

REPUBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE AVILA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE MORON

**Título:** Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio 5, municipio Morón.

**Autor:** Dra. Lisbet Alvarez Fis

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado en  
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2022

REPUBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS CIEGO DE AVILA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE MORON

**Título:** Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del consultorio 5, municipio Morón.

Tesis para optar al título de especialista de Primer grado en Medicina General Integral

**Autor:** Dra. Lisbet Álvarez Fis

Policlínico Norte Diego del Rosario de Morón

**Tutora:** Dra. Celia María López Reyes.

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia

Máster en atención integral a la mujer

Profesor Asistente

**Asesora:** Dra. Idelm a Labrada Pozo

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

Máster en Medicina Natural y Tradicional

Profesor Asistente

Ciego de Ávila

2022

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional a través de una intervención educativa en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 5, municipio Morón, Ciego de Ávila; en el período comprendido entre enero 2020 a enero de 2022. El universo de estudio está constituido por 32 mujeres en edad fértil. Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc.Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional antes y después de la aplicación del programa educativo. El nivel de conocimientos inicial sobre factores de riesgo genético en la gestación, fue adecuado en menos de la mitad de las participantes, en el resto de los aspectos evaluados, se constató un nivel de conocimientos aceptable en la mayoría de las mujeres. Se logró una modificación positiva y significativa en todos los aspectos evaluados en relación con los factores de riesgo preconcepcional, así como en la evaluación global, por lo que se consideró efectiva la intervención realizada sobre el tema.

**Palabras claves:** Riesgo preconcepcional, afecciones biológicas, programa de Intervención.

## ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
+ Introducción ... ..	1
+ Objetivos ... ..	6
+ Marco teórico ... ..	7
+ Métodos ... ..	18
+ Análisis y discusión de los resultados ... ..	21
+ Conclusiones ... ..	30
+ Referencias bibliográficas ... ..	31
+ Anexos	

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

La O M S, estima que en los países en desarrollo 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Asegura que la planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados.

Aproximadamente 585.000 mujeres a nivel mundial y 23.000 en Latinoamérica mueren por complicaciones relacionadas con la reproducción, el embarazo y el parto <sup>4,7</sup>.

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

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

En el ámbito de la planificación familiar, el uso de anticonceptivos desde el año 1979 al 2012 se incrementa del 26,5% al 71,7% , el principal método es la esterilización femenina que alcanza el 32,3% . En cuanto a la fecundidad por edad hay un descenso progresivo en personas de 20 y 49 años, no así en los adolescentes en los cuales se incrementa de 91 por cada 1000 mujeres en el año 1999 a 111 en el 2012 <sup>10</sup>.

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

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

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

El Riesgo Reproductivo Preconcepcional (RRPC) se aplica a mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años, no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo, si se involucran en el proceso reproductivo <sup>14</sup>.

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

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

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

La edad promedio para la primera menstruación de la mujer en Cuba se sitúa en los 12.5 años, por lo que se encuentran en posibilidad de ser aptas para la reproducción a temprana edad. Toda esta situación, conlleva a reflexionar sobre la importancia de la orientación sexual temprana; de manera que los jóvenes estén bien informados y así contribuir a la disminución de los diferentes riesgos y daños a los que están expuestos<sup>16</sup>.

La atención al riesgo preconcepcional debe permitirle a la mujer o pareja la información necesaria para conocer que el embarazo no es un riesgo, pero que existen factores en la familia, la pareja o la descendencia que pueden ensombrecer el buen pronóstico del embarazo y que para reducir los mismos, es necesario asistir a una consulta médica con el equipo de salud mucho antes de la concepción; pues de la forma en que este equipo pueda actuar sobre los factores de riesgos presentes y se ofrezca una orientación nutricional adecuada, los resultados del embarazo serán mejores y los defectos congénitos y hereditarios reducidos<sup>18</sup>.

El médico de la atención primaria tiene una importante tarea para llevar adelante este propósito: la dispensarización y el control adecuado de las adolescentes consideradas como riesgo preconcepcional así como la labor educativa, realizada de forma permanente con las y los adolescentes y con todos los miembros de su

comunidad, es fundamental en esta labor

**Problema:** ¿Cómo contribuir a modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 5, municipio Morón, Ciego de Ávila?

## **O B J E T I V O S**

**Objetivo general:** Determinar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificación del nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 5 , municipio Morón, Ciego de Ávila.

### **Objetivos específicos:**

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

**Hipótesis:** La aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 5, municipio Morón, Ciego de Ávila.

## MARCO TEÓRICO

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

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

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

Estos argumentos sustentan el hecho de que el embarazo se planifique y se tomen en consecuencia una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (enfoque gravídico), entre los que se encuentran: la eliminación de hábitos tóxicos (cigarro, alcohol, drogas), la corrección de infecciones recurrentes (anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías), estén estas compensadas o no, por ello es beneficioso solicitar consejo genético pre-gravídico, para decidir el momento más apropiado para la fecundación <sup>21</sup>.

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

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

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Constitucional manifiesta que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" <sup>26</sup>, manifiesta además que "es derecho fundamental el grado máximo de salud que todo ser humano pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social". El desarrollo económico y social es considerado como un prerrequisito para tener una población sana <sup>27</sup>.

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

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

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

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

Esta situación es similar en otros lugares del mundo, por ejemplo en un estudio realizado en Londres sobre conocimientos, actitudes y opiniones de los médicos generales en torno a la prestación de atención preconcepcional, se evidencia el

problema del desconocimiento; pues los médicos entrevistados indicaron que habían adquirido su conocimiento sobre elementos de la atención preconcepcional de la experiencia clínica o de fuentes de información del paciente en lugar de directrices <sup>30</sup>.

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

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

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

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

ay el mito de que los hombres al no portar la gestación no generan riesgo por tanto su cuidado es secundario, sin embargo donde dejamos las condiciones

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

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

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

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

prim er em barazo; alto grado de etnicidad amerindia e historia fam iliar positiva para este tipo de m alformación, apoyando la teoría de herencia multifactorial de la susceptibilidad a las fisuras labiopalatinas <sup>32</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un estudio realizado en mujeres casadas de Irán, encontró que la educación de la madre, los ingresos familiares y las tensiones en el trabajo se relacionaron con el nacimiento prematuro y retraso en el desarrollo gestacional. Este mismo estudio exploró las deficiencias en los servicios de atención preconcepcional de ese país identificando que tanto hombres como adolescentes no estaban incluidos en los programas, los paquetes ofrecidos eran insuficientes, las estrategias inadecuadas y los proveedores de servicios de salud no estaban adecuadamente capacitados<sup>36</sup>.

La promoción y educación a la población respecto de los cuidados 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. Se realizó el seguimiento a universitarias de EEUU, que participaron en la intervención educativa sobre ácido fólico, persistiendo durante un año los aumentos significativos del conocimiento inicial para las preguntas relativas a los alimentos ricos en ácido fólico y prevención de los defectos del tubo neural<sup>30</sup>.

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

En un estudio sobre opiniones de médicos de familia en Londres, la percepción de los profesionales fue que las mujeres que fumaban tenían peor salud antes de la concepción, además sintieron que ofrecer asesoramiento antes del embarazo para este grupo particular de mujeres no siempre garantiza un cambio positivo en el estilo de vida saludable que resulta en el abandono del tabaco, uno de ellos expresó "Ofrecemos asesoramiento, pero depende de ellos para llevarlo a cabo. Me refiero a que se le dice a la mujer que debe dejar de fumar y, sí, vivir

sanamente, reducir el peso y el ejercicio y, pero no todos lo hacen, porque no todo el mundo está dispuesto a aceptar estas cosas, ¿verdad?"<sup>30</sup>.

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

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

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

Como hemos podido recorrer, la preconcepción es la asesoría a las mujeres y parejas que desean un embarazo próximo, buscando identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos previo a la concepción, por tanto, no es un asunto circunstancial o superficial si se maneja con integralidad el tema de la reproducción pues todos los factores son importantes, es decir la interacción entre el ser biológico, psicológico y social, de ahí que no hay sumatoria de factores contextuales a los relacionados directamente con la medicina sino que todo interactúa por ejemplo lo cultural, la religión, mitos, creencias, machismo,

violencia de género, silencio, los factores socio-ambientales, riesgos laborales, entre otros, estamos seguros que la detección de riesgos o eventos relacionados durante el control preconcepcional puede reducir la morbimortalidad materna y perinatal <sup>37</sup>.

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

## **M E T O D O L O G Í A**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional a través de una intervención educativa en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 5 , municipio Morón, Ciego de Ávila; en el período comprendido entre enero 2020 a enero de 2022.

### **U n i v e r s o y m u e s t r a**

El universo de estudio está constituido por 32 mujeres en edad fértil pertenecientes pertenecientes al consultorio 5, durante el periodo comprendido entre enero 2020 a enero de 2022.

para el estudio. Se trabajó con la totalidad del universo por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

### **C r i t e r i o s d e i n c l u s i ó n :**

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

### **C r i t e r i o s d e e x c l u s i ó n :**

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

### **M é t o d o s d e o b t e n c i ó n d e i n f o r m a c i ó n .**

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

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

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

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

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

*Etapa de intervención propiamente dicha:* Se conformarán 2 grupos de  $\pm$  30 mujeres; la intervención se planificó para impartirla en un período de 4 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana para cada grupo. Cada encuentro incluyó conferencias, charlas y técnicas participativas, con una duración de 50 minutos.

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

**Métodos del nivel empírico:**

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

**Operacionalización de las variables.**

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Nivel de conocimientos sobre importancia de la consulta de salud	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre uso del condón	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Nivel de conocimientos sobre riesgo genético	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre factores nutricionales	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos sobre conducta sexual de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II)	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

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

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

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0, para determinar si es significativa cada variable con un nivel de significación  $\leq 0,05$ .

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas M c.Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional antes y después de la aplicación del programa educativo.

#### **Aspectos éticos**

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

Se pidió a todas las participantes en el estudio su consentimiento. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La

autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación.

Tabla 1. Mujeres según nivel de conocimientos sobre importancia de la consulta de salud ante el deseo manifiesto de iniciar una gestación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	56,3	30	93,8
Inadecuado	14	43,8	2	6,3
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

Fuente: encuesta

La tabla 1 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre importancia de la consulta de salud ante el deseo manifiesto de iniciar una gestación, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 18 de las participantes presentaban un adecuado nivel de conocimientos sobre la consulta inicial con un profesional de salud para un 56,3 % de la muestra mientras que 14 de ellas (43,8 %), no lograban identificar las respuestas correctas de los ítems consignados en la encuesta.

Una vez finalizado el programa educativo y reaplicado el cuestionario, el número de participantes con conocimientos adecuados se elevó a 30 (93,8 %), siendo esta modificación, positiva y significativa en base al resultado de la prueba estadística con un valor de la  $p$  calculada muy inferior a 0,05.

Un enfoque preventivo de la salud materno-infantil permite modificar, en la medida de lo posible, los riesgos que puedan aparecer en la descendencia, incluso antes de que tenga lugar el embarazo. Con la cooperación familiar y consciente del problema se promueve la salud reproductiva de una manera más efectiva, 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 <sup>38</sup>.

La consulta de salud ante el deseo manifiesto de iniciar una gestación de la fecundidad permite evaluar y disminuir la aparición de embarazos a edades más tempranas. El embarazo en adolescentes es un hecho que se observa con más frecuencia en los últimos años, y estos se producen en edades cada vez menores, lo que se agrava porque asisten a su primera relación sexual desprotegidos, lo cual repercute en la aparición de un mayor número de adolescentes embarazadas, de ahí la importancia de la consulta médica preventiva <sup>39</sup>.

Tabla 2. Mujeres según nivel de conocimientos sobre uso del condón como medio seguro para evitar embarazos no deseados.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	26	81,3	32	100,0
Inadecuado	6	18,8	0	0,0
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,031$

La tabla 2 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre uso del condón como medio seguro para evitar embarazos no deseados, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, 26 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado para el 81,3 % de la muestra, y 6 mujeres (18,8 %) no marcaban los ítems correctos de la encuesta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, las respuestas correctas se elevaron a la totalidad de las féminas (32) para un 100,0 % lo que resultó en una modificación significativa y positiva.

Estudios reportados, demuestran que antes de la intervención educativa existían creencias erróneas acerca de las posibilidades de quedar embarazada y un desconocimiento de las prácticas de sexo seguro, lo que coincide con investigaciones realizadas; después de la intervención se logró que esta situación cambiara: hay una identificación de prácticas riesgosas con la posibilidad de salir embarazada en un 98.5%, 90.9% y 92.4% <sup>24,40</sup>.

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

de realizada la intervención educativa, pasa a ser la proposición de la responsabilidad compartida la que prevalece, lo que indica una toma de conciencia de los adolescentes sobre la responsabilidad de ambos miembros de la pareja en la concepción del embarazo y el enfrentamiento a las decisiones que se tomarán al respecto <sup>41,42</sup>.

En Venezuela no es diferente a la del resto del mundo. Cabrerizo Lorenzana y colaboradores <sup>43</sup>, en su estudio sobre educación sexual en la adolescencia coincide con las afirmaciones anteriores. Investigaciones en el país y criterios de expertos plantean que la realización del primer coito desprotegido se sitúa por debajo de los 18 años <sup>44</sup>.

Tabla 3. Mujeres según nivel de conocimientos sobre riesgo genético en la gestación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	9	28,1	19	59,4
Inadecuado	23	71,9	13	40,6
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,002$

La tabla 3 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre riesgo genético en la gestación, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Se pudo observar que antes de comenzar la intervención, solo 9 de las participantes presentaron un nivel de conocimientos adecuado sobre dichos factores de riesgo genético, para un 28,1 % del total, mientras que 23 (71,9 %), respondían erradamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos adecuados aumentó hasta 19 mujeres (59,4 %) y este número de respuestas adecuadas, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba.

El antecedente hereditario, es un factor de riesgo preconcepcional de mucho cuidado, ya que tienen una incidencia muy alta en las cardiopatías y en las enfermedades vasculares cerebrales. La asociación entre esas enfermedades es demostrada por diferentes estudios, donde se encuentra que aquellos pacientes que tenían un mayor grado riesgo genético, la prevalencia de malformaciones genéticas es más elevado <sup>45</sup>.

Tabla 4. Mujeres según nivel de conocimientos sobre factores nutricionales esenciales para un embarazo saludable.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	19	59,4	28	87,5
Inadecuado	13	40,6	4	12,5
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,004$

La tabla 4 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre factores nutricionales esenciales para un embarazo saludable, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que en la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, 19 de las participantes presentaban un nivel de conocimientos adecuado sobre la nutrición para el 59,4 % de la muestra, y 13 personas (40,6 %) no marcaron los ítems correctos de la encuesta para esta pregunta.

Una vez terminado el proceso de intervención y aplicada la encuesta nuevamente, la evaluación de respuestas correctas se elevó a 28 de las participantes para un 87,5 % lo que resultó una modificación significativa y positiva.

De los Ríos A<sup>46</sup>, también encuentra en su trabajo mujeres con condición de riesgo preconcepcional con sobre peso, obesas y complicadas con HTA y diabetes mellitus. Aporta además, que los principales riesgos identificados en mujeres con edades extremas del periodo fértil constituyen los hábitos tóxicos, el ingreso per cápita familiar bajo y el estado nutricional inadecuado.

El estado nutricional de una mujer antes del embarazo, puede condicionar la aparición de entidades como la desnutrición materna, anemia, enfermedad hipertensiva gestacional y la diabetes gestacional, estas últimas asociadas con elevada frecuencia<sup>47</sup>.

Tabla 5. Mujeres según nivel de conocimientos sobre conducta sexual de riesgo y su efecto en el proceso de concepción.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	23	71,9	31	96,9
Inadecuado	9	28,1	1	3,1
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,008$

La tabla 5 muestra la distribución de mujeres según el nivel de conocimientos sobre riesgos que tienen en la gestación las personas que cambian frecuentemente de parejas sexuales, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se pudo observar que en la evaluación inicial, 23 de las participantes presentaban un conocimiento adecuado para la identificación correcta de los riesgos de esta práctica que representaron un 71,9 % del total mientras que 9 de ellas (28,1 %) no lograban responder adecuadamente la pregunta del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar un tiempo prudencial, se repite la aplicación del cuestionario con un total de 31 participantes que respondieron adecuadamente este acápite y elevaron el porcentaje de respuestas correctas hasta 96,9 %. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Según Oliva J<sup>48</sup>, la adolescente que inicia su vida sexual y pretende tener producto de esa concepción, debe conocer con antelación que los factores de riesgos existentes traen consigo trastornos hipertensivos en el embarazo que

predisponen a desarrollar una insuficiencia útero-placentaria aguda o crónica, causante de la anoxia antes o en el curso del parto, lo que puede conllevar a la muerte del feto, retardo en el crecimiento intrauterino o parto.

Tabla 6. Mujeres según nivel global de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	14	43,8	27	84,4
Inadecuado	18	56,3	5	15,6
Total	32	100,0	32	100,0

Prueba de McNemar

$p = 0,000$

La tabla 6 muestra la distribución de mujeres según nivel global de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional, evaluado antes y después de desarrollar la intervención comunitaria.

Se observó que antes de la aplicación de la intervención capacitante, solo 14 de las mujeres (43,8 %) presentaban un nivel global de conocimientos considerado adecuado sobre los diferentes aspectos analizados para el riesgo preconcepcional, mientras que 18 de ellas (56,3 %) no calificaban con respuestas correctas en los diferentes acápite del cuestionario.

Al aplicar por segunda vez la encuesta, y a un tiempo prudencial de terminar con la intervención comunitaria, las participantes con respuestas consideradas adecuadas en los diferentes aspectos evaluados aumentaron a 27 para un 84,4 % resultando en un aumento porcentual considerable y suficiente para ser considerado significativo por la prueba de McNemar.

Es una tarea fácil el influir en algunas conductas, estilos de vida, comportamiento de las personas, en estudios consultados se pudo constatar la existencia de poca, y en muchos casos ninguna, información sobre el tema que se quería tratar; después de la intervención un 97,0% de los participantes consideró que poseía conocimientos sobre el riesgo preconcepcional. Se demuestra el bajo

conocimiento de los factores que se consideran riesgos para la mujer o el feto en caso de concebir un hijo; antes de producirse la intervención son más conocidos factores como la edad y la talla que otros factores poco divulgados como el de riesgos sociales y el de haber tenido abortos anteriores; luego de la intervención el nivel de conocimiento en estos aspectos aumenta, sobrepasando el 90% de las encuestadas <sup>24,40</sup>, similar a lo encontrado en el presente estudio.

Los resultados obtenidos concuerdan con la opinión de los autores Almeida G, Leyva Ramírez y Torriente Bárzaga <sup>38</sup>, que estudian el conocimiento que debe tener mujer fértil sobre el riesgo reproductivo, los que consideran la prevención como tarea principal del médico de familia y para ello se requiere de un protagonismo decisivo de los actores claves y la unificación de esfuerzos para cambiar la situación del problema de salud que esté afectando. A esas personas hay que ayudarlas a encontrar otras alternativas para elevar su conocimiento que le permita cambiar los estilos de vida por unos más saludables.

El incremento en el nivel de conocimiento encontrado después de recibir orientación y asesoramiento es un factor positivo para la adopción de conductas saludables y de autocuidado que propician el control o erradicación de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno, donde el médico y la enfermera de la familia juegan un papel determinante en el logro de estos objetivos pues son los encargados de reforzar las orientaciones dadas y comprobar que se están cumpliendo.

## **CONCLUSIONES**

En el estudio se evidencio que fue inadecuado un nivel de conocimientos inicial sobre factores de riesgo genético en la gestación, en el 71% de las mujeres encuestadas siendo significativo, un 56 % de las mujeres presentaron un conocimiento inadecuado sobre los factores de riesgos preconcepcional antes de la intervención, en el resto de los aspectos evaluados, se constató un nivel de conocimientos aceptable en la mayoría de las mujeres. Con la intervención educativa se logró una modificación positiva y significativa en todos los aspectos evaluados en relación con los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres participantes en el estudio, por lo que se consideró efectiva la intervención realizada sobre el tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

8. Borges ALV, Santos O A dos, Nascimento N de C, Chofakian CB do N, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. Rev Esc Enferm USP. abril de 2017;50(2):208-16.
9. Usiña J. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones. Ecuador: INEC; 2017.
10. INEC - MSP editors. Encuesta nacional de salud y nutrición - ENSANUT 2018, demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. Ecuador: INEC - MSP; 2019.
11. Cruz Hernández J, Llopis Krafchenko L, Lang Prieto J, González Calero TM, González Hernández OJ, Ledón Llanes L. Atención al riesgo reproductivo de la mujer con diabetes mellitus en un municipio de la capital de Cuba. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2018 Ago [citado 2019 Jun 04]; 29(2): 1-22. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532018000200003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532018000200003&lng=es)
12. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. 2005 enero. Disponible en: URL: [www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16](http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16)
13. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 04]; 36(4): 565-572. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010&lng=es)
14. Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. Manual CELSAM. La anticoncepción en América Latina 1999-2005. [serial online] 2005 mayo. Disponible en: URL: <http://www.celsam.org/home/manual.asp?manual=6>
15. Ruiz Julia Martha. Creación de oportunidades para las mujeres indígenas adolescentes. Population Council /Guatemala. 2017 mayo. Disponible en: URL: <http://www.popcouncil.org/esp/americas/guatemala.html>.
16. Hierrezuelo Rojas N, Alvarez Cortés JT, Subert Salas L, González Fernández P, Pérez Hechavarría Gipsy de los Angeles. Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. MEDISAN

- [Internet]. 2017 mayo [citado 2019 Jun 04]; 21(5): 518-526. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es)
17. Zetina Hernández E, Gerónimo Carrillo R, Herrera Castillo Y, de los Santos Córdova L, Mirón Hernández G. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco. Rev Salud Quintana Roo [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 04]; 11(40): 7-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92448>
18. Pinos Abad GM, Pinos Vélez VP, Palacios Cordero MP, López Alvarado SL, Castillo Nuñez JE, Ortiz Ochoa WA. Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. Act Inv Educ [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 04]; 17(2):192-213. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/2867>
19. Reina, G. Cómo protegernos de riesgos reproductivos. La Habana: ECIMED; 2004. p. 12-28. [Recuperado 13 septiembre, 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
20. Martínez, C. Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p.23-25. [Recuperado 13 septiembre, 2019]. Disponible en <http://scielo.sld.cu>
21. Telpez García IM, Acevedo Vega MA, Falcón Segura B. Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Electr Zoilo Marinello [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 04]; 43(1). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1242>
22. Chamý, P. Cardemil, M. Betancourt, M. Ríos, S. Leighton, V. Riesgo obstetrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. Chil. Obstet. Ginec. 2018,74(6):331338. [recuperado 13 de septiembre, 2019].Disponible en: <http://php/zmv/article/view/>
23. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos Diana S, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev Salud Pú b [Internet]. 2017 [citado 2019 Jun 04]; 19(3):393-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00393.pdf>
24. Gómez Jiménez, A. Hernández Díaz, M. Jiménez Cardoso, J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica.

- Gaceta Médica Espirituana. 2017; 9(1). 1-12. [recuperado el 10 de enero de 2018]. Disponible en <http://revgm.espirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/694/531>
25. Senado, J. Los factores de riesgo. Rev. Cub. Med. Gen. Int. La Habana, 2011. [recuperado 13 de septiembre, 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
  26. OMS | Salud reproductiva [Internet]. WHO. [citado 8 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
  27. Organización Mundial de la Salud, editor. Documentos básicos. 48<sup>o</sup> edición. OMS; 2018.
  28. CEPAL N. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2018 [citado 21 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40155>
  29. Ortiz E., Vásquez G., Arturo M., Medina V. Protocolo de atención preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2018.
  30. Ojukwu O, Patel D, Stephenson J, Howden B, Shawe J. General practitioners' knowledge, attitudes and views of providing preconception care: a qualitative investigation. Ups J Med Sci. 1 de octubre de 2017;121(4):256-63.
  31. Je NJ, Choi SY. Effects of Web-based Preconception Health Promotion Program for Couples about to be Married. J Korean Acad Nurs. 2017;46(5):720.
  32. Sepúlveda Troncoso G, Palomino Zúñiga H, Cortés Araya J. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2016;30(1):17-25.
  33. Pongcharoen T, Gowachirapant S, Wecharak P, Sangket N. Pre - pregnancy body mass index and gestational weight, gain in Thai pregnant women as risks for low birth weight and macrosomia. Asia Pac J Clin Nutr. 2017; 25(04):810-817.
  34. Contributors Specia. Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can. 2017;37(6):534-549.

35. Torres Trujillo LE, Ángel Jiménez G, Calderon Higueta G, Fabra Arrieta JC, López Galeano SC, Franco Restrepo MA, et al. Knowledge and practices food in pregnant women, from municipalities of Antioquia, Colombia, 2010. *Perspect En Nutr Humana*. 2018;14(2):185–198.
36. Bayrami R, Latifnejad Roudsari R, Allahverdipour H, Javadnoori M, Esmaily H. Experiences of women regarding gaps in preconception care services in the Iranian reproductive health care system: A qualitative study. *Electron Physician*. 25 de noviembre de 2017;8(11):3279-88.
37. Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Univ Autónoma St Domingo Cent Cult Poveda [Internet]. 2006 [citado 23 de febrero de 2017]; Disponible en: [http://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013\\_11\\_22\\_18\\_50\\_06.pdf](http://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013_11_22_18_50_06.pdf)
38. Almeida Gacives W, Borges Acosta, M y Bolufé Vilaza, M. Acciones educativas para una sexualidad responsable en adolescentes desde la extensión universitaria. *Edumecentro* 2018, 8 (1), 174-180.
39. Muguercia Silva J, Ortiz Angulo L, Bertrán Bahades J, Kindelán Mercerón F. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. *Medisan* [Internet]. 2018 [citado 25 oct 2019]; 18(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192014000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. Rosell Juarte, E. Delgado Hernández, M. Trufero Cánovas, N. Riesgo reproductivo preconcepcional. *Archivo Médico de Camagüey*. 10(6). Centro Provincial de información de Ciencias Médicas de Camagüey. 2018 [recuperado el 10 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906005>
41. Herrear, V. Oлива, J. Domínguez, F. Riesgo reproductivo. 2019 [recuperado el 10 de enero de 2020]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.../riesgo\\_reproductivo.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.../riesgo_reproductivo.pdf)
42. Prendes Labrada, M. Guibert Reyes, W. González Gómez, I. Serrano Borges, E. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(4):360-6.

43. Cabrerizo Lorenzana S, Hidalgo Rodríguez N, González Sánchez S, et al. Educación sexual en la promoción de actitudes saludables en la adolescencia. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria. Asturias. 2018; p. 4-13. Disponible en: <http://seaponline.org./uploads/documentación/últimos documentos incorporados deseapa/propuesta.Adolescente.pdf>
44. Haro, M. "Mujeres Con Riesgo Preconcepcional Atendidas En El Hospital Regional Docente Ambato". Universidad Regional Autónoma De Los Andes Facultad De Ciencias Médicas 2018. Recuperado: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3504/1/TUAMED0052016.pdf>
45. De La Cruz, M. "Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el hospital ginecobstetrico enrique c. Sotomayor desde septiembre del 2016 a febrero del 2017". Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Obstetricia 2018: Recuperado. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>
46. De los Ríos Ángela. Programa de intervención educativa para modificar conocimientos sobre el riesgo preconcepcional en mujeres con esta condición. Tesis para optar por el título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Campechuela, Granma, 2015.
47. Rigol Ricardo Orlando. Obstetricia y Ginecología. 4ta Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2017.112-115.
48. Oлива J. Temas de Obstetricia y Ginecología. La Habana. LH: Editorial Ciencias Médicas; 4ta ed 2018.

**A N E X O S**

Anexo I

**Acta Consentimiento Informado**

Compañero (a) Paciente:

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

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

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

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

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

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

Anexo II

**Cuestionario de riesgo preconcepcional**

1. Sobre la consulta de salud ante el deseo manifiesto de iniciar una gestación señale verdadero (v) o falso (f)
  - a) \_\_\_ Factor positivo para la adopción de conductas saludables
  - b) \_\_\_ Propician el control o erradicación de factores de riesgo y el embarazo en el momento más oportuno
  - c) \_\_\_ Dirigidas a la modificación del riesgo en su contexto familiar
  - d) \_\_\_ No se
  
2. Señale verdadero (v) o falso (f) cuales de las siguientes opciones sobre uso del condón como medio seguro para evitar embarazos no deseados.
  - a) \_\_\_ Un método para evitar embarazo.
  - b) \_\_\_ Un complementario para realizarse en el laboratorio.
  - c) \_\_\_ Un método para prevenir el cáncer.
  - d) \_\_\_ Un tratamiento para conservar la belleza.
  - e) \_\_\_ No se
  
3. Señale verdadero (v) o falso (f) cuales de las siguientes opciones sobre factores nutricionales esenciales para un embarazo saludable.
  - a) \_\_\_ Presentar enfermedades que complican el embarazo como la hipertensión.
  - b) \_\_\_ Propicia la desnutrición del feto.
  - c) \_\_\_ Ausencia de ácido fólico en el organismo.
  - d) \_\_\_ Propicia alta en las cardiopatías y en las enfermedades vasculares cerebrales
  - e) \_\_\_ Puede condicionar la aparición de entidades como la desnutrición materna, anemia, enfermedad hipertensiva gestacional y la diabetes gestacional.
  - f) \_\_\_ No sé
  
4. Señale verdadero (v) o falso (f) sobre su conocimiento sobre conducta sexual de riesgo y su efecto en el proceso de concepción.
  - a) \_\_\_ Tener una pareja estable.
  - b) \_\_\_ Permite la aparición de embarazos a edades más tempranas.

- c) \_\_\_ Repercute en la aparición de un mayor número de adolescentes embarazadas.
- d) \_\_\_ Aparición de complicaciones durante el embarazo.
- e) \_\_\_ Bajo peso y restricción del crecimiento del neonato.
- f) \_\_\_ Aborto no deseado.
- g) \_\_\_ Placenta previa.
- h) \_\_\_ Rotura prematura de membranas.
- i) \_\_\_ Muerte fetal.
- j) \_\_\_ No se

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos.

Incorrectas: Contestar incisos.

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso

Incorrectas: Contestar inciso

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos

Incorrectas: Contestar incisos.

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos.

Incorrectas: Contestar incisos.

Calificación Final:

Correctas: Contestar 4 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

### **Programa de intervención educativa**

Las actividades de intervención comunitaria constan de 5 actividades que fueron impartidas todos los miércoles en horario de la mañana en un aula del Consejo Popular Oeste, municipio Morón. Estas se sustentan en la utilización de técnicas participativas, con actividades dinámicas, en las que predomina el aprendizaje desde lo emocional-afectivo y lo cognitivo-intelectual.

#### **Primer encuentro:**

Título: Importancia de la consulta de salud

Objetivo:

a) Definir aspectos generales relacionados la importancia de las consultas programadas sobre salud preconcepcional

Tipo de actividad: Conferencia.

Recursos: 1- Una computadora.

2- Sobres.

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

Técnica participativa: "La sorpresa".

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

En un segundo momento esta sesión tuvo como finalidad que las participantes se relacionaran entre sí y que en conjunto desarrollen actividades que les permitan comprender la importancia de las consultas programadas sobre salud preconcepcional, que comenzará a relacionarse con sus principales causas y consecuencias.

**Segundo encuentro:**

Título: Uso del Condón.

Objetivos:

- a) Conocimiento acerca de métodos de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
- b) El anticonceptivo (condón) como medida de protección contra las ITS.
- c) Explicar sobre la conducta sexual de riesgo y su efecto en el proceso de concepción

Tipo de actividad: Charla educativa.

Recursos: 1- Pancarta educativa.

2- Computadora.

Técnica participativa: charla de grupo

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

Desarrollo: Comenzará explicando a las participantes en que consiste la charla de grupo; en la misma cada miembro expondrá con sus palabras que significa para ellos un factor de riesgo, luego se procedió a explicar por parte del médico los diferentes tipos de métodos anticonceptivos y la importancia del condón como medio de anticoncepción y protección para las ITS.

Se expondrá las características de una conducta sexual de riesgo y su implicación en el embarazo precoz y en el producto de la concepción.

**Tercer encuentro:**

Título: Riesgo genético.

Objetivos:

- a) Identificar las complicaciones más comunes observadas en mujeres con riesgo genético en la gestación.

Tipo de actividad: Conferencia, charla educativa.

Recursos: 1- Una computadora.

2- pancartas y folletos educativos afines.

3- maqueta y condones.

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

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

En un segundo momento se pretendió que las participantes identificaran y tomaran conciencia sobre las complicaciones del embarazo en este riesgo. Se insistirá en la importancia de la consulta de atención primaria al estar embarazada y el seguimiento en las consultas prenatales.

#### **Cuarto encuentro:**

Título: Nutrición durante el embarazo

Objetivos:

- a) Explicar los factores nutricionales esenciales para un embarazo saludable.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Recursos: Láminas educativas.

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

Desarrollo: En un segundo momento realizaremos una charla educativa con el objetivo que identificaran y tomaran conciencia sobre todo lo que se puede hacer en materia de profilaxis y prevención de este riesgo; cambios en el estilo de vida, dieta saludable, insistiendo una vez más en la importancia de evitar los factores de riesgo, lo cual no solo beneficia a la gestante sino además al producto de su concepción. Se expondrá las complicaciones más comunes en mujeres con sobrepeso y obesas durante el embarazo.

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

#### **Quinto encuentro:**

Título: Culminación de la intervención.

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

Recursos: 1- Hojas en blanco.

2- Lápices.

Técnica Participativa: Despedida

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

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

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

