleva a 2,41 sobre 3 puntos, con una diferencia estadísticamente significativa (X^2 de McNemar 6,96. $p < 0,05$).

Asimismo Ramírez⁽¹⁸⁾ (2018) en el Policlínico Manuel Díaz Legrá de Holguín reveló que el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional en las adolescentes objeto de investigación durante el diagnóstico era bajo y la aplicación del programa de intervención educativa permitió que un elevado por ciento de ellas fueran evaluadas en un nivel adecuado del conocimiento sobre el tema. al aplicar el pos-test.

También Pérez⁽³⁵⁾ halló que casi la totalidad de las pacientes con riesgo preconcepcional presentaban un nivel de conocimiento no aceptable con respecto a este tema antes de realizar la intervención comunitaria, y al aplicar la misma a los seis meses, cuando posteriormente se recogieron los datos comparativos, se precisó un cambio realmente representativo, donde solo una pequeña fracción de las estudiadas presentaban un nivel de conocimiento sobre el tema de forma no aceptable.

“El conocimiento es el primer paso hacia el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva y dentro de ésta a la preconcepción “ así lo plantea Ayalew ⁽³⁹⁾ en un estudio realizado en Etiopia, donde el autor encontró un nivel de conocimiento insuficiente respecto de preconcepción (27,5%) y altos niveles de riesgo preconcepcional.

Tabla 4. Población estudiada según actitud hacia el control del riesgo preconcepcional.

Actitudes	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Positivo	52	53,61	83	85,57
Negativo	45	46,39	14	14,43
Total	97	100	97	100
Mc Nemar= 0,3196 $p \geq 0.05$				

Fuente Cuestionario de actitudes.

En la tabla 4 se observa cómo a pesar de que antes de la estrategia el 53,61% de las adolescentes estudiadas asumen de manera positiva el control del riesgo preconcepcional existe un 46,39% que adoptan una actitud negativa, lográndose después de la intervención una reducción de las actitudes negativas en un 31,96%. No se lograron diferencias estadísticamente significativas (Mc Nemar= 0,3196 $p \geq 0.05$).

Aunque no fue objetivo del estudio mostrar el análisis de actitudes por pregunta del test si se quisiera refenciar que la actitud positiva con mayor promedio en el pre-test, fue la que se refiere a la confianza en los profesionales la salud (todas mostraron confianza) al igual que la voluntad de recibir capacitación en temas de salud sexual y reproductiva.

Es importante destacar que las adolescentes tienen confianza en los profesionales la salud lo que se evidencia en el segundo promedio más alto al igual que la voluntad de recibir capacitación en temas de salud sexual y reproductiva. Asimismo las actitudes más negativas que mostró el pos-test, es la relativa a la incomodidad de ser atendidos por profesionales de salud del sexo opuesto conjunto con la visión de las adolescentes respecto al consumo de alcohol y tabaco Los cambios de actitud más positivos fueron la inclusión de actividad física regular en su vida diaria; así como, los controles preconcepcionales.

Los resultados obtenidos coinciden con los reportes de Orellana, ⁽³²⁾ quien al analizar los resultados sobre actitud hacia el control del riesgo preconcepcional encontró una actitud positiva hacia los cuidados preconcepcionales en la mitad de los participantes, con un promedio general de 2,71 sobre 4 puntos en el pre-test. Luego de la intervención, se produjo un ligero aumento tanto en el número de personas con actitud positiva: de 25 a 37, como en el promedio alcanzado: 3,04, sin ser estadísticamente significativo (X^2 de McNemar 1,95. $p > 0,05$).

Se considera por parte de los que realizan esta investigación que para lograr una cultura salubrista de las adolescentes con respecto a la salud reproductiva manifiestas en actitudes y prácticas positivas deben iniciarse las acciones desde la escuela, donde la adolescente haga parte de la cotidianidad las acciones de prevención primaria, que tengan percepción de los riesgos de actividades sexuales inadecuadas y no protegidas, sólo si adoptan una percepción de riesgo acudirán al médico en aras de prevenir y evitar eventualidades negativas en este sentido, al control y seguimiento que requieren.

Tabla 4. Población estudiada según prácticas hacia el control del riesgo preconcepcional.

Prácticas	ANTES				DESPUES				Prueba de Mc Nemar
	Frecuentes		No frecuentes		Frecuentes		No frecuentes		
	No.	%	No	%	No.	%	No	%	
1. Acude al centro de salud (CMF o policlínico) a conocer novedades sobre programas y derechos?	0	0,0	97	100	9	9,28	88	90,72	$\chi^2=0,0928$ $p \geq 0.05$
2. ¿Se realiza exámenes y controles médicos como parte de la posibilidad de concebir?	11	11,34	86	88,66	33	34,02	64	65,98	$\chi^2=0,2268$ $p \geq 0.05$
3. ¿Ha visitado el centro de salud (CMF o policlínico) por información sobre los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazo?	29	29,90	68	70,10	85	87,63	12	12,37	$\chi^2=0,5773$ $p \leq 0.05$
4.¿Evita la automedicación?	10	10,31	87	89,69	58	59,59	39	40,21	$\chi^2=0,4948$ $p \leq 0.05$

5.¿Dialoga sobre el tema de la concepción con su pareja?	54	55,67	43	44,33	79	81,,44	18	18,56	$\chi^2=0,2577$ $p \geq 0.05$
6.¿Evita sustancias toxicas y medicamentos pensando en la posibilidad de un embarazo?	0	0,0	97	100,00	26	26,80	71	73,20	$\chi^2=0,2222$ $p \geq 0.05$
7.¿Realiza ejercicios en función de su salud y de su reproducción?	18	18,56	79	81,44	81	83,51	16	16,49	$\chi^2=0,6495$ $p \leq 0.05$
8.¿Usa anticonceptivos de una manera informada, sabiendo los efectos y las posibilidades?	45	46,39	52	53,61	85	87,63	12	12,37	$\chi^2=0,4124$ $p \leq 0.05$
9.¿Usa anticonceptivos por miedo a embarazarse?	74	76,29	23	23,71	74	76,29	23	23,71	$\chi^2=0,000$ $p \geq 0.05$
10.¿Usa anticonceptivos como planificación de la familia?	33	34,02	64	65,98	51	52,58	46	47,42	$\chi^2=0,1856$ $p \geq 0.05$
11.¿Usa preservativo?	68	70,10	29	29,90	85	87,63	12	12,37	$\chi^2=0,179$ $p \geq 0.05$

Fuente: Cuestionario de prácticas.

Los resultados relacionados con las prácticas fueron variables. Las prácticas realizadas con mayor frecuencia por las adolescentes previa a la aplicación de la intervención educativa fueron , el uso de anticonceptivos por miedo a embarazarse, el uso de preservativo y el dialogo sobre el tema de la concepción con su pareja con un 76,29%,70,10% y 55,67% respectivamente.Fue preocupación encontrar que ninguna de las adolescentes evitaba el consumo de sustancias toxicas y medicamentos pensando en la posibilidad de un embarazo, ni acudían al CMF o Policlínico a conocer novedades sobre programas y derechos. También más de la mitad utilizaban los anticonceptivos de manera desinformada.

Luego de la intervención se da un incremento general en todas las prácticas positivas preconceptivas, excepto en el uso de anticonceptivos por miedo a embarazarse que se mantuvo igual que antes de la intervención. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en el 36,36% de las prácticas ($p \leq 0.05$) evaluadas.

Resultados similares a los antes expuestos fueron encontrados por Orellana, ⁽³²⁾ .Luego de la intervención se dió un incremento general en todas las prácticas positivas preconceptivas, excepto en el uso de anticonceptivos por miedo a embarazarse.

Se toma partido a favor de lo planteado por Pérez⁽³⁵⁾ en su artículo “Intervención Educativa sobre riesgo preconcepcional en el Policlínico Pedro del Toro. Septiembre 2017 a Febrero2018 “. Pérez⁽³⁵⁾ expresa que con la implementación de una intervención comunitaria, según comenta el investigador, el médico cumple con una herramienta muy útil capaz de realizar cambios en la infraestructura social, desempeñando actitudes capaces de precisar no solo el nivel de conocimiento en los individuos, sino de propagar la funcionabilidad de las estrategias del programa de salud nacional .

CONCLUSIONES.

Con la aplicación de la estrategia de intervención educativa sobre control reproductivo preconcepcional, se elevaron los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes del CMF 12 de Ciro Redondo, provincia Ciego de Ávila, Cuba con respecto a su situación inicial. Se lograron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los conocimientos y algunas de las prácticas evaluadas. En lo concerniente a las actitudes se consiguió una mejoría aunque no con la misma significancia de los anteriores.

.

RECOMENDACIONES.

1. Generalizar el estudio a los demás Consultorios Médicos de la Familia del área de salud de Ciro Redondo, pues la adolescencia es un grupo vulnerable a embarazos no deseados, prematuros y las implicaciones biopsicosociales presentes en su perfil epidemiológico.
2. Extender el estudio a otros grupos poblacionales y la inclusión del sexo masculino en estos procesos de: información, educación en salud sexual, reproductiva y preconcepción, así como en la interacción con las unidades de salud desde edades tempranas.
3. Explotar el uso de las tecnologías de la información y las redes sociales para los procesos ubicación, dispensarización, seguimiento, información y comunicación en torno a la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Haro-Salas MG, González-Reyes Y. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital regional Docente Ambato [Internet]. Ambato: Facultad de Ciencias Médicas de Ambato; 2016 [citado 28 Abr 2022]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3504/1/TUAMED005-2016.pdf>
2. Puentes-Colombé M, Magalhaes-Puentes HA, Suco-Cáceres K, Concepción-Ruiz AM, Hernández-Peraza E. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres fértiles de San Juan y Martínez. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: 28 Abr 2022]; 23(6): 942-8. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3971>
3. Lau-López S, Rodríguez-Cabrera CA, Pría-Barros MC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 28 Abr 2022]; 39(supl1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864346620130005000047>
4. Mombiela-Guillén A, López-Valls L, Marín-Calduch M, Arasa-Subero MM, Cardona-Espuny C. Atención preconcepcional: prevención primaria. Rev Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. 2016 [citado 28 Abr 2022]; 1(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/download/vol1.num1.6/18491>
5. Zetina-Hernández E, Gerónimo-Carrillo R, Herrera-Castillo Y, De los Santos-Córdova L, Mirón-Hernández G. Rev Salud Quintana Roo [Internet]. Sep-Dic 2018 [citado 28 Abr 2022]; 11(40):7-10. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1840b.pdf>
6. Chagimes-Batista Y, Hernández-Fernández A, Sánchez-Álvarez de la Campa AI, Marín-González MC, Rivera-Alonso D. Comportamiento del riesgo preconcepcional genético. Rev Ciencias Méd. Pinar del Río [Internet]. 2013 [citado 28 Abr 2022]; 17(4): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400007

7. Quintero-Paredes P. Caracterización del riesgo reproductivo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Archivo Méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 4 Oct 2022]; 25(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7795>
8. Pérez-Rodríguez LA, Jiménez-Pérez PM, Poza-Ravelo A. Comportamiento del Riesgo Reproductivo Preconcepcional en el nivel primario de salud. Santo Domingo. Villa Clara.III Congreso de Medicina Familiar [Internet]. 2020 [citado 21 May 2020]:[aprox. 8 p.]. Disponible en:
<http://www.medicinafamiliar2020.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/506/267>
9. Garcés-García AE, Casado-Méndez PR, Santos-Fonseca RS, González-Lastres T, García-Díaz Y. Caracterización de la conducta sexual y reproductiva en adolescentes femeninas de 12 a 15 años. Rev Méd Electrón [Internet]. Mar-Abr 2019 [citado 21 May 2020];41(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192d.pdf>
10. García-Hermida MI, Lucero-Arcos GP. Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. Rev Eugenio Espejo [Internet]. Ene-Jun 2019 [citado 21 May 2020]; 13(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572860987009/html/index.html>
11. Rojas-Riera JM. "Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N° 28. Parroquia Pascuales [Internet]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016 [citado 21 May 2022]; Disponible en:<http://201.159.223.180/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf>
12. MINSAP. Dirección Municipal de Salud Ciro Redondo. Informe Anual de Trabajo 2019.Ciro Redondo; 2019.
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Sep 2019 [citado 02 May 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
14. Figueredo-Fonseca M, Fernández-Nuñez D, Hidalgo-Rodríguez M, Rodríguez-Reyna R, Álvarez-Paneque T. Factores de riesgo asociado al riesgo reproductivo preconcepcional. Niquero. Granma. Multimed [Internet]. Sep-Oct 2019 [citado 21 May 2022];23(5):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1358/1554>

15. Telpez-García IM, Acevedo-Vega MA, Falcón-Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Electrónica Zoilo Marinello Vidaurreta [Internet]. Ene-Feb 2018 [citado 21 May 2022];43(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/1242/pdf_457
16. Rigol-Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. Editorial Ciencias Médicas: La Habana; 2006.112-5.
17. Garrido-Riquenes C. Riesgo Reproductivo. En: Álvarez-Sintes R. Temas de Medicina General Integral. Tomo 2. 3^o ed. La Habana: Editorial Ciencias Medicas;2014 p.654-60.
18. Ramírez-Romero B. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en la adolescencia en el consultorio 23 del Policlínico Manuel Díaz Legrá. Holguín. Septiembre 2017- marzo 2018 [Internet]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas Holguín; 2018 [citado 21 May 2022].Disponible en : <https://tesis.hlg.sld.cu/downloads/834/INTERVENCI%C3%93N%20EDUCATIVA%20ACERCA%20DEL%20RIESGO%20PRECONCEPCIONAL%20EN%20LA.pdf>
19. Jandres M. Atención preconcepcional: brechas en la atención de salud sexual y reproductiva en El Salvador. Rev Alerta [Internet]. 2019 [citado 21 May 2022];2(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://alerta.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2019/07/Jandres-M>
20. Miranda-Hardi DC, Cañete-Téllez E. Estrategia de intervención al riesgo preconcepcional reproductivo del CMF Ciruelito. Jobabo, Las Tunas. Rev Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. Mar 2020 [citado 21 May 2020]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/caribe/2020/03/riesgo-preconcepcional-reproductivo.html>
21. Santana-Espinosa MC, Esquivel-Lauzurique M, Herrera-Alcazar VR, Castro-Pacheco BL, Machado-Lubian MC, Cintra-Cala D, et al. Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 21 May 2022];42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386201/>. doi: [10.26633/RPSP.2018.27](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27)
22. Fawed-Reyes O, Erazo-Coello A, Carrasco-Medrano JC, González D, Mendoza-Talavera AF, Mejía-Rodríguez ME, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin factores de riesgoa. Archivos de Medicina [Internet]. 2016 [citado 21 May 2022];12(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicinadefamilia/complicacionesobsteacutetrica>

[s-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf](#)

23. Lugones-Botell M. La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Ene-Mar 2013 [citado 21 May 2022];29(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100001
24. Pinos-Abad GM, Pinos-Vélez VP, Palacios-Cordero MP, López-Alvarado SL, Castillo-Núñez JE, Ortiz-Ochoa WA, et al. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. Rev Act Inv Educ [Internet]. 2017 [citado 21 May 2022];17(2):[aprox. 22 p.]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-47032017000200192&script=sci_arttext
25. Tavera-Salazar M. La atención primaria de salud y la salud materno infantil. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. Jul-Sep 2018 [citado 21 May 2022];64(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322018000300011
26. Almeida-Gacives W, Borges-Acosta, M, Bolufé-Vilaza, M. Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. Edumecentro [Internet].2016[citado 21 May 2022]; 8(1), 174-80. Disponible en <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/712>
27. Blanco-Pereira M. Educación preconcepcional del adolescente [Internet]. Matanzas: Curso Postcongreso Universidad 2012. Disponible en : <https://docplayer.es/93306558-Educacion-sanitaria-integral-del-adolescente-en-el-instituto-preuniversitario-urbano-jose-luis-dubrocq-de-matanzas.html>
28. Pecero-del Ángel E. Factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF. 73 del IMSS Poza Rica, Veracruz .2014-2016 [Internet]. México: Universidad Veracruzana; 2018[citado 21 May 2022]. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Efrain.pdf>
29. Osorio-Zapata JC, Salas-de Chávez PM. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina, La Unión año 2017 [Internet]. El Salvador: Universidad de El Salvador;

- 2017 [citado 21 May 2022]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16965/1/50108343.pdf>
30. Álvarez-García YR, Moreno-Muñoz B, Rodríguez-Aldana AM. Factores biopsicosociales asociados al riesgo preconcepcional CMF No 9. Campechuela. Multimed [Internet]. Nov-Dic 2019 [citado 21 May 2022];23(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601349
31. Herrera-Málaga RC. Factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé [Internet], Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019 [citado 21 May 2022]; Disponible en : <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10472?show=full>
32. Orellana-Díaz ML. Evaluación de un programa educativo con enfoque familiar sobre control preconcepcional, a partir de las percepciones locales, UNCOVIA, Cuenca, 2015 - 2016 [Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en : https://rraae.cedia.edu.ec/Record/UCUENCA_095d86d12b159fc90bd83cccf88f1929
33. Castilla-Padrón A. Madres prematuras. Periódico Invasor [Internet]. 20 Abr 2018. Disponible en : <http://www.invasor.cu/es/opinion/madres-prematuras-graficos>
34. Padrón J. Pachón G, Pereira B. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Méd [Internet]. 2011 [citado 14 Mar 2022]; 2(1) :[aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm>
35. Pérez-Toranzo Y. Intervención Educativa sobre riesgo preconcepcional en el Policlínico Pedro del Toro. Septiembre 2017 a Febrero 2018 [Internet]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín; 2018 [citado 14 Mar 2022]. Disponible en : <https://tesis.hlg.sld.cu/downloads/893/INTERVENCION%20EDUCATIVA%20SOBRE%20RIESGO%20PRECONCEPCIONAL%20EN%20EL%20POLICLINICO%20PEDRO%20DEL%20TORO.SEPTIEMBRE%202017%20A%20FEBRERO2018..pdf>
36. Somarriba AM. Principales patologías en embarazadas adolescentes y de 35 años o más, atendidas en el Centro de Salud Licenciada María del Carmen Salmerón, de Chinandega, durante el 2013 [Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de

Nicaragua; 2014[citado 14 Mar 2022]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/madre2016>

37. Martínez RJ, Pereira PM. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2016[citado 14 Mar 2022]; 32 (3): 452-60. Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522016000300009

38. 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]. Abr-Jun 2016 [citado 21 May 2022];32(2):[aprox. 13 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n2/a05.pdf>

39. Ayalew Y, Mulat A, Dile M, Simegn A. Women's knowledge and associated factors in preconception care in adet, west gojjam, northwest Ethiopia: a community based cross sectional study. Reprod Health [Internet]. 2017 [citado 10 de febrero de 2022];14(1). Disponible en: <http://reproductive-healthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0279-4>

ANEXOS.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Declaro que:

Se ha solicitado mi participación en el estudio de referencia. Antes de dar mi consentimiento firmando este documento, fui informado por la autora de la investigación del contenido y el alcance del estudio, de sus beneficios y posibles efectos, así como de sus inconvenientes, que pueden presentarse, de los propósitos del mencionado estudio y de la metodología con que va a ser llevado a cabo el mismo. La colaboración voluntaria puedo suspenderla en cualquier momento que lo desee sin que por ello conlleve algún tipo de agravio por parte del personal involucrado en mi atención.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del padre o tutor: _____

Firma del investigador: _____

ANEXO 2 CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL.

Con el objetivo de influir en el mejoramiento de su salud, se realiza este trabajo. Por lo que se necesita responder los cuestionarios que a continuación se muestran de la manera más sincera. Las primeras preguntas recogen datos generales sobre su persona y a medida que se avanza se comienza a indagar en el nivel de información que posee sobre el Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Las respuestas quedarán en privado. Gracias.

Datos Generales:

- Escriba su edad: _____
- ¿Mantiene usted relaciones sexuales? Sí _____ No _____
- ¿Cuál es su estado civil? Casada _____ soltera _____ unión estable _____ divorciada
- ¿Cuál es su ocupación? Ama de Casa _____ Estudiante _____ Trabajadora _____
- ¿Se ha realizado algún aborto? Si _____ No _____
- ¿Tiene o ha tenido algún hijo? Si _____ No _____ Cuantos _____

Conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional .

1. ¿Conoce usted si existe condiciones o factores antes del embarazo que ponen en riesgo la salud de la mujer durante el embarazo o el parto? Sí _____ No _____

2. ¿Considera usted que es necesario la identificación y el control de las mujeres que tengan algún factor de riesgo antes del embarazo? Sí _____ No _____

3. ¿Cree usted que es necesario acudir al médico o ginecólogo para planificar un embarazo?

Sí _____ No _____

¿Por qué?

4. ¿Sabe usted si es bueno tomar el ácido fólico antes del embarazo?

Sí _____ No _____

5. ¿Cree usted que es beneficioso para su salud y para la de su futuro hijo realizarle un estudio por parte del médico antes del embarazo?

Sí _____ No _____ No sé _____

6. Mencione 3 enfermedades de transmisión sexual de las que conozca.

1) _____

2) _____

3) _____

4) No conozco _____

7. De las características que le mencionamos a continuación, ¿Cuáles son las mujeres que usted cree que se encuentran dentro del grupo con riesgo antes del embarazo?

Señale con una X las respuestas correctas. (puede marcar varias opciones).

a) Edad :

_____ 10 a 19 años con relaciones sexuales

_____ 20 a 34 años

_____ Más de 35 años

b) Antecedentes Patológicos Personales :

_____ Gripe

_____ Mujeres con enfermedades crónicas (presión alta, Diabéticas u otras)

_____ Apendicitis hace 2 años

c) Hábitos Tóxicos: Sí _____ No _____

En caso de responder sí, diga cuáles hábitos tóxicos conoce.

d) Peso:

___ Normal

___ Desnutridas

___ Obesas

e) Historia Obstétrica Anterior :

___ Abortadoras frecuentes (3 abortos o más), productos con maformaciones congénitas o muertes fetales.

___ Partos prematuros o con bajo peso al nacer

___ Mujeres con más de 3 partos o cesáreas

___ Mujeres con planificación familiar

___ Hipertensión Arterial en la última etapa del embarazo anterior o previo

___ Mujeres ligadas

___ Cesárea anterior más de 5 años

8. ¿Qué tiempo mínimo debes esperar entre un parto o cesárea para quedar nuevamente embarazada?

___ No hay tiempo establecido

___ 2 años

___ 5 años

Evaluación.

El cuestionario consta de ocho preguntas donde se le dio una calificación de la siguiente forma: 10 puntos las preguntas (1,2,3, 4,5,6,8) y la pregunta 7 con un valor de 30 puntos (cada literal equivale a 6 puntos).

- Adecuados: De 80 -100 puntos
- Inadecuados : menos de 79 puntos

ANEXO 3. CUESTIONARIOS DE ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL CONTROL DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL.

ITEMS	Mucho 0	Bastante 1	Más o menos 2	Poco 3	Nada 4
1.Me molestan los controles médicos.					
2.Me disgusta ir al odontólogo (estomatólogo).					
3.Me incomoda que hablen de mi peso.					
Me incomoda dar información o hablar de mi intimidad con un doctor/a.					
4.Me molesta tener que hacerme exámenes cuando no tengo ningún síntoma ni enfermedad.					
5.Me molesta tener que usar anticonceptivos inyectables o pastillas.					
6.Me molesta tener que usar preservativo.					
7.Me incomoda tener que mostrar mis partes íntimas a un profesional de salud de otro sexo.					
8.Me incomoda tener que mostrar mis partes íntimas a un profesional de salud del mismo sexo.					
9.Tengo desconfianza en los profesionales					

médicos.					
10.Me molesta tener que ir a controles sobre salud reproductiva.					
11.Me fastidia hacer dieta .					
12. Me fastidia hacer ejercicio.					
13.Tolero que fumen a mi alrededor.					
14.Tolero que tomen alcohol .					
15.Me molesta tener que ir a charlas sobre salud sexual y reproductiva					

ACTITUDES

Actitud positiva: valores promedios entre 3 y 3,5

Actitud negativa: valores menores de 3

PRACTICAS

Preguntas	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Acude al centro de salud a conocer novedades sobre programas y derechos?					
¿Se realiza exámenes y controles médicos como parte de la posibilidad de concebir?					
¿Ha visitado el centro de salud por información sobre los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazo?					
¿Evita la automedicación?					
¿Dialoga sobre el tema de la					

concepción con su pareja?					
¿Evita sustancias tóxicas y medicamentos pensando en la posibilidad de un embarazo?					
¿Realiza ejercicios en función de su salud y de su reproducción?					
¿Usa anticonceptivos de una manera informada, sabiendo los efectos y las posibilidades?					
¿Usa anticonceptivos por miedo a embarazarse?					
¿Usa anticonceptivos como planificación de la familia?					
¿Usa preservativo?					
Total					

ANEXO 4 .ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CONTROL DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL EN ADOLESCENTES.

I. OBJETIVOS.

Objetivo General: Proveer a los adolescentes mayores de 12 años de los CMF 12 de Ciro Redondo de conocimientos sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional lo cual garantizará su bienestar y su calidad de vida.

Objetivos Específicos:

- Propiciar un intercambio activo, fluido y de confianza entre los profesionales al frente del programa y los adolescentes, creando un ambiente de participación donde ambas partes compartan sus experiencias.
- Identificar los conocimientos, actitudes, prácticas sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional.

- Elevar el nivel de conocimiento sobre el el control del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Estimular a los adolescentes para que se conviertan en Promotores de Salud en su ámbito familiar y comunitario.
- Valorar la efectividad de las actividades realizadas comprobando el cumplimiento de los objetivos trazados en cada una de ellas.

II-LÍMITES.

- **Población Beneficiaria:** adolescentes femeninas mayores de 12 años del CMF 12 de Ciro Redondo.
- **Espacio:** CMF y por via whatsapp.
- **Tiempo:** 2 meses.

III-PERSONAL QUE EJECUTARÁ EL PROGRAMA.

Residente de MGI y enfermera del CMF 12.

IV-DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUENTROS SEGÚN TEMÁTICA.

Encuentros	Temáticas
1-¿Quiénes somos?	Apertura del evento Introducción al tema Comportamiento del riesgo preconcepcional de las adolescentes del CMF12 de Ciro Redondo.
2- Riesgo preconcepcional.	Riesgo preconcepcional Factores de riesgo.
3-Clasificación del riesgo preconcepcional.	Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional Factores de riesgo preconcepcional biológico Factores de riesgo preconcepcional psicosocial.
4- Factores de riesgo preconcepcional.	Factores desencadenantes del riesgo

	preconcepcional Enfermedades de Transmisión sexual.
5- Prevención del riesgo preconcepcional.	Métodos anticonceptivos Es mejor cerrar las piernas Importancia del ácido fólico.
6- Cierre del curso.	Conclusiones del programa.

V-DESARROLLO DEL PROGRAMA.

Primer encuentro: Apertura del evento.

Tema: Apertura del evento Introducción al tema Comportamiento del riesgo preconcepcional de las adolescentes del CMF12 de Ciro Redondo.

Objetivos: Brindar un ambiente cálido Lograr que se conozcan entre compañeras Conocer la magnitud del problema identificado.

Tiempo estimado: 2 horas.

Materiales: Cartulinas, marcadores, computadora, video.

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizó la técnica de presentación” El Caramelo” la misma que tendrá dos usos: una para presentación y la otra para subdividir el grupo. Cada uno tiene un caramelo, de a una por vez se van a ir presentando a partir del nombre y aquello que tenga ganas de decir mientras lo va desenvolviendo. Se le indica que vayan guardando la envoltura para que posteriormente se vayan agrupando según el color de la envoltura y además cada color representa el número de grupo al cual pertenecerán.

Una vez formados los grupos se aplicó la dinámica de nombres completos, entregando una tarjeta hecha de cartulina para escribir el nombre de cada integrante, junto con un alfiler se dará a la participante para que sea aplicada en la parte delantera de la blusa, de esta manera sirvió para la identificación. Además, se indica que dicha identificación tendría que ser aplicada hasta la finalización del evento.

Ya habiendo creado un ambiente cálido y participativo, se procedió a la introducción al tema, es decir indicándoles de esta manera se iniciará aclarando que al decir riesgo Pregestacional, riesgo antes de la gestación, estamos hablando de riesgo preconcepcional y que durante el resto de encuentros aplicaríamos dicha terminología por ende deberán acoplarse a la misma, posteriormente se expondrán los objetivos del evento, metodología, los métodos, los temas a presentar a través de un cronograma estipulado por la autora, el motivo de iniciar esta intervención y los cambios que se pretende alcanzar, a cada participante se entregará un plegable el mismo que es de la programación durante todo el evento, sirviendo como guía de lo que se dará en cada encuentro pero además de manera voluntaria en el caso de las que dispongan y deseen informarse previamente sobre el tema.

Seguidamente se continuará con la presentación del tema: Comportamiento del riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil, mediante conferencia a través de diapositivas se presentará los resultados obtenidos en la investigación como es la situación en la que se encuentran las participantes, los factores de riesgos preconcepcionales presentes, recalcando que fueron ellas las protagonistas de este estudio, de esta manera se espera concientizar e incentivarlas a que inicien con mayor interés de aprender en cada encuentro. Se procederá a mostrar un video el cual transmite en resumen la importancia de la atención preconcepcional, de forma breve sus riesgos y cuando embarazarse frente a ellos. Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Segundo encuentro: Conceptualización del riesgo preconcepcional.

Tema: Conceptualizaciones de riesgo preconcepcional Factores de riesgo mencionados en el video.

Objetivos: Crear relaciones afectivas entre los mismos Agregar información del concepto de riesgo preconcepcional Estimular la importancia de escuchar con atención la información.

Tiempo estimado: 1 hora.

Materiales: 1 sábana, computadora, infocus, video.

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la técnica de presentación "Juego de sábanas" la misma que permitirá que se puedan conocer, creando relaciones afectivas entre los mismos. Dos participantes cogen de cada extremo la sábana, dividiendo al grupo en dos mitades, al momento que se baja la sábana tendrán que recordar los nombres que se encuentran frente a ellas, el grupo que tenga mayores aciertos será el grupo ganador.

Seguidamente se les indica que tomen sus respectivos asientos para cumplir con el segundo objetivo que es que adquieran información sobre conceptualización del riesgo preconcepcional, a través de un PowerPoint, el mismo que tiene 12 diapositivas refiriéndose a los conceptos de riesgo preconcepcional, atención preconcepcional, consulta preconcepcional.

Luego continuamos con la presentación de un video "En qué consiste la consulta preconcepcional" de duración de 5 minutos, se le indicará a las participantes que se deberá escuchar con atención ya que posteriormente se realizará preguntas de que indiquen los factores de riesgos que mencionan en el video; entre estos tenemos: Diabetes, trastornos metabólicos, edades extremas, embarazos prematuros, abortos, cesárea anterior, entre otros; mediante la técnica "discusión dirigida", en donde el grupo discute e intercambia información obtenida.

Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Tercer encuentro: Clasificación del riesgo preconcepcional.

Tema: Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional Factores de riesgo preconcepcional biológico Factores de riesgo preconcepcional psicosocial.

Objetivos Crear relaciones afectivas entre las participantes.

Aportar información sobre factores desencadenantes a un riesgo preconcepcional.
Identificar factores de riesgo biológico y psicosociales.

Tiempo estimado: 1 hora.

Materiales: 2 lápices especiales para pintar la piel, 1 desmaquillante, algodón, cartulina, alfileres, tijera, computadora, infocus y video.

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la dinámica recuerda el nombre de la fruta, el mismo que se realizará de la siguiente manera. A cada participante se le da un nombre de fruta (uva, manzana, durazno, banano, pera, durazno, kiwi, coco, piña, chirimoya, higo, naranja, sandía, limón, cereza, frutilla, pomelo, mandarina) escritos en un pequeño recuadro de cartulina, se adhiere a su ropa mediante un alfiler. Se les indica que durante la hora de la presentación no se llamarán por su nombre sino por el de la fruta, todas estaremos pendiente ya que en el caso de equivocación u olvido se le marcará un punto en el rostro, la participante que tenga más marcada la cara será la que ha perdido y deberá cumplir la penitencia como es la de cantar algo a su gusto, se estima un tiempo de 20 minutos mientras se indica el juego y se aplique las cartulinas con sus respectivas frutas. Esta dinámica se realiza con la finalidad de observar cuanto se conocen y además para crear relaciones afectivas entre las mismas.

Continuamos con la información de los factores desencadenantes del riesgo preconcepcional, mediante conferencia a traves de la presentación de 10 diapositivas (PowerPoint).

Seguidamente se presenta un video “Consulta preconcepcional”, en éste se observará la importancia de reconocer los factores de riesgo, cuáles son los factores de riesgo biológico y psicosociales, tiene duración de 25 minutos. Es importante referirles que deberán poner mucha atención a la presentación ya que en el cuarto encuentro también habrá ciertas preguntas del video. Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Cuarto encuentro: Factores de riesgo preconcepcional.

Tema:. Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional Enfermedades de Transmisión sexual.

Objetivos: Reforzar conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional Conocer las enfermedades de transmisión sexual más comunes Conocer las enfermedades de

transmisión sexual son un factor de riesgo preconcepcional. Conocer la importancia del preservativo.

Tiempo estimado: 1 hora.

Materiales: tarjetas simulando naipes o barajas que contengan varias frases en su reverso, tarjetas en blanco, bolígrafos, alfileres, computadora, infocus y video.

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la dinámica grupal “La baraja”, que se desarrolla de la siguiente manera: El mediador hace 3 equipos de 5 participantes, las mismas que se deben sentarse en círculo. Cada equipo tiene 15 cartas de una baraja y tienen que dividirlos en dos bloques, uno con los factores de riesgos preconcepcionales y otras que no corresponden a dichos factores. Después se comprueban los bloques de cada equipo, y el equipo que tenga mayores aciertos será el ganador, al finalizar se indicará las barajas correctas en cuanto a lo solicitado.

Esta actividad se la realiza en base a los conocimientos adquiridos del encuentro anterior, reforzando y a la vez evaluando conocimientos. Posibles textos de los naipes o barajas: Tener más de 35 años representa un riesgo preconcepcional Es peligroso tener más de 3 hijos Se considera a 1 aborto un factor de riesgo preconcepcional Se considera más de 3 abortos espontáneos un factor de riesgo preconcepcional Antecedentes de gripe consecutivas es un factor de riesgo preconcepcional Tener pareja inestable es un factor de riesgo preconcepcional La monogamia es un factor de riesgo preconcepcional La adolescencia (15 a 19 años), se considera un factor de riesgo El antecedente de apendicitis es un factor importante para un riesgo preconcepcional Antecedente de preeclampsia y eclampsia no es de importancia Una mujer desnutrida y obesa tiene la probabilidad de tener hijos prematuros El alcoholismo, tabaquismo y drogadicción son conductas personales que no afectan en un embarazo La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, hijos prematuros o con malformaciones congénitas son antecedentes personales y gineco-obstétricos de importancia. Puedo tener un nuevo embarazo con tranquilidad en menos de 2 años de cesárea o parto. Hacer deporte es perjudicial a largo plazo. Respuestas correctas: 6.

Continuamos con la dinámica grupal “Si de repente...”, esta permitirá Favorecer la toma de conciencia sobre la valoración social negativa que reciben muchas personas VIH positivas o enfermas de SIDA, reforzar el hecho de que no hay ninguna razón que justifique esta discriminación y a la vez ayuda a incentivar el uso de medidas necesarias para evitar una futura infección o enfermedad de transmisión sexual, el mismo que representa un riesgo preconcepcional. A cada participante se le da una tarjeta con su respectivo bolígrafo y alfiler, se les pide que escriban en esa tarjeta con una palabra lo que normalmente piensa la sociedad de una paciente con VIH o SIDA, por ejemplo (miedo, temor, feo, etc.); seguidamente estas tarjetas serán reunidas y puestas en una caja para mezclarlas y se irá entregando a cada participante quien en voz alta leerá lo que está escrito en dichas tarjetas, finalmente se le pide a las participante se coloque con el alfiler en un lugar visible.

Se pedirá a las participantes que se imaginen que ellas se encuentran infectadas de VIH y que su familia, amigos y compañeros les están demostrando la reacción que aparece en su tarjeta ¿Cómo se sentiría? Tiempo estimado: 20 minutos La actividad anterior da apertura a la presentación de un video “Enfermedades de transmisión sexual”, el mismo que es un documental, facilitando la atención de las presentes, además que transmite información, siendo las enfermedades de transmisión sexual uno de los factores de riesgo preconcepcional.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Finalmente se expresará un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro y se dará una hoja con toda la información sobre métodos anticonceptivos, se solicitará a cada participante lea, ya que se realizarán preguntas en cuanto a lo dado.

Quinto encuentro: Prevención del riesgo preconcepcional.

Tema: Métodos anticonceptivos Es mejor cerrar las piernas Importancia del ácido fólico.

Objetivos: Conocer la importancia y clasificación de los métodos anticonceptivos Conocer la aplicación correcta del preservativo Concientizar la importancia de planificar Demostrar lo aprendido mediante la participación activa.

Tiempo estimado: 1 hora **Materiales:** pizarra, marcadores, pene de madera, preservativos, T de cobre, anticonceptivos orales, inyectables y subcutáneos, computadora, infocus y video, cartillas, marcadores.

Desarrollo: Con el objetivo de profundizar conocimientos, permitir un análisis crítico del tema y estimular comunicación se realiza la siguiente actividad utilizando la dinámica “discusión dirigida”, se recuerda que en el encuentro anterior se les brindó información por escrito acerca de los métodos anticonceptivos, por lo cual se iniciará con las siguientes preguntas: ¿Las píldoras o anticonceptivos orales previenen el embarazo y enfermedades de transmisión sexual? ¿Todo método anticonceptivo hace engordar? ¿El anticonceptivo subcutáneo o llamado en la comunidad (la pila o el palito), es de un material duro que se puede quebrar? ¿Puede existir embarazo utilizando algún método anticonceptivo?

Estas preguntas ayudarán para iniciar y guiar la discusión, el moderador pedirá opiniones concediendo los turnos de palabra y permitiendo las aclaraciones que vayan surgiendo. En cuanto vayan disminuyendo los comentarios el facilitador hará un resumen de lo tratado y se mostrará directamente los diferentes métodos anticonceptivos como son las píldoras, las inyecciones, la T de cobre, los preservativos masculino y femenino, implante subcutáneo (implanon), es de importancia que las participantes vean y palpen. Luego se procederá con la enseñanza de la forma correcta de utilizar el preservativo. Para esto se hace una dinámica “Manual de preservativo masculino”, con el objetivo de conocer el preservativo masculino, los pasos para usarlo correctamente y favorecer la comunicación entre los participantes. Se forman grupos de 5 personas y se les da una cartilla con los pasos que han de seguir para colocar correctamente un preservativo con el objetivo de que los grupos los ordenen de forma adecuada en el menor tiempo posible. Cada cartilla tendrá: Excitación Pene en erección Abrir el envoltorio Colocar el preservativo Penetración Eyaculación Retirar el pene Pérdida de la erección Quitar el preservativo Tirarlo a la basura. Cada grupo debe explicar cómo los ha colocado y por qué. El moderador finalmente, mostrará la secuencia correcta de utilización a todo el grupo mediante el pene de madera.

Posteriormente se pasará un video “es mejor cerrar las piernas”, éste tendrá el objetivo de fortalecer la importancia de utilización de métodos anticonceptivos y la planificación familiar. Seguidamente se enseñará otro video “importancia del ácido fólico”, si bien es cierto los temas expuestos en este encuentro permitirá conocer que existen factores de riesgos modificables y prevenibles y cuáles son las medidas a tomar. Tiempo estimado: 10 minutos Antes de finalizar se pide a las participantes expongan con sus palabras la importancia de lo aprendido, se pide a 5 voluntarias que indique un breve resumen de la información obtenida y cómo esto ayudará en su vida personal. Para finalizar se aplica el post test y además se invitará a todos los grupos acudir en el último encuentro para dar cierre al evento, indicando que ese día se entregará el certificado de asistencia, cabe recalcar que es importante que haya acudido a todos los encuentros efectuados, valiéndonos por la firma de asistencias.

Sexto encuentro: Cierre del evento Palabras del Director/a de Salud Brevemente se hace la presentación mediante un esquema comparativo (pre y post intervención educativa) del nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Lo que se aspiró es elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional. Se entregará los certificados de asistencia independientemente de la nota obtenida, a aquellas adolescentes que se presentaron en todos los encuentros. Agradeciendo de la facilitadora a todas las presentes por el tiempo brindado, su participación activa y el esfuerzo que cada una hizo.

ANEXO 5 Procederes Estadísticos.

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	a	b	a+b
	Inadecuadas	c	d	c+d
		a+c	b+d	N=a+b+c+d

$$P_A = (a+b)/N$$

$$P_B = (a+c)/N$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A$$

Grados de Libertad (GL): en caso de tabla de 2x2, siempre es : 1

Valor de p para un GL: 1= 0,05

Valor de Mc Nemar obtenido en la tabla de la distribución Chi-cuadrado de Pearson para $p=0,05 = 0,3841$

Tabla .2 Conocimientos sobre riesgo preconcepcional antes y después de la estrategia de intervención

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	32	0	32
	Inadecuadas	46	19	65
		78	19	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,3299$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8481$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,4742 > 0,3841 \quad p \leq 0.05$$

Tabla 3 Población estudiada según actitud hacia el control del riesgo preconcepcional

		Después		
Antes		Positivas	Negativas	
	Positivas	52	0	52
	Negativas	31	14	45
		83	14	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,5361$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8557$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,3196 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

Tabla 4. Población estudiada según prácticas hacia el control del riesgo preconcepcional.

ITENS 1

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	0	0	0
	Inadecuadas	9	88	97
		9	88	97

$$P_A = (a+b)/N = 0$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,0928$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,0928 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

ITENS 2

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	11	0	11
	Inadecuadas	22	64	86
		33	64	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,1134$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,3402$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,2268 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

ITENS 3

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	29	0	29
	Inadecuadas	56	12	68
		85	12	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,299$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8763$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,5773 > 0,3841 \quad p \leq 0.05$$

ITENS 4

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	10	0	10
	Inadecuadas	48	39	87
		58	39	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,1031$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,5979$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,4948 > 0,3841 \quad p \leq 0.05$$

ITENS 5

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	54	0	54
	Inadecuadas	25	18	43
		79	18	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,5567$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8144$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,2577 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

ITENS 6

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	0	0	0
	Inadecuadas	26	71	97
		26	71	97

$$P_A = (a+b)/N = 0$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,2222$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,2222 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

ITENS 7

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	18	0	18
	Inadecuadas	63	16	79
		81	16	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,1856$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8351$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,6495 > 0,3841 \quad p \leq 0.05$$

ITENS 8

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	45	0	45
	Inadecuadas	40	12	52
		85	12	

$$P_A = (a+b)/N = 0,4639$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8763$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,4124 > 0,3841 \quad p \leq 0.05$$

ITENS 9

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas+	74	0	74
	Inadecuadas -	0	23	23
		74	23	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,7629$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,7629$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

ITENS 10

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas	33	0	33
	Inadecuadas	18	46	64
		51	46	97

$$P_A = (a+b)/N = 0,3402$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,5258$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,1856 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$

ITENS 11

		Después		
Antes		Adecuadas	Inadecuadas	
	Adecuadas+	66	0	68
	Inadecuadas -	17	12	29
		85	12	

$$P_A = (a+b)/N = 0,6947$$

$$P_B = (a+c)/N = 0,8737$$

$$Mc\ Nemar = P_B - P_A = 0,179 < 0,3841 \quad p \geq 0.05$$