

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÀVILA

Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil de pesquería del área de salud de Gaspar.

Autora: Dra. Yanara Hernández Salomón.

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

2019

POLICLINICO DOCENTE “MARIO PAEZ INCHAUSTI”

GASPAR

CIEGO DE ÀVILA

Intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil de pesquería del área de salud de Gaspar.

Autor: Dra. Yanara Hernández Salomón

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Yaily Camacho González.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Profesor auxiliar.

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

2019

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 elevar conocimientos relacionados al riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil pertenecientes a la comunidad de pesquería del área de salud de Gaspar, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre mayo 2018 a mayo 2019. El Universo de estudio está constituido por 36 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 45 años. Se utilizó el procedimiento ANOVA de un factor que genera un análisis de varianza de un factor para una variable dependiente cuantitativa respecto a una única variable de factor. 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 el riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo. Predominaron las mujeres en edad juvenil y el nivel de escolaridad universitario. El nivel inicial de conocimientos sobre concepto de riesgo preconcepcional y factores de riesgo que lo indican, repercusión del mismo, se presentó inadecuado en la gran mayoría de las participantes del estudio, mientras que la mitad de la serie presentaba conocimientos aceptables sobre métodos de anticoncepción. En la totalidad de las variables estudiadas, así como en la evaluación global se logró una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos respecto a la evaluación inicial, por lo que se consideró efectiva la intervención educativa llevada a cabo.

Palabras clave: Intervención educativa, riesgo preconcepcional, mujer en edad fértil.

ÍNDICE

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
▪ Introducción.....	1
▪ Objetivos.....	5
▪ Marco teórico.....	6
▪ Método.....	17
▪ Análisis y discusión de los resultados.....	21
▪ Conclusiones.....	28
▪ Referencias bibliográficas	
▪ Anexos	

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, del producto o de ambos ¹.

Se conoce que en toda la sociedad hay individuos cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que la de otros. Estos grupos, conocidos como vulnerables, pueden y deben ser identificados, en la medicina preventiva para que, al conocer el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad del daño. Son muchos los factores relacionados con el estilo de vida que pueden aumentar el riesgo de posibles problemas. Las gestantes de riesgo, constituyen del 20 al 30 % del total de embarazadas y son responsables de un 70 a un 80 % de mortalidad perinatal ^{2,4}.

Los factores que afectan el embarazo son múltiples y muchos pueden ser identificados en la primera consulta, sin embargo, otros requieren un control constante durante el embarazo. Con frecuencia se disminuye al mínimo el riesgo al identificar esos factores y modificar la conducta. Algunos factores afectan el bienestar de la mujer durante el largo entre embarazo, mientras que otros son específicos del mismo ^{5,9}.

Según la organización mundial de la salud el 35 % de las familias en América Latina viven en extrema pobreza por lo que las condiciones de vida son pésimas no cuentan con medios de difusión que les permitan informarse, además de no contar con recursos para prevenir un embarazo donde en la mayoría de los casos se ven afectados 20 % de los recién nacidos, el 10 % de las madres sufren graves consecuencias, las cuales podrían haber sido evitadas. En el mundo de 226 millones de mujeres cerca del 40 % sufre algún factor de riesgo que pone en peligro la vida del binomio ^{8,9}.

El riesgo preconcepcional 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 de su futuro hijo si se involucran en el proceso reproductivo. Por lo que se tienen

en cuenta diversos factores que influyen de manera significativa sobre el binomio ^{5,9}.

En la primera mitad del siglo XX los partos constituían un alto riesgo para la mujer embarazada, determinando un elevado número de muertes maternas, sólo después de 1950 se abre camino a una nueva preocupación universal, el riesgo de vida fetal ^{10,11}.

El médico actual al realizar estudios de riesgo en la atención primaria entiende que determinados individuos, familias, grupos, colectivos o comunidades tienen mayor probabilidad de presentar problemas de salud debido a la existencia de determinadas características llamadas factores de riesgo ¹².

El 48 % de las mujeres latinoamericanas en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utilizan ningún método anticonceptivo. Sólo 9,36 % hacen uso de la píldora como método, cuando en Europa un 33% eligen la misma, el 23,2 % prefiere la esterilización para prevenir su embarazo y tan sólo el 6 % usa el preservativo. La salud materna infantil es uno de los indicadores que se utiliza 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. Cuba muestra hoy indicadores comparables con países desarrollados. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de las mujeres en edad fértil, donde existen mayores riesgos relacionados con la gestación ^{12,15}.

El riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a mujeres en edad reproductiva no embarazadas, que por la presencia de condiciones o factores de riesgo tienen la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro hijo. ¹⁶.

El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo. La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y educación con

finés de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad ^{6,7}.

Estudios en otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno-infantil ^{8,9}.

Diferentes foros a nivel mundial han trazado planes para una maternidad segura y una infancia feliz. El riesgo se define como "la probabilidad de sufrir un daño no deseado, temporal o definitivo." Esta posibilidad de complicación es diferente y específica para cada factor predisponente, por lo cual, se han concebido programas y acciones de salud para reducir el efecto nocivo de dichos factores sobre la calidad de vida, un parto satisfactorio y la obtención de un individuo íntegro y capaz. Se estima que entre el 15 y el 30 % de las mujeres cubanas cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años, tienen alguna condición, afección o conducta que permita clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional real. Al tomar en consideración que en nuestro medio la identificación del riesgo constituye un problema de salud al incrementar, si no se efectúa, la morbilidad materno fetal ^{22,26}.

El médico o la enfermera en la comunidad detectan el riesgo de la población femenina en edad reproductiva y actúa sobre ella, con la cooperación de la comunidad y la gestión intersectorial. Las consultas de planificación familiar en la atención primaria de salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo que le permite mayor eficacia en la orientación, la consejería y la disponibilidad de los recursos ²⁹.

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.

Sin embargo, en Cuba, con el Triunfo de la Revolución, la mejoría de las condiciones de vida y alimentación y la implantación de un sistema de salud gratuito, accesible a todos equitativamente, se logró disminuir la prevalencia de dichos factores. En nuestro país se realizan a diario numerosas investigaciones para tratar de identificar y modificar estos factores de riesgo ¹⁰.

En Cuba en la Atención Primaria de Salud (APS), existe un programa para el control del riesgo preconcepcional que se desarrolla en los Consultorios Médicos de Familia, se centraliza a nivel del policlínico y tiene como objetivo fundamental, incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. Este programa establece una negociación entre la pareja o la mujer, sobre sus factores de riesgo, o sea en la Atención Primaria de Salud se trabaja en el perfeccionamiento de la atención, en la calidad de los procesos y de los servicios en función del riesgo reproductivo ⁴.

Desde el año 1984 se involucró la atención a este programa, desde los consultorios médicos y enfermeras de la familia, luego, a partir del 1991 se desarrolló un plan de consulta especializada para la planificación de la familia, a través de la cual se ha podido trabajar en función de controlar esta actividad⁵.

Es conocido que los factores que afectan el embarazo son múltiples y muchos pueden ser identificados en la primera consulta, sin embargo, otros requieren un control constante durante el embarazo. En la provincia de Ciego de Ávila no se está exento de tal situación, con frecuencia se disminuye al mínimo el riesgo al identificar esos factores y modificar la conducta, sin embargo algunos factores afectan el bienestar de la mujer durante el laxo entre embarazo, mientras que otros son específicos del mismo.

Según estudios estadísticos realizados en el municipio Baraguà área de salud Gaspar muestran un alto índice de mujeres en edad fértil dispensarizadas en el grupo II por riesgo preconcepcional, el área de pesquería no está ajena a esta situación, motivo por el cual se propuso la realización de la intervención educativa. Para alcanzar una idea más clara de la importancia y necesidad que hay de tener tanto en la identificación temprana como en el correcto seguimiento que deben hacerse en este grupo de mujeres del RPC, para lograr mejores indicadores del programa de atención materno infantil.

Problema: ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil pertenecientes a la comunidad de pesquería del área de salud de Gaspar, Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de pesquería del área de salud de Gaspar, Ciego de Ávila.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las féminas del estudio sobre riesgo preconcepcional.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional.
4. Evaluar el nivel de conocimientos después de la intervención.

MARCO TEÓRICO

En Cuba se han alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias para alcanzar un desarrollo integral que genere el fomento de una vida saludable. Desde hace más de cuatro décadas se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social basado en la equidad y derechos de todas las personas a la salud y el bienestar que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades ^{26,29}.

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 ³².

Para la OPS, la salud 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 ³³.

La Organización Mundial de la salud interpreta el concepto de Salud Reproductiva como “el estado de completo bienestar físico mental y social del individuo, que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables”, entendido como tal el proceso cíclico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescentes, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida. Se trata entonces de salud y

de calidad de vida en todo el ciclo vital que repercute de forma directa en la reproducción humana, no sólo visto como ausencia de enfermedad en el proceso reproductivo ³⁴.

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, lo anterior fue valorado y apoyado en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en mayo de 1994 en el Cairo, Egipto, donde Cuba participó ³⁵.

La adolescencia cubana tiene particularidades específicas con respecto a la adolescencia de otras partes del mundo, casi toda la población adolescente en el país está escolarizada, se desarrollan en el ambiente escolar y el grupo de la escuela constituye el ejemplo a seguir en su comportamiento, esta característica y una acelerada maduración biológica de los adolescentes han favorecido un inicio precoz de las relaciones sexuales con su consecuente exposición a diferentes enfermedades ya sea del orden de lo somático como de lo psicológico y social y en muchas ocasiones hasta embarazos no deseados con todas las consecuencias que para el adolescente, la familia y la sociedad esto acarrea ³⁵.

En la mayoría de los casos los/as adolescentes y jóvenes no conocen a qué se factores de riesgo se exponen en una situación de embarazo en esta edad ni cómo prevenir la situación una vez comenzada su vida sexual activa por lo que se considera necesario educar en este sentido ³⁵.

El factor de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen ²⁹.

Se habla de utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte evitables o reducibles si se emprenden acciones antes de que ocurran

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. Representa el riesgo individual ^{26,29}.

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la comunidad. Su conocimiento es muy importante para los responsables de salud del área, municipio o provincia cuando deben reducir la relevancia de factores de riesgo en la población ²⁹.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos ^{29,42}:

Relación causal. El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ej.: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubeola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.

Relación favorecedora. En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ej.: la gran multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.

Relación predictiva o asociativa. Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ej.: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más peligro de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan ⁴².

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tiene una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo ⁴².

El diseño del ejercicio de diagnóstico de salud en cada consultorio toma en cuenta una gestante que, en el momento de la captación, no tiene seguimiento continuo pre-concepcional o pre-gravídico.

La identificación temprana de estos embarazos de riesgo permite racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo ⁴².

La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de éstos, así como la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de éste se refiere; puede ser antes de comenzar una gestación por haber sido planificada por la pareja o la mujer o a iniciarse en la captación, mediando una negociación con la pareja o concretamente con la mujer ³².

El diagnóstico de alto o bajo riesgo puede comenzar antes de la gestación y se sigue haciendo hasta después del parto, incluso previene complicaciones en el puerperio ^{43,45}.

En muchas gestantes la atención al riesgo y su modificación viene desde su clasificación en la consulta de atención pre-concepcional, con el mismo equipo de salud, línea de desarrollo que se pretende generalizar como atención de calidad para el mediano y alto riesgo obstétrico ⁴³.

Las consultas ulteriores, en el caso del grupo de alto riesgo, deben incluir todo lo necesario para mejorar el ambiente materno y fetal y realizar un control cuidadoso del bienestar de ambos ⁴⁴.

Luego del examen inicial y la clasificación de los factores de riesgo, las consultas posteriores servirán, entre otros objetivos, para controlar la aparición de los factores de riesgo que no fueron evidentes en la primera consulta o que, por su carácter, son de aparición más tardía durante el embarazo ⁴⁴.

Mientras dura el embarazo se está haciendo el diagnóstico de riesgo. Así pues, continúa la detección de éste o su complementación diagnóstica durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e, inclusive, durante el puerperio ⁴⁴.

Detección del alto riesgo durante las consultas pre-natales.

Para la clasificación del riesgo en las consultas pre-natales y en los principales momentos de la atención obstétrica y para la reclasificación en gestantes con riesgo pre-concepcional ⁴⁶.

Bajo riesgo: déficit nutricional III y IV, antecedente de muerte perinatal, incompetencia ístmico-cervical, parto pre-término y/o bajo peso previos, parto previo con isoimmunización, antecedentes de pre-eclampsia-eclampsia, antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta, cesárea anterior u operación uterina ⁴⁶.

Alto riesgo: Tumor de ovario, hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes mellitus, cardiopatía, procesos malignos, anemia por hematíes falciformes, neumopatías, enfermedad del tiroides, hepatopatías, epilepsia ⁴⁶.

Cada visita pre-natal es una oportunidad para descubrir una anomalía que puede originar dificultad para la madre, el producto o ambos y constituir un factor de riesgo ⁴⁷. Estos se pueden resumir en: Edad < de 18 ó \geq 35 años, paridad > 3, intervalo íter-genésico < 1 año, déficit socio cultural, déficit nutricional II, hábitos tóxicos, aborto habitual y abortos voluntarios a repetición, recién nacido anterior con más de 4 200 gramos de peso, citología vaginal anormal, malformación anterior o trastornos genéticos, retraso mental, estatura < 150 cm, presión arterial de 120/80 en la primera mitad del embarazo, retinopatía (corresponde habitualmente a diabetes o hipertensión), trastornos circulatorios periféricos, infecciones cérvico-vaginales ⁴⁶.

La evaluación durante el embarazo puede dividirse en niveles: Niveles de atención según riesgo en el parto.

Los trastornos que se señalan a continuación aumentan el riesgo en el trabajo de parto, debe establecerse los niveles de atención siguientes ^{45,47}: Nivel I (sin riesgo aparente), gestación de 37 a 42 semanas, progresión normal del parto, edad > 16 años, presentación cefálica, líquido amniótico claro,

Objetivos: Identificación de la paciente de alto riesgo. Proveer control prenatal a las pacientes de bajo riesgo. Integración funcional con niveles de atención prenatal de mayor complejidad. Iniciar el proceso de captación de información perinatal ^{48,49}.

Recursos técnicos: Un tensiómetro. Un aparato para peso y talla. Un aparato Doppler para escuchar ruidos cardiacos fetales. Laboratorio clínico de apoyo.

Dirigido: Todas las embarazadas del área de influencia.

Consultas especializadas para gestantes de riesgo obstétrico elevado en el nivel primario y / o secundario de atención: Estas consultas pueden ser realizadas tanto en el nivel primario como en el secundario de atención. Lo que debe tenerse en cuenta es que sean ofrecidas por personal calificado y que se cuente con los recursos materiales necesarios que garanticen el máximo de seguridad en la toma de conductas acertadas ^{45,51}: Hipertensión arterial en el embarazo, factor Rh negativo sensibilizado, diabetes o endocrinopatías en el embarazo, malnutrición, restricción del crecimiento intrauterino, cardiopatías, hemoglobinopatías.

Educación y promoción de salud ⁴⁹, para esto es necesario:

Promover el hábito de asistir regularmente al control prenatal.

Aprendizaje de signos sospechosos (malestar general, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, edema matinal, facial o de las manos).

Instrucción acerca de la necesidad de evaluación inmediata por un obstetra cuando se presenten los signos sospechosos.

Evaluación por nutricionista y establecimiento de una dieta balanceada en su contenido calórico y proteico.

Mujeres con enfermedad subyacente y con embarazos múltiples deben tener control prenatal cada dos semanas. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener control prenatal cada cuatro semanas, hasta la semana 32; luego cada 15 días hasta la semana 36 y posteriormente semanalmente hasta la semana 40. Ecografía cada trimestre del embarazo. Exámenes de laboratorio: las mujeres con enfermedad subyacente deben tener, además del laboratorio prenatal básico, exámenes complementarios para hacer una evaluación de base de los órganos o sistemas comprometidos por dicha patología. Mujeres con otros factores de riesgo deben tener únicamente el laboratorio prenatal básico ⁵⁰⁻⁵⁹.

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. Así, puede comprenderse cómo puede influir la

sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de métodos anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, etcétera^{51,59}.

El deseo o no de limitar el número de hijos y cuándo tenerlos, no cuenta a veces con la motivación suficiente de la pareja para llevar a cabo este propósito, y por ello, la anticoncepción se usa a veces de forma inadecuada; no obstante, existen métodos anticonceptivos de bajo costo y fácil acceso que pueden vencer actitudes ambivalentes y de poco control en determinados grupos⁵¹⁻⁵⁹.

En Cuba, con el modelo de atención primaria llamado Medicina en la Comunidad, se logra una profundización en el estudio de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población. La vulnerabilidad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, ambientales, sociales, psicológicas, etcétera, las que reunidas confieren un riesgo particular de sufrir una enfermedad en el futuro⁵¹⁻⁵⁹.

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema de las enfermedades reemergentes no escapa a esta tendencia^{27,28}.

Se define la intervención educativa como: “una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general”²⁷.

Objetivos de la intervención: La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la

intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos ²⁷.

Contenido de la intervención: Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas ^{27,28}.

Destinatarios de la intervención: A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio ²⁰.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación: El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado. El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización. El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma. El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera ³⁰.

Funciones de la intervención

Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.

Preventiva: está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste

en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades ³¹.

Desarrollo: no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.

Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social ^{32,36}.

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficits en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social) ³⁷.

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

Entre profesionales.

Para profesional (colaboradores del profesional), como la investigación realizada, en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre la Dra. Ochandategui Camejo expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el

85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95% ³⁸.

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social ³⁸.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación ³⁹. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).

Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera) ³⁹.

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 % ³⁷. Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa ⁴⁰.

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario ⁴⁰.

Carácter científico de la intervención

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar o falsar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios ⁴⁰.

Hipótesis de investigación: El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes a la comunidad de pesquería del área de salud de Gaspar, Ciego de Ávila.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados al riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil pertenecientes a la comunidad de pesquería del área de salud de Gaspar, Ciego de Ávila; en el periodo comprendido entre mayo 2018 a mayo 2019.

Universo y muestra

La Universo de estudio está constituido por 36 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 36 años pertenecientes al área de salud de estudio en Ciego de Ávila en el periodo comprendido para este. Se trabajó con la totalidad de las féminas del universo por cumplir con el criterio de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterio de inclusión:

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

Criterio de exclusión:

1. Mujeres que presenten algún impedimento físico o mental.

Criterio de Salida:

1. Abandono por decisión propia.

Métodos

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

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó la encuesta inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (ver anexo II), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con riesgo preconcepcional en la muestra de estudio; luego de esto se aplicó en un segundo momento la encuesta, después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

Aplicación de la estrategia educativa: constó de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

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

Etapa de intervención propiamente dicha: la muestra fue conformada por un grupo de 36 mujeres. La intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollaron 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapa evaluación: se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial, 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.

Charla educativa: Variante abreviada de la clase la cual debe ser preparada convenientemente. La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de los participantes.

Animación: Objetivo principal es animar, crear un ambiente fraterno y participativo. Estas técnicas deben ser activas, tener elementos que permitan relajarse a los participantes, deben tener presente el humor.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y dispersión	Según años cumplidos.	Media y desviación estándar.
Nivel de escolaridad.	Cualitativa continua ordinal	Primaria sin terminar. Primario. Secundario. Preuniversitario Universitario.	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado. Inadecuado.	Según aplicación del cuestionario antes y después (ver anexo II).	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Plan de análisis de los resultados

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

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de media y desviación estándar. Para el análisis de los datos se utilizó el procedimiento ANOVA de un factor que genera un análisis de varianza de un factor para una variable dependiente cuantitativa respecto a una única variable de factor. El análisis de varianza se utiliza para contrastar la hipótesis de que varias medias son iguales.

H_0 : Ninguna de las medias evaluadas son significativamente diferentes entre sí.

H_1 : Al menos dos de las medias evaluadas son significativamente diferentes entre sí.

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 el riesgo preconcepcional, antes y después de la aplicación del programa educativo.

Aspectos éticos

Se pidió a todas las encuestadas seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, el sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

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

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Mujeres según sexo y edad. Ciego de Ávila. 2018-2019.

Nivel educativo	N	%	Edad				p*
			Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	
Primaria	3	8,3	23,0	4,6	18	27	0,874
Secundaria	10	27,8	24,4	3,4	17	28	
Preuniversitario	17	47,2	24,8	4,2	19	32	
Universitario	6	16,7	27,7	7,4	24	36	
Total	36	100,0	24,7	4,5	17	36	

*ANOVA de un factor

Fuente: cuestionario

La tabla 1 muestra la distribución de participantes según el nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de las edades.

Se pudo observar que el nivel de escolaridad preuniversitario resultó el más frecuente con 17 de las féminas para un 47,2% del total, seguido por el nivel secundario y universitario con 10 y 6 mujeres por ese orden que representaron el 27,8% y el 16,7% respectivamente.

La media general de edades de la serie fue de 24,7 años con una desviación estándar de 4,5 años y valores mínimo y máximo de 17 y 36 años por ese orden. Las medias de edades según nivel de escolaridad vencido, no resultaron significativamente diferentes entre sí.

Las intervenciones educativas para el riesgo reproductivo son una metodología que se ha comenzado a incorporar como estrategia de prevención en los últimos años, debido a su bajo requerimiento de recursos (humanos y materiales), como la necesidad de aumentar el nivel educativo en la población objetivo, a sabiendas que una población educada en salud mejora sus conductas preventivas. Sin embargo, es importante considerar los recursos con los cuales se cuenta, las características de la población a intervenir (ej. nivel educativo) y la factibilidad de la aplicación de la tecnología sobre el tema que se desea educar. Las sesiones de discusión y los folletos educativos parecen ser las estrategias más ampliamente utilizadas, debido probablemente a que su bajo costo las hace accesibles y asegura la entrega de la información necesaria. La importancia final radica en la elección de una metodología que

garantice la retención de los contenidos entregados en la población beneficiada
60,61 .

Mainegra y col.⁵⁹ en un estudio similar publicado en Sancti Spíritus en el año 2013, en el cual se observó que entre las edades de 31 a 40 años se encontraba el 59,6% de las féminas que se embarazan en este periodo, seguido por las edades de 21 a 30 años con el 25,5% y solo el 4,2% se ubicaba en las edades de 40 o más años.

Tabla 2. Concepto de riesgo preconcepcional y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	9	25,0	18	50,0
Inadecuado	27	75,0	18	50,0
Total	36	100,0	36	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,035$

En la tabla 2, se investigó sobre el conocimiento que presentaban las féminas que conformaban la muestra sobre el concepto de riesgo preconcepcional. Se obtuvo como resultado que antes de la intervención el 75,0% no tenía conocimientos elementales sobre dicho concepto y después de la misma el 50,0% adquirió los conocimientos adecuados sobre la temática, mientras que la otra mitad mantuvo el desconocimiento previo. Se observó una modificación porcentual positiva y significativa en la prueba estadística.

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción, es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el que se define como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez^{62,63}.

Tabla 3. Factores de riesgo que señalan riesgo preconcepcional y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	9	25,0	20	55,6
Inadecuado	27	75,0	16	44,4
Total	36	100,0	36	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,019$

En la tabla 3, se indagó sobre aspectos puntuales que constituyen riesgo preconcepcional; se obtuvo que, al igual que en la tabla 1, un 75,0% de las mujeres antes de la intervención tenía desconocimiento de dichos factores de riesgo, pero después de la capacitación el 55,6% alcanzó un conocimiento adecuado sobre el tema. La prueba de McNemar indicó una modificación significativa de los datos en las evaluaciones antes y después que resultó positiva en el análisis porcentual.

Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, entre estas, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, es que la mujer en edad fértil que desee tener un hijo, llegue al embarazo en buen estado de salud (biológico-psicológico y social); con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo, presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional ⁶⁰.

Asumir un embarazo sin conocer los riesgos y sin tener el apoyo de la pareja puede resultar difícil para la mujer ya que su estado emocional se modifica, de ahí que sea un aspecto importante la puesta en práctica del programa de Maternidad y Paternidad Responsable en el cual se trabaja para involucrar no sólo a los futuros padres, sino también a la familia en este paso tan trascendental, en la vida de cualquier individuo ^{63,65}.

Por otro lado, Rayburn WF y Phelan ST ⁶⁶, refieren que el asma bronquial y la hipertensión arterial, así como de Chuang CH y colaboradores ⁶⁷, que diagnosticaron la obesidad, seguida de las cardiopatías y la diabetes mellitus como los riesgos preponderantes que más influyen en el riesgo preconcepcional.

Tabla 4. Métodos de anticoncepción y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	50,0	30	83,3
Inadecuado	18	50,0	6	16,7
Total	36	100,0	36	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,002$

En la tabla 4 se midieron los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Antes de la intervención el 50,0% de las mujeres presentó un conocimiento inadecuado sobre el tema, pero después de la misma solamente el 16,7% persiste con los conocimientos inadecuados, mientras que el 83,3% de la muestra alcanza conocimientos adecuados. La modificación alcanzada resultó positiva y significativa según el resultado de la prueba estadística utilizada.

Respecto a este elemento son pocas las parejas que consideran que controlar los embarazos no es sólo responsabilidad de la mujer, por lo tanto en aquellos casos en los que aún no se ha decidido la esterilización femenina y resulta incompatible la utilización de otro método femenino los hombres pueden apelar al uso de los dispositivos propios para su sexo, con el propósito de ayudar también desde su género al control del riesgo preconcepcional, la mayoría de las mujeres refieren no asistir a ninguna consulta de planificación familiar, desestimando el posible peligro o gravedad para un futuro ^{63,64}.

En el estudio de González Reyes ⁶⁸, esta refiere 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%, resultados similares se encontraron en el presente estudio.

Tabla 5. Repercusión del riesgo preconcepcional y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	36,1	24	66,7
Inadecuado	23	63,9	12	33,3
Total	36	100,0	36	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,013$

En la tabla 5, se muestran los conocimientos sobre repercusión del riesgo preconcepcional. Antes de la intervención el 63,9% de los adolescentes desconocía elementos esenciales sobre este tema, después de la misma, el 66,7% adquirió conocimientos adecuados y solo 12 para un 33,3% mantenía su desconocimiento. La modificación porcentual observada resultó significativa con un resultado de la p calculada, muy inferior a 0,05.

El servicio de planificación familiar y riesgo preconcepcional tiene dentro de sus funciones las de asesorar la organización de diferentes actividades relacionadas con la atención integral a la mujer, para ello cuenta con un área funcional responsabilizada con diseñar, orientar controlar y evaluar la estrategia de atención integral al riesgo reproductivo preconcepcional, la coordinación y planificación con los proveedores de los aseguramientos logísticos relacionados con la anticoncepción y el perfeccionamiento centralizado, dirigido a especialistas de Ginecobstetricia, Médico y Enfermeras de la familia y los GBT que dan seguimiento a investigaciones y temas específicos relacionados con la salud sexual y reproductiva y en especial al riesgo reproductivo preconcepcional ^{63,64}.

Tabla 6. Conocimientos global riesgo preconcepcional y momento de evaluación.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	13	36,1	26	72,2
Inadecuado	23	63,9	10	27,8
Total	36	100,0	36	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,001$

Teniendo en cuenta la importancia sobre riesgo preconcepcional, se indagó el nivel de conocimientos general sobre este tema en la tabla 6. En la misma se refleja que antes de la intervención el 63,9% de las féminas presentaba un conocimiento inadecuado sobre este tema, sin embargo, después de la intervención 26 pasaron a tener un conocimiento adecuado (72,2 %) y solamente el 27,8% persistió con conocimiento inadecuado con una modificación significativa y positiva de los datos.

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 72,2% de las participantes consideró que poseía conocimientos sobre el riesgo preconcepcional. Similares resultados fueron encontrados en el estudio de González Reyes ⁶⁸, realizado en Ciego de Ávila, Cuba, donde se demostró la efectividad del programa para elevar el nivel de conocimiento acerca del riesgo preconcepcional en mujeres en edad reproductiva, lo que favorecerá un comportamiento responsable en este sentido.

Cabe señalar que 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 las adolescentes y jóvenes en edad reproductiva 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.

CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres en edad juvenil y el nivel de escolaridad preuniversitario. El nivel de inicial de conocimientos sobre concepto de riesgo preconcepcional y factores de riesgo que lo indican, repercusión del mismo, se presentó inadecuado en la gran mayoría de las participantes del estudio, mientras que la mitad de la serie presentaba conocimientos aceptables sobre métodos de anticoncepción. En la totalidad de las variables estudiadas, así como en la evaluación global se logró una modificación positiva y significativa del nivel de conocimientos respecto a la evaluación inicial, por lo que se consideró efectiva la intervención educativa llevada a cabo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hatcher Plubar." La planificación familiar". Primera edic. 2014 EE.UU.
2. Ramos B. N Y Adeleguia J."Medicina Social Y Salud Publica". Edit. Pueblo Y Educación, La Hab. 1990.
3. Prendes M, Lescay Q. Guibert W." Planificación De La Familia". Rev. Cubana MGI 1998.
4. Toledo Curbelo y colaboradores." Salud Pública". Libro De Texto Básico De La Asignatura Salud Pública. Ecimed. La Hab 2000.
5. Requeir J R Odriguez." Comportamiento Del Riesgo Preconcepcional". Rev. Cubana. 2000.
6. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015, 26(2):82-6.
7. Del Monte E, Viñas C, González N, Lantigua A. Reflexiones sobre la atención a personas con defectos genéticos en el nivel primario de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(2):194-7. [Consultado 1 enero 2018]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi15200.htm
8. Swardekar KP. Genetic analysis of lethal congenital malformations causing perinatal mortality at Nisswa Hospital, Oman. Clin Genet. 2014;66(3):239-43.
9. Montoya D, Gómez G, Isaac LM, Juez LM, Torres V. Evaluación del sistema de vigilancia de anomalías congénitas en el municipio II Frente, primer trimestre del 2001. MEDISAN. 2002; 6(3):72-77. [Consultado 12 marzo 2017]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san15302.htm
10. Cabrera Y, Ortega M, Orsay MC, Sanz L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4).
11. Botella Llusía J, Núñez Clavero A. Tratado de ginecología. 10 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987; t1:597.
12. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Mirabal JE. Riesgo obstétrico o materno fetal. En: Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1990; t5:455.

13. Varona de la Peña F, Hechavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015.
14. Gómez Jiménez. C A, Hernández DíazM, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control Rev Cub Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(1).
15. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. 2009 abril. [Consultado 24 abr 2018]; Disponible en: URL: www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV.
16. Florinda Varona de la Peña, Nerys Echavarría Rodríguez. Nora M. Orive Rodríguez. Pesquisa de los Riesgos Preconcepcionales y Prenatales. Revista Cubana de Ginecológica Ciudad de la Habana octubre-diciembre 2011.
17. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra J, Lemus Lago ER, Batista Molinea R. Temas de Medicina General Integral. Vol.2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 80.
18. Castro GE. Mortalidad materna y factores de riesgo. Medellín. Colombia, 2014. 3.
19. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
20. García Pérez AA, García Bertrand F. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. Rev Hab Cien Med [Internet]. 2012 [citado 25 Feb 2018];11(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Lugones BM. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2000; 26(2): 112-117.
22. Chaviano Quesada J, López Sosa D. Edad mareña, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev. Cubana Aliment. Nutr 2000; 14(2): 94-9.
23. Cunningham FG; Mc Donald PC; Gant NF. Williams Obstetricia 21ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.p.173-87.

24. Regueiro Naranjo J. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. La Habana 1998; 14(2): 160-4.
25. Fernández Sordo T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional: Ciudad de la Habana; 2004, [Consultado: 14 de ener 2018]; Disponible en: www.ilustrados.com.
26. La educación en salud reproductiva del adolescente se fortalece. Investigación operativa. Resumen 22. Rev Méx adolesc. 2015.
27. ¿QUÉ ES LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA? [PÁGINA EN INTERNET].UPN; 2009 [CITADO 29 OCT 2016] [APROX. 4 PANTALLAS]. DISPONIBLE EN: [HTTP://UPNINTERVENCIONEDUCATIVA-TERE.BLOGSPOT.COM/](http://UPNINTERVENCIONEDUCATIVA-TERE.BLOGSPOT.COM/)
28. Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leyva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico “José Martí”. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2018]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010.
29. Yanet Cabrera Cao, Myrna Ortega Blanco, María de la Concepción Orbay Araña y Licett Sanz Delgado. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. 2006.
30. Puerta E. Aprendizaje autogestionado asistido (AAA). Bogotá: Santillana; 2005.
31. UNESCO. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior; Paris; 1998. Material docente del modulo de postgrado. [documento no publicado].
32. Organización Mundial de la Salud. Carta de Otawa para la promoción de la salud [página en Internet]. Otawa: Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud; 2016. [citado 4 Feb 2018] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
33. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad técnica de Salud y Desarrollo del adolescente. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes [página en Internet]. Washington: Fundación WK. Kellog; 2014 [citado 4

Feb 2018] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spahish/HPP/HPF/ComSocial.pdf>

34. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación de la OMS para Cuba. Representación de la OPS/OMS. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2017.
35. Peláez Mendoza J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. La Habana: Editorial-Científico Técnica; 2015.
36. Isolina Cardozo SM, Marcelo Andino G, Brunnetti Esquivel AB, Espindola E. Efectividad de los métodos activos como estrategia de enseñanza-aprendizaje en grupos grandes y heterogéneos. Educ Med Super [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2017]; 22(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000100004&lng=es
37. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [página en Internet]. La Habana: MINSAP; 2005. [citado 29 Oct 2017] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en:
<http://intranet.sld.cu/areas-del-cnicm/servicios-especiales-de-informacion/departamento-de-fuentes-y-servicios-de-informacion/archivo/proyecciones-salud-hasta-2015/proyecciones-de-spc-para-2015-documento-de-trabajo.doc/view>
38. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de trabajo. La Habana: MINSAP; 1999.
39. Educación Avanzada; 2004
40. Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2005 [citado 29 Oct 2016]; 31(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. Med Clin North Am 2014; 80 (2): 337-73.
42. Faneite P, González M, Rivera C, Linares M, Faneites J. Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. Rev Obstet Ginecol Venezuela 2015; 60(4): 22-8.

43. Tapia Curiol A, Oropesa Casillas F. Embarazo de la adolescente y su apoyo psicosocial. *Boletín Adolescencia de la UIESSA*, Guadalajara, México 2014; 1(3): 3.
44. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2000. Preconception care of women with diabetes. *Diabetes Care* 2014; 23 (Supl 1). [Consultado: 20 de dic de 2018]; Disponible en: <http://journal.diabetes.org/FullText/Supplements/DiabetesCare/Supplement100/S65.htm>.
45. Rafael TJ, Hoffman MK, Leiby BE, Berghella V. Gestational age of previous twin preterm birth as a predictor for subsequent singleton preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;206(2):156.e1–156.e6
46. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2014; 379(9832):2162–2172.
47. Choi YY, Song ES, Kim YH, Song TB. Analysis of high-risk infant births and their mortality: ten years' data from Chonnam National University Hospital Medical School, Gwangju, Korea. *Chonnam Med J*. 2014;47(1):31–38
48. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 million neonatal deaths – what is progressing and what is not? *Semin Perinatol*. 2014; 34(6):371–386.
49. El nacimiento de una familia: seguimiento de la gestación desde un enfoque familiar. En: McDanie S, et al. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. 1ª ed. Springer 1998; 119-38.
50. Gupta N. Perinatal mortality: an analysis of causes and strategies. *Indian Med Assoc*. 2014;109(4):245–246, 255–257
51. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: Association between maternal body mass index and spontaneous and indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2014;192:882–886
52. Cole TJ, Hey EN, Richmond S. The PREM score: a graphical tool for predicting survival in very preterm births. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2014, Ed 95: F14–9

53. de Dios Moccia A, Medina Milanese R. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. Rev Med Uruguay. 2016; 22(3):185-190.
54. Tsai HJ, Liu X, Mestan K, Yu Y, Zhang S, Fang Y, Pearson C, Ortiz K, Zuckerman B, Bauchner H et al: Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphisms, and preterm delivery: new insights on GxE interactions and pathogenic pathways. Hum Genet 2014, 123(4):359-369
55. Stillerman KP, Mattison DR, Giudice LC, Woodruff TJ: Environmental exposures and adverse pregnancy outcomes: a review of the science. Reprod Sci, 2014, 15(7):631-650
56. Capitán Jurado, M., Cabrera Vélez, R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam v.11 n.4 Madrid abr. 2014.
57. Acosta Cuéllar A.C y colaboradores. Comportamiento de factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil, policlínico docente comunitario Dr. Carlos J. Finlay en la ciudad de Camagüey de enero a diciembre del 2016 36(1):1-3.
58. Tirado Armas, Y. asistencia preconcepcional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto. 2013.
59. Mainegra R. M, Pérez R. N, Dr. Cruz Á. T, Betancourt C. O. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2013; 13(2).
60. Beckfort. H. V, Taureaux. D. N. Riesgo preconcepcional, en mujeres en edad fértil, consultorio no 6, policlínico plaza de la revolución, 2008. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8.
61. Toribio Morejón MJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill S. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del policlínico "Carlos Verdugo. RevMéd Electrón [serie en Internet] 2008 [Consultado: 8 de enero de 2018]; 30(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>

62. Quintero Paredes PP, RegalLourido I, Quintero Paredes MM. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlinico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Ro. BoletMed Gen Integral [serie en Internet] 2007 [Consultado: 8 de enero de 2018];11(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mqi/bol-mqi1111/index.htm>
63. Leyva S. M, Medina S. M, Carralero Z. M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Policlínico René Ávila Enero. Habana. 2007- 2008.
64. Lugones Botell M." El Riesgo Preconcepcional Y La Planificación Familiar. Como Estrategia De Salud Del Médico De Familia". Rev. Cubana. MGI. En Presa. 1985 29.
65. Nelson SM, Fleming RF. The preconceptual contraception paradigm: obesity and infertility. Hum Reprod. 2017 Apr; 22(4): 912-5. [Consultado: 12 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/22/4/912.full.pdf+html>.
66. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014 Sep;35(3):385-400. [Consultado: 11 de feb de 2018]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18760226>.
67. Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS, Rayburn WF. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. Prev Med. 2015; 53 (1-2):85-8. [Consultado: 20 de enero de 2018]; Disponible en: <http://www.womenshealthcoe.psu.edu/documents/The%20relationship%20between%20pregnan>.
68. González Reyes Y, y colaboradores. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la ESBU "Nguyen Van Troi" del municipio de Morón. MEDICIEGO 2010; 16(2).

ANEXOS

Anexo I.

ACTA DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

El que suscribe: _____ doy mi conformidad para participar en la investigación para elevar conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres adultas. Para dar este consentimiento he obtenido una explicación amplia de la utilidad de la misma por la

Dra. _____ quien me ha informado que:

Me han hecho saber que mi participación en el estudio es voluntaria y mi decisión de no aceptar la participación en el mismo no lesionará mis relaciones con los médicos de la atención primaria, los cuales continuarán brindándome asistencia médica eficiente.

Tengo el derecho a retirarme de la investigación cuando lo considere adecuado, sin explicación y sin afectar mis relaciones con el personal de salud.

Voluntariamente firmo este consentimiento junto con el médico que me proporcionó las explicaciones a los ____ días del mes de _____ de 201_.

Participante _____ Firma _____

Médico _____ Firma _____

Anexo II

Cuestionario de riesgo preconcepcional

1. Marque con una X lo que considere que puede producir riesgo en usted:
 - a) Mujer que durante el embarazo presente algún riesgo que ponga en peligro la salud del niño.
 - b) Mujer con edad mayor a los 55 años no embarazada que presenta condiciones y factores de riesgo que incrementa la probabilidad de sufrir daños a su salud o la de su futuro niño.
 - c) Mujer en edad reproductiva entre los 15 y 49 años, no embarazada, que presenta condiciones y factores de riesgo, teniendo un aumento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo, si se involucraran en el proceso reproductivo.

2. Señale con una X cuales constituyen factores de riesgo para una mujer estar identificada en esta etapa:
 - a) Baja talla.
 - b) Malnutrición.
 - c) Edad (menor de 18 y mayor de 35años).
 - d) Antecedentes de abortos y óbitos fetal.
 - e) Embarazo hace 3 años.
 - f) Nuliparidad.
 - g) Anemia.

3. Identifique con una X los métodos de anticoncepción que usted conoce:
 - a) Espermicidas.
 - b) Pareja estable.
 - c) Realizar cuclillas.
 - d) Tabletas hormonales.
 - e) Preservativo.
 - f) Lactancia materna exclusiva.
 - g) Tomar cocimiento de caña santa.

4. Responda con una X como considere que puede repercutir el riesgo preconcepcional no controlado antes de concebir el embarazo:
- a) ___ Embarazo no deseado.
 - b) ___ Contraer ITS.
 - c) ___ Favorece los nacimientos a término.
 - d) ___ Aumenta las intervenciones invasivas innecesarias en el futuro embarazo.
 - e) ___ Disminuye el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino en el futuro embarazo.
 - f) ___ Aumenta los riesgos a la salud perinatal antes del embarazo.
 - g) ___ Incrementa el riesgo de anomalías congénitas.

Pregunta 1:

Correctas: Contestar incisos. (c)

Incorrectas: Contestar incisos. (a-b)

Pregunta 2:

Correctas: Contestar inciso. (b-c-d-f-g)

Incorrectas: Contestar inciso (a-e)

Pregunta 3:

Correctas: Contestar incisos (a-d-e-f)

Incorrectas: Contestar incisos. (b-c-g)

Pregunta 4:

Correctas: Contestar incisos. (a-b-d-f-g)

Incorrectas: Contestar incisos. (c-e)

Calificación Final:

Correctas: Contestar 3 preguntas.

Incorrectas: Contestar 2 preguntas.

Anexo III

Programa de intervención educativa

Las actividades de intervención comunitaria constarán de 5 actividades que serán impartidas todos los jueves en horario de la tarde en un aula del consultorio familiar en la comunidad de pesquería del área de salud de Gaspar, Ciego de Ávila. Impartidas por el médico y enfermeras del mismo.

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

Primer encuentro:

Lugar: Consultório médico de la familia.

Título: Algunos elementos del concepto de riesgo preconcepcional.

Objetivo:

a) Definir que es riesgo preconcepcional.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 30 minutos.

Medios de enseñanza:

1- Una computadora.

2- Sobres.

Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participantes de acuerdo a su nombre, edad y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual cada uno 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 se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, donde se tratará los conceptos y valoraciones sobre el riesgo preconcepcional.

Segundo encuentro:

Lugar: Consultório médico de la familia.

Título: Factores de riesgo asociados al riesgo preconcepcional.

Objetivos:

- a) Identificar los principales factores de riesgo descritos
- b) Trazar medidas para prevenirlos luego de ser identificados en cada una de las participantes.
- c) Analizar cuadro clínico de embarazadas con riesgo.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Medios de enseñanza:

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 procederá a explicar por parte del médico qué medidas tomar para evitar los mismo y consecuencias del riesgo preconcepcional.

Tercer encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Métodos de anticoncepción.

Objetivos:

- a) Describir los métodos anticonceptivos más conocidos y eficaces.
- b) Conocimiento acerca de métodos de anticoncepción para evitar embarazos no deseados.
- c) El anticonceptivo como medida de protección contra las ITS

Tipo de actividad: Conferencia, charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Medios de enseñanza:

- 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 mostraremos una pancarta educativa y folletos sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Finalmente se realizará una conferencia sobre la repercusión de las ITS en el embarazo y en el producto de la concepción.

Cuarto encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Prevención de riesgo preconcepcional

Objetivos:

a) Analizaremos brevemente la conducta a seguir en mujeres identificadas con riesgo.

Tipo de actividad: Charla educativa.

Duración: 40 minutos.

Recursos: Laminas educativas.

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

Desarrollo: En un segundo momento realizaremos una charla educativa abarcando las posibilidades cambios en el estilo de vida de la mujer en riesgo, insistiendo una vez más en la importancia de evitar los factores de riesgo, lo cual no solo beneficia a la gestante sino además al producto de su concepcion. Se insistirá en la importancia de la consulta de atención primaria al estar embarazada y el seguimiento en las consultas prenatales.

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

Quinto encuentro:

Lugar: Consultorio médico de la familia.

Título: Culminación de la intervención.

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

Duración: 30 minutos.

Medios de enseñanza:

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.

BIBLIOGRAFIA

1. Leyva S. M, Medina S. M, Carralero Z. M. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Policlínico René Ávila Enero. Habana. 2007- 2008.
2. Regueiro Naranjo J. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev. Cubana Med. Gen. Integ. La Habana 1998; 14(2): 160-4.
3. Fernández Sordo T. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional: Ciudad de la Habana; 2004, [Consultado: 14 de ener 2018]; Disponible en: www.ilustrados.com.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica de trabajo. La Habana: MINSAP; 1999.
5. Castro GE. Mortalidad materna y factores de riesgo. Medellín. Colombia, 2014. 3.
6. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Med. Gen Integ 2005; 21 (3-4): 800-10.
7. García Pérez AA, García Bertrand F. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. Rev Hab Cien Med [Internet]. 2012 [citado 25 Feb 2018];11(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Rodríguez R, Hernández Y, Gómez L. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015, 26(2):82-6.

