

Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”.

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Baraguà.

Título: Intervención educativa sobre Riesgo Preconcepcional en mujeres en edad fértil en el CMF# 7 del Policlínico Baraguà.

Autora: Dra. Zarielys Martel Quesada.

Tesis para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en  
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila  
2019



Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”.

Ciego de Ávila

Policlínico Docente Baraguá.

Intervención educativa sobre Riesgo Preconcepcional en mujeres en edad fértil en  
el CMF # 7 del Policlínico Baraguá.

Autora: Zarielys Martel Quesada.

Aspirante a especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Dr.Liosdany Mellor Duarte. Especialista en Primer Grado de Pediatría,  
Profesor Instructor.

Tesis para optar por el Título de Especialista de 1er Grado en Medicina General  
Integral.

Ciego de Ávila  
2019

## **Pensamiento**

Si tuviera el privilegio de vivir otra vez mi propia vida, muchas cosas haría diferentes de cómo las haría hasta hoy. Pero puedo asegurarles que toda mi vida lucharía con idéntica pasión por los mismos objetivos por los que he luchado hasta hoy.

Fidel Castro

## **Dedicatoria**

Quiero dedicar este trabajo investigativo a mis padres por darme la vida, educarme como una mujer de bien y ayudarme a crecer, a mi hermano por apoyarme siempre en cada sueño y en cada aventura que decida emprender, sé que cuento con su amor.

## **Agradecimientos**

A mi familia, ya que gracias a su sacrificio he logrado realizar mi carrera, quienes sin importar las distancias me han brindado su apoyo incondicional y todo su amor.

Quienes me recuerdan cada día que se puede comenzar de nuevo y me incentivan a sembrar las semillas de mis sueños.

## **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 conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. La muestra está constituida por 40 mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años. Se empleó la prueba estadística Mc Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento antes y después. Predominaron las edades de 26 a 35 años, amas de casa con nivel de escolaridad primario. Se encontró un bajo nivel inicial de escasos conocimientos sobre factores de riesgo reproductivo preconcepcional, control de enfermedades crónicas no transmisibles sin embargo respecto a uso de métodos anticonceptivos la gran mayoría presentó conocimientos adecuados al inicio del estudio. La casi totalidad terminó la investigación con un adecuado nivel general de conocimientos siendo significativa esta modificación.

**Palabras claves:** Intervención educativa, riesgo preconcepcional, factores de riesgo.

## Índice

| Contenido                                   | Pág. |
|---------------------------------------------|------|
| INTRODUCCIÓN.....                           | 1    |
| OBJETIVOS.....                              | 4    |
| MARCO TEÓRICO.....                          | 5    |
| MATERIAL Y MÉTODO.....                      | 18   |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 23   |
| CONCLUSIONES.....                           | 33   |
| RECOMENDACIONES                             |      |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS                  |      |
| ANEXOS                                      |      |

## Introducción

La salud materno infantil considerada uno de los indicadores para medir el nivel de desarrollo de un país tiene como objetivo conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. Se trata de lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y además que durante toda la vida infantil los niños tengan un crecimiento y desarrollo óptimo. En ello desempeña un papel muy importante el manejo del riesgo reproductivo, indicador que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención, abarcando el riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), obstétrico y perinatal.<sup>(1,2)</sup>

La Organización Mundial de Salud (OMS) 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, joven, adulto, hasta volver a la concepción como punto de partida.<sup>(3)</sup>

La OMS menciona que el riesgo preconcepcional es la principal causa de morbi-mortalidad materno infantil a nivel mundial en países con mayor nivel socioeconómico y cultural, el porcentaje de mujeres con RRPC es inferior a un 5% y en algunos como Suecia y Japón son de 4 % y 3 %.<sup>(3)</sup>

El comportamiento de este indicador varía, en dependencia del nivel de desarrollo, así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. En Europa una de cada 9850 mujeres tiene riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6636; en Asia una de cada 54 y en África una de cada 21 mujeres.<sup>(3,4)</sup>

La situación de salud en América no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años, según el análisis epidemiológico del estado de salud de la población se revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo la mujer en edad

fértil, en quienes se considera que existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación por ejemplo en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo el 4,8 % de mujeres en edad fértil las afectadas por problemas de salud materno-infantil, estimándose que más de 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza fundamentalmente mujeres en edad reproductiva sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática.<sup>(5,6)</sup>

En América del sur la población rural 200 millones, el 70% viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las principales causas de muerte de la mujer en edad fértil. Así como en países Brasil, México y Venezuela se ha incrementado el número de mujeres que pasan a formar parte de estos grupos de riesgo, alcanzando hasta un 25% o un 30 % del total de mujeres.<sup>(6,7)</sup>

En Cuba entre el 15% y el 25% de las mujeres en edad fértil tiene alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como riesgo preconcepcional. Por tanto el control del riesgo reproductivo es vital para un óptimo embarazo, y cada día aumentan los embarazos en la adolescencia, mujeres añosas, con enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial (HTA) que traen consigo partos prematuros y muerte fetal.<sup>(8,9)</sup>

En la provincia de Ciego de Ávila en estudios anteriores se demostró que el embarazo en la adolescencia constituía un serio problema para la sociedad por lo que se han tomado medidas para su prevención en los diferentes Consultorios Médicos de Familia.<sup>(10)</sup>

En estudio realizado en la provincia, específicamente en el municipio Morón, se demostró que antes del estudio el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil se encontraba entre regular y mal, estimándose entre el 30,3%, al 56,1% del total de mujeres en edad fértil estudiadas conocían del problema, situación que aumentó al 92,4% de las mujeres en edad fértil estudiadas al finalizar el estudio

educativo, lo que demostró que existe marcado desconocimiento de temas relacionados con el riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil.<sup>(10,11)</sup>

Durante estudios realizados sobre la temática en municipio Baraguá, a partir de los riesgos que implica esta situación social, se pudo apreciar que en el año 2016 de un total de 311 embarazos, se confirmaron 79 en las menores de 19 años, representando un 25%; en el año 2017 se captaron un total de 411 embarazos, verificándose 126 en menores de 20 años, representando un 31%. En el 2018 con 389 y 87 fueron en adolescentes para un 22,5%.<sup>(12)</sup>

En el municipio Baraguá en el año 2013 hubo dos muertes en menores de un año y fueron recién nacidos pre-términos una madre caso social y con retraso mental ligero y la otra madre HTA crónica con pre-eclampsia anterior y en dicho embarazo riesgos que no se controlaron durante el período preconcepcional y los resultados fueron lamentables. En el año 2014 fue el más incidido de la provincia en embarazos en la adolescencia tuvo un total de 9 bajo pesos y de estos 6 de sus madres eran adolescentes. en el año 2017 ocurrieron 29 nacimientos bajo peso al nacer, de ellos predominaron los partos pre-términos, sobre los crecimiento intrauterino retardado (CIUR), en el año 2018 ocurrieron 21 nacimientos bajo peso al nacer, en todos los casos se identificaron en sus discusiones el deficiente control del riesgo reproductivo antes de la concepción, por lo que constituyen razones suficientes para realizar un estudio enfocado en la prevención del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el municipio de Baraguá.<sup>(12,13)</sup>

A partir de lo anterior, se propone el siguiente problema científico:

**Problema Científico:** ¿Cómo contribuir a elevar el nivel de conocimientos sobre algunos elementos del riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF # 7 del municipio Baraguá?

## **Objetivos**

**Objetivo General:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional de un grupo de mujeres en edad fértil del CMF # 7 del área de salud Baraguá.

### **Objetivos Específicos**

1. Caracterizar a las mujeres en edad fértil en cuanto a: edad, ocupación y nivel escolaridad.
2. Determinar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre factores de riesgo del riesgo reproductivo preconcepcional.
3. Aplicar una estrategia de intervención.
4. Evaluar la modificación del nivel de conocimientos después de la intervención.

## **Marco Teórico**

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción. Estos participan como complemento del desarrollo socio-económico que da origen al estatus demográfico actual, tales como la educación, salud, el empleo y otros. <sup>(14)</sup>

El programa Materno Infantil se considera como un pilar fundamental para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC), el cual se considera como la probabilidad que tiene, una mujer en edad fértil, su pareja, así como su producto de concepción, de sufrir daño durante la reproducción. Además el mismo está identificado como un verdadero problema el insuficiente trabajo que se desarrolla con las mujeres en edad fértil en la atención primaria de salud a escala mundial. <sup>(14,15)</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. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos además de los profesionales de la salud, y algunos de estos de manera parcial. <sup>(15,16)</sup>

En ello desempeña un papel muy importante el manejo del riesgo reproductivo, indicador que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención, abarcando el riesgo reproductivo preconcepcional, obstétrico y perinatal. <sup>(17)</sup>

Éste puede ser ocasionado por diferentes factores de riesgo. Es más factible la modificación de algunos de éstos en un plazo corto, teniendo en cuenta el interés de la pareja de procrear. De ahí la importancia de conciliar los mismos con los interesados para, a través de un plan común de estudio y modificación, que cuente

con su apoyo y cooperación, no “eternizar” los problemas y aplazar innecesariamente el momento de la concepción, lo que pudiera contribuir a la aparición de otros factores de riesgo o de complicaciones. <sup>(17,18)</sup>

Ello requiere que el embarazo se planifique y se tomen una serie de cuidados previos, sobre todo en los 3 a 6 meses que lo preceden (enfoque pre-gravídico), como por ejemplo la eliminación de hábitos tóxicos como el cigarro y alcohol, la corrección de infecciones recurrentes, anemias, desnutrición, insuficiencia vascular periférica, endocrinopatías y otras afecciones crónicas, susceptibles de ser modificadas, compensadas o equilibradas. <sup>(19)</sup>

Son todos aquellos elementos o circunstancias pre-condicionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto. Este concepto de riesgo se extiende más allá de la esfera biológica y cobra significación en la esfera psíquica y en el contexto social y ambiental, aplicada la más amplia definición de salud. Es por ello que cada factor de riesgo no tiene la misma repercusión para la mujer o pareja y por tanto su valoración es individualizada y contextualizada. Por la importancia y repercusión que tiene el manejo del riesgo reproductivo preconcepcional en la salud materno infantil y la necesidad de que sea de dominio del médico de atención primaria se realiza un análisis en este contexto. <sup>(19,20)</sup>

Los factores de riesgo preconcepcional se clasifican en:

**Biológicos:** Dentro de los factores biológicos tenemos: Edad, menores de 15 y después de los 35 años. Enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma bronquial. El estado nutricional desfavorable como la Anemia, la Desnutrición u Obesidad. Afecciones psiquiátricas como Psicosis y Neurosis. Patologías ginecológicas como malformaciones uterinas, antecedentes obstétricos de mortinatos, Bajo peso, Parto prematuro. <sup>(20,21)</sup>

**Psicológicas:** Poca cooperación a las orientaciones médicas, casos sociales, trastornos de personalidad, bipolares. <sup>(21)</sup>

**Ambientales:** Atmósfera enrarecida por contaminación con dióxido de carbono y calentamiento global, fuentes de abasto de agua insegura por contaminación de aguas albañales, convivencia con algunos animales transmisores de enfermedad al hombre como perros, gatos, cerdos, poca higiene. <sup>(21)</sup>

**Sociales:** Alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, hacinamiento, bajo de nivel escolaridad, socioeconómico y sociocultural. <sup>(21,22)</sup>

Para que la mujer llegue a concebir tendrá el concurso del hombre, por tanto, cualquiera de los miembros de la pareja puede ser el que aporte el riesgo. En el caso del hombre se prioriza la búsqueda activa para modificar los factores como: Alcoholismo, tabaquismo, enfermedades crónicas significativas, enfermedades hereditarias, antecedentes o infección de transmisión sexual activa, incluido Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida. <sup>(21,22)</sup>

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional incrementan la probabilidades morbilidad y mortalidad materna, perinatales infantil, de ahí la importancia de controlarlos, para modificarlos o eliminarlos en las parejas que lo presenten, para que las mujeres puedan llegar al embarazo en mejores condiciones y por tanto disminuya el riesgo. Para lograr modificar el riesgo reproductivo preconcepcional es necesario un desarrollo de los sistemas de salud y educacional, y sobre todo de políticas favorecedoras de la intersectorialidad, sobre la base de una amplia participación social. <sup>(23)</sup>

Grupos a priorizar: Menores de 15 años, mujeres de 35 y más años con otros factores asociados como desnutridas, obesas, hipertensas, diabéticas, cardiópatas, antecedentes obstétricos desfavorables de bajo peso, parto prematuro, antecedentes de malformaciones congénitas. <sup>(23,24)</sup>

La valoración de los riesgos en el proceso reproductivo no puede ser esquemática, sino que se necesita un análisis individual e integral en todos los casos. Es importante que el médico de familia posea un gran conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración en cada caso, teniendo en cuenta todos los elementos para poder establecer si la pareja o en última instancia, la mujer

presenta algún RRPC, pues cada factor de riesgo no se comporta igual en todas las mujeres, es decir la magnitud del riesgo es individual y a la vez pueden influir unos sobre otros. Es muy importante conocer a todas aquellas parejas que presentan factores de riesgo y distinguir entre ellas las que constituyen un RRPC real, aquellas con factores de riesgo que no han completado el número de hijos deseados, con el objetivo de modificar dichos factores, a fin de que se involucren en el proceso reproductivo, conscientes de estar en las mejores condiciones para el proceso. <sup>(24,25)</sup>

Manejo y control del Riesgo Reproductivo Preconcepcional: Para el manejo y control del RRPC se concibe un grupo de procesos y se establece un universo integrado por las mujeres en edad fértil, tanto por condición propia o de su pareja o incluso del medio en que viven. Además la metodología para el logro de estos objetivos se basa fundamentalmente en la atención primaria de salud (APS), donde se dispensarizan los casos con RRPC, en base al análisis de la situación de salud (ASIS), es decir, aquellos que tengan alguna condición de riesgo preconcepcional y deseen embarazos, las que no usen anticoncepción apropiada o que, usando algún tipo de anticoncepción, continuarían el embarazo, si fallara ésta. <sup>(26)</sup>

La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hará en función de la magnitud de éstos y de la vulnerabilidad real, en lo que a modificaciones de éstos se refiere, antes de comenzar una gestación planificada por la pareja o mujer. Se tomará en consideración el tiempo para modificar tal o tales riesgos, según negociación con la pareja o, concretamente, con la mujer. <sup>(26,27)</sup>

**Plan de acción:** El diseño del ejercicio de diagnóstico de salud en cada consultorio, policlínico, municipio y provincia debe habilitarse de forma inmediata, teniendo en cuenta que las que se incluyan ahora sólo se beneficiarán a partir del año siguiente, como mínimo, en lo que a disminución de los riesgos en el embarazo y de los embarazos con riesgos se refiere. La pesquisa activa o diagnóstico de salud familiar, incluido en el nuevo enfoque de reorganización de la APS, dará salida a este enfoque de riesgo de manera estable y garantizará la

secuencia para el manejo del riesgo obstétrico-perinatal, como continuidad de la atención integral a la mujer para una fecundidad con calidad.<sup>(28)</sup>

En cuanto a los recursos disponibles para garantizar la calidad de atención a la pareja con riesgo preconcepcional, se prestará atención a la preparación científica y técnica del personal responsable de la estrategia y a su empleo con fondo de tiempo dedicado a la actividad. En relación con los medios diagnósticos, es imprescindible utilizarlos con calidad y en todas las necesidades, como: la ultrasonografía, el electrocardiograma, los estudios básicos de laboratorio hemograma completo, estudio completo de la anemia, realizar estudios microbiológicos de orina para toda gestante mayor de 35 años de edad, dada la significativa frecuencia de bacteriuria asintomática.<sup>(28,29)</sup>

Las desnutridas serán atendidas por un especialista en nutrición, propio del área o vinculado a ésta, que forma parte del equipo multidisciplinario de atención al riesgo preconcepcional del policlínico, cuyo responsable es el especialista de gineco-obstetricia. La atención preconcepcional dirigida a estas prioridades será también precoz, periódica, continúa, completa, dispensarizada, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad, esto implica que para llevar adelante una adecuada planificación familiar se necesita de una buena información y educación, necesarias para modificar costumbres y actitudes.<sup>(30)</sup>

La educación debe verse como una actividad ligada a la calidad de vida del individuo. El proceso de educación hace posible que el individuo se comporte de manera inteligente: seleccione sus opiniones para la acción y use su juicio en situaciones que demandan reflexión y evaluación, como los relacionados con la salud reproductiva.<sup>(30,31)</sup>

El médico debe estar preparado para la atención y control del riesgo preconcepcional, debe conocer muy bien los diferentes métodos anticonceptivos para orientar a la pareja, teniendo en cuenta sus indicaciones y contraindicaciones. La adecuada interacción del médico con los consejos populares de salud, así como con los diferentes organizaciones, que pueden colaborar con el trabajo de control del RRPC y con ello a mejorar los indicadores de salud materno infantil.<sup>(31)</sup>

Para identificar los casos se tienen en cuenta las siguientes medidas: Total de mujeres en edad reproductiva dispenzarizadas por patología o factores de riesgo. Las que desean hijos (manifiesto o no). Las que no usan método anticonceptivo, o quieren dejar de usarlo. <sup>(32)</sup>

Casos controlados: Se determina una mujer en edad fértil, cuando existe constancia en la historia clínica del pensamiento médico. Se comprueba en la historia clínica un protocolo escrito que incluye negociación con la pareja, consentimiento informado, de un plan o programa para modificar el riesgo, que propone el método anticonceptivo para el aplazamiento transitorio del embarazo. <sup>(32)</sup>

Salen del control: Cuando las mujeres usan anticoncepción permanente y no desean tener hijos, usan método anticonceptivo de larga duración y larga eficacia, y exista desaparición de la condición de riesgo. <sup>(32)</sup>

En los últimos años, los estudios médicos han revelado que la planificación familiar es un componente esencial en las estrategias de salud, por lo que se afirma que existe una estrecha relación entre el riesgo preconcepcional y la planificación familiar, ambos vistos como estrategia de salud. Ver estos aspectos como estrategias significa un elemento de cambio sociocultural, ya que es un derecho y un deber de toda persona responsable. <sup>(33)</sup>

El riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto, el recién nacido y a la madre, son objetivos priorizados en el diagnóstico y seguimiento. Además, de ser posible, por medio de todos los factores del sistema sanitario, extra sectoriales encargados de la salud de la población, se debe brindar capacitación o instrucción no solo a la mujer con riesgo preconcepcional, sino también a su pareja. <sup>(33,34)</sup>

Fernández Ramos y colaboradores, plantean que en toda sociedad existen individuos con vidas evaluadas como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar o morir es mayor que otros. Esto sucede debido a que existen un conjunto de elementos o circunstancias llamados factores de riesgo. Los cuales son:

biológicos, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas o factores socio ambientales. Estos a su vez no intervienen de la misma forma en cada paciente, es decir la magnitud del riesgo es individual y así debe considerarse, por tanto surge así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción como instrumentos fundamentales de trabajo en el programa de atención al RRPC.<sup>(34)</sup>

**Métodos de Anticoncepción:** Los métodos anticonceptivos disponibles, se clasifican de acuerdo con el tiempo de duración de su efecto en transitorios o temporales, reversibles, y definitivos o permanentes, irreversibles. Existen otras muchas clasificaciones, pero en la actualidad se hace difícil poder ubicar en cada grupo los diferentes anticonceptivos, porque en la práctica se combinan muchas de sus propiedades en busca de una mayor efectividad, las cuales se dividen.<sup>(35)</sup>

**Métodos de barrera:**

**Espemicidas:** Cremas, jaleas, aerosoles de espumas supositorios o tabletas espumantes y supositorios solubles.

**Mecánicos sin medicar:** Preservativo, o condón masculino, diafragma, capuchón cervical, escudo vaginal o condón femenino.

**Mecánicos medicados:** Esponjas vaginales.

**Dispositivos Intrauterinos (DIU):** Los inertes, bio-activos o medicamentos.

**Hormonales:** Orales combinados o progestágeno solo. **Sistémicos:** Inyectables, implantes y parches.

**Biológicos o naturales:** Abstinencia periódica, coito interrumpido, lactancia materna exclusiva.

**Quirúrgicos:** femenino y masculinos.<sup>(36)</sup>

La medicina en la comunidad tiene como objetivo fundamental la promoción y prevención, por lo que hace necesario brindarle a la población en edad fértil y con algún factor de riesgo, el modo de controlar la fecundidad pues muchos no tienen la motivación suficiente para llevar adelante este control o no conocen cómo realizarlo. Se crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción,

que es un instrumento fundamental de trabajo en el programa de riesgo preconcepcional y que con la participación del médico y la enfermera de la familia adquiere su mayor dimensión, para convertirse en una estrategia de salud, que tiene como finalidad proteger y mejorar la salud de la familia y de la comunidad <sup>(36)</sup>

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de RRPC 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>(37)</sup>

La medicina en la comunidad para la prevención de RRPC crea así la actividad de planificación familiar y de anticoncepción, que es un instrumento fundamental de trabajo en el programa de riesgo preconcepcional, el cual dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación, servicios a las parejas, además tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial.<sup>(38)</sup>

Pero como el riesgo materno no es sinónimo de planificación familiar y anticoncepción, la labor educativa debe ir más allá, lograr que la futura madre conozca su momento óptimo, reconocer que posee un riesgo y por ende la probabilidad que ocurra un daño durante el proceso de reproducción, que la afectará a ella, al feto o al recién nacido, por lo que debe buscar asistencia médica y no sólo esperar que el médico llegue, además que éste no es sólo estar enferma, sino que abarca además de lo biológico, lo psicológico y lo social, así como cada una de ellas aprenda a contribuir con el control y manejo de sus riesgos conociendo las consecuencias que éstos pueden acarrear, ya que sin la colaboración de la mujer y su pareja no se tendrá nunca el efecto deseado.<sup>(39)</sup>

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 riesgo preconcepcional no escapa a esta tendencia.

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”.<sup>(40)</sup>

### **Objetivos de la intervención**

La intervención psico-educativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables son 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.

### **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.<sup>(40,41)</sup>

### **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.

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 acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera.<sup>(41)</sup>

### **Funciones de la intervención**

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- 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.
- 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.<sup>(42)</sup>

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 déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social).<sup>(41-43)</sup>

### **Agentes de la intervención**

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

- Entre profesionales.
- Para profesionales (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 de la Dra. Ochandategui Camejo, que 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%.<sup>(44)</sup>

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.

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. 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)

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. 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 desastres y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92,5 %.<sup>(42)</sup>

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.<sup>(42-45)</sup>

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. <sup>(41-43)</sup>

### **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 incluso validar 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. <sup>(45)</sup>

**Hipótesis de investigación:** El diseño y aplicación de una propuesta de intervención educativa, pudiera elevar el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil del CMF# 7 municipio Baraguá, sobre riesgo preconcepcional.

## **Material y Método**

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después para 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 del CMF # 7 del Municipio Baraguá, en el período comprendido entre mayo 2018 a mayo del 2019.

### **Universo y muestra:**

El universo de estudio estuvo conformado por 100 mujeres en edad fértil pertenecientes al CMF# 7 Municipio Baraguá, en dicho periodo de estudio.

Se escogió de ellas una muestra no probabilística e intencional de 40 mujeres en edad fértil pertenecientes al CMF# 7, las cuales fueron seleccionadas y cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Criterios de inclusión:**

1. Mujeres que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado.( anexo 1)
2. Permanencia en el área del consultorio médico de familia durante el tiempo que duró el estudio.
3. Apto mentalmente.

### **Criterios de exclusión:**

1. Residentes temporales en el área de salud.

### **Criterios de Salida:**

1. Abandono por decisión propia.

## Operacionalización de las variables

| Variable               | Tipo                           | Operacionalización                                 |                                                                                                   | Indicador                        |
|------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|                        |                                | Descripción                                        | Escala                                                                                            |                                  |
| Edad                   | Cuantitativa continua          | Según la edad en años cumplidos                    | De 15 a 25 años<br>De 26 a 35 años<br>De 36 a 45 años<br>De 46 a 49 años                          | Porcentaje según categorías      |
| Nivel de escolaridad   | Cualitativa ordinal            | Según el último grado vencido                      | Universitario<br>Preuniversitario<br>Secundaria<br>Primaria                                       | Porcentaje según categorías      |
| Ocupación              | Cualitativa nominal politómica | Según actividad que realiza                        | Trabaja, estudia o Ama de casa                                                                    | Porcentaje según categorías      |
| Nivel de conocimientos | Cualitativa nominal dicotómica | Según aplicación del cuestionario antes y después. | Satisfactorio 60 a 100% respuestas correctas<br>Insatisfactorio menos de 60% respuestas correctas | Satisfactorio<br>Insatisfactorio |

## Métodos de obtención de información

Los datos fueron recogidos a través del cuestionario, fuente de información primaria de la investigación, aplicada antes y después; creada por la autora y aprobada por criterio de expertos del servicio de Medicina General Integral del área de salud del policlínico Baraguá, Ciego de Ávila.

Dada las características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó el cuestionario de preguntas (anexo 2) inicialmente, luego se aplicó la estrategia de intervención educativa (anexo 3), diseñada para elevar el nivel de conocimientos relacionados con el riesgo preconcepcional en la muestra de estudio; posteriormente se aplicó en un segundo momento el cuestionario, una semana después de concluida la intervención, para de esta forma dar salida a los objetivos específicos.

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

*Etapas diagnóstica:* los conocimientos sobre riesgo preconcepcional fueron identificadas utilizando un cuestionario y sobre las necesidades educativas se elaboró el programa de intervención educativa.

*Etapas de intervención propiamente dicha:* la muestra quedó conformada por un grupo de 40 mujeres en edad fértil. La intervención se impartió en un período de 6 semanas, y para ello se desarrollaron 6 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias, técnicas participativas y clases prácticas, con una duración de 45 minutos en un aula del policlínico Baraguá.

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

#### **Escala de evaluación del nivel de conocimientos por temas.**

**Satisfactorio:** si responde correctamente de 60 a 100 %

**Insatisfactorio:** si responde correctamente menos de 60%

#### **Métodos del nivel teórico:**

- **Histórico-Lógico:** Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el grupo de estudio del Policlínico Baraguá, y cómo se ha comportado los factores de riesgo preconcepcional en los últimos años en el mundo, Cuba, Ciego de Ávila y Baraguá.

- **Análítico-Sintético:** Se analizó y comparó las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existen factores que condicionan la poca orientación del personal de salud no especializado en el tema, así como el grado de desconocimiento de gran parte de

la población sobre los factores de riesgo preconcepcional.

- **Inductivo-Deductivo:** En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- **Modelación:** Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones dirigidas a capacitar a las mujeres en edad fértil en el área de salud del policlínico Baraguá, Ciego de Ávila.

### **Métodos del nivel empírico:**

#### Técnica de recolección de la información

**La encuesta: 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.

En correspondencia al problema de investigación se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cuantitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando generalizar la información que describe los planteamientos de cada uno de los encuestados.

#### **Plan de análisis de los resultados: Método estadístico**

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

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

### **Aspectos éticos**

Se pidió a todos los encuestados 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 los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada mujer en edad fértil leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los colaboradores. Siguiendo de esta forma los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y Justicia.

## Análisis y Discusión de los Resultados

**Tabla 1.** Mujeres en edad fértil.

| Grupos de edades | No. | %     |
|------------------|-----|-------|
| 15-25años        | 12  | 30,0  |
| 26-35 años       | 15  | 37,5  |
| 36-45 años       | 8   | 20,0  |
| 46-49 años       | 5   | 12,5  |
| Total            | 40  | 100,0 |

**Fuente.** Cuestionario

La tabla 1 muestra que el 37,5% de la población en estudio se encontró en las edades comprendidas entre los 26-35 años de edad. Siendo que la mayoría de la población en estudio se encontró en la etapa optima de reproducción, un 30,0% entre 15-25 años, un 20,0% son 36-45 años, el 12,5% representó el grupo de edad de 46 a 49 años.

En un estudio realizado por Fernández Ramos Astral impactó de una estrategia de intervención educativa sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional predominó las mujeres en edades óptimas de reproducción 60%.<sup>(34)</sup>

De la misma forma los estudios realizados por Valls M, Safora O, Rodríguez A, López J. muestran un predominio de edades óptimas de reproducción, alcanzando 38 % sobre comportamiento del embarazo en mujeres en edad fértil. <sup>(46,47)</sup>

Estos resultados coinciden con los obtenidos durante el estudio.

**Tabla 2.** Mujeres según nivel de escolaridad.

| NIVEL ESCOLAR    | No | %     |
|------------------|----|-------|
| Primaria         | 15 | 37,5  |
| Secundaria       | 12 | 30,0  |
| Preuniversitario | 10 | 25,0  |
| Universitario    | 3  | 7,5   |
| Total            | 40 | 100,0 |

**Fuente. Cuestionario.**

La tabla 2 muestra el nivel de escolaridad del grupo en estudio, representó el mayor índice los individuos que solamente alcanzaron el nivel primario lo que corresponde a un 37,5%, un 30,0% alcanzaron el nivel secundario, un 25,0% alcanzaron el nivel preuniversitario, un 7,5% solamente culminaron con sus estudios. Esto demuestra que la mayoría de las mujeres en edad fértil abandonaron sus estudios por razones propias, lo que favorece a la exposición de factores de RRPC.

Al finalizar los estudios realizados por Quintero Paredes PP, Regal Lourido I, Quintero Paredes MM. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río un 50% de las mujeres en edad fértil solo alcanzaron el nivel primario. <sup>(48)</sup>

Navas Ávalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Al finalizar el estudio un 55% fue bajo nivel escolaridad, sobre caracterización del riesgo preconcepcional, en mujeres de edad fértil policlínico centro del Guantánamo. <sup>(49)</sup>

Estos resultados indican que el bajo nivel escolaridad es un factor importante de RRPC.

**Tabla3.** Mujeres según la ocupación.

| Ocupación    | No | %     |
|--------------|----|-------|
| Trabajadoras | 10 | 25,0  |
| Estudiantes  | 5  | 12,5  |
| Ama de Casa  | 25 | 62,5  |
| Total        | 40 | 100,0 |

#### **Fuente Cuestionario**

En la tabla 3 se desglosa el grupo según su ocupación, donde se observa que el mayor porcentaje lo constituyen las amas de casa con el 62,5%, seguido de las trabajadoras con un 25,0% y en menor porcentaje los estudiantes para un 12,5% respectivamente. Lo que indica que un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil son desempleadas y con un ingreso monetario bajo, que favorece la incidencia de RRPC.

En los estudios realizados por Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K, se demostró que un 70% eran amas de casa, de las mujeres en edad fértil, sobre una estrategia de intervención comunitaria del control del riesgo reproductivo preconcepcional.<sup>(34)</sup>

En los resultados obtenidos por Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, un 60% de las mujeres eran ama de casa. <sup>(50-53)</sup>

**Tabla 4.** Nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo preconcepcional.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio          | 5          | 12,5  | 37      | 92,5  |
| Insatisfactorio        | 35         | 87,5  | 3       | 7,5   |
| Total                  | 40         | 100,0 | 40      | 100,0 |

### Fuente Cuestionario

Prueba de Mc Nemar  $p= 0,005$

La tabla 4 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre la noción que tenían sobre factores de riesgo preconcepcional, evaluado antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Antes de comenzar la intervención, 35 de los participantes presentaron un nivel de conocimientos insatisfactorio sobre los diferentes factores de RRPC, para un 92,5% del total, mientras que solo 5 respondieron satisfactoriamente los ítems consignados en el cuestionario.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimientos satisfactorio aumentó hasta 37 participantes (92,5%), pero la amplia modificación de conocimientos resultó significativa según los resultados de la prueba estadística utilizada. Coinciden estos resultados con los de un estudio realizado 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 del Dr. Toribio Morejón AJ, que 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%.<sup>(38)</sup>

En un estudio realizado por el Dr. Torres Sánchez y colaboradores sobre caracterización de factores de riesgo en mujeres embarazadas en la atención primaria, este refiere que luego de la intervención el 95 % respondieron satisfactoriamente al programa capacitante.<sup>(39)</sup>

Este resultado nos confirma la necesidad y eficacia de este método de capacitación. Es destacable que el estudio realizado por Quintana González JA, Fonseca Muñoz TA, sobre conocimiento de factores del RPC en adolescentes, un 87,0% respondieron insatisfactoriamente, luego de la intervención un 95,3% respondieron satisfactoriamente.<sup>(46)</sup>

**Tabla 5.** Nivel de conocimiento sobre importancia del control de enfermedades crónicas no transmisibles.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio          | 7          | 17,5  | 35      | 87,5  |
| Insatisfactorio        | 33         | 82,5  | 5       | 12,5  |
| Total                  | 40         | 100,0 | 40      | 100,0 |

**Fuente: Cuestionario.**

Prueba de Mc Nemar  $p= 0,000$

La tabla 5 muestra distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre la importancia del control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

Se observó que en la evaluación inicial, 7 de los participantes presentaban un conocimiento satisfactorio sobre la importancia del control de enfermedades crónicas no transmisibles, que representaron un 17,5% del total, mientras que 33 de ellos (82,5%) no lograban responder adecuadamente las preguntas del cuestionario para este fin.

Al terminar la aplicación del programa y esperar 1 semana, se repitió la aplicación del cuestionario con un total de 35 participantes respondiendo adecuadamente este acápite y elevando el porcentaje de respuestas correctas hasta 87,5%. Esta modificación positiva del nivel de conocimiento, resultó significativo según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Este resultado coincide con los estudios realizados por Cabrera Cao y Ortega Blanco M, Orbay Araña MC. Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Obteniendo los resultados al inicio un 15%, posterior a la intervención un 96%.<sup>(47)</sup>

Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional, incrementaron los conocimientos a 95%.<sup>(50)</sup>

La intervención realizada de Quintero Paredes PP, Regal Lourido I, Quintero Paredes MM. Sobre Riesgo reproductivo preconcepcional en Pinar del Río, mostró modificación de los conocimientos a un 99% según la prueba estadística utilizada.

(48)

**Tabla 6.** Nivel de conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio          | 30         | 75,0  | 38      | 95,0  |
| Insatisfactorio        | 10         | 25,0  | 2       | 5,0   |
| Total                  | 40         | 100,0 | 40      | 100,0 |

**Fuente: Cuestionario.**

Prueba de Mc Nemar  $p= 0,219$

La tabla 6 muestra la distribución de participantes según el nivel de conocimientos sobre uso adecuado de métodos anticonceptivos, evaluado antes y después de desarrollar la intervención educativa.

En la encuesta diagnóstica realizada al comienzo de la investigación, 30 de los participantes presentaban un nivel de conocimientos satisfactorio sobre uso adecuado de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales, representando el 75,0% de la muestra, y 10 personas (25,0%) 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 38 de los participantes para un 95,0% lo que resultó en una modificación positiva pero no significativa según la interpretación del resultado de la prueba estadística utilizada.

Los estudios de Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo Preconcepcional y métodos anticonceptivos de control obtuvieron 98% con cambio significativo al resultado inicial. <sup>(35)</sup>

De la misma forma alcanzó a un 95% el resultado final en estudio realizado por Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. Manual CELSAM. Sobre métodos anticonceptivos de control en América. <sup>(36)</sup>

**Tabla 7.** Evaluación general según nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional.

| Nivel de conocimientos | Evaluación |       |         |       |
|------------------------|------------|-------|---------|-------|
|                        | Antes      |       | Después |       |
|                        | No.        | %     | No.     | %     |
| Satisfactorio          | 24         | 60,0  | 38      | 95,0  |
| Insatisfactorio        | 16         | 40,0  | 2       | 5,0   |
| Total                  | 40         | 100,0 | 40      | 100,0 |

**Fuente: Cuestionario.**

Prueba de Mc Nemar  $p= 0,016$

La tabla 7 muestra la evaluación general según el nivel de conocimiento general evaluado en múltiples aspectos anteriormente tratados, y medido antes y después de desarrollar el programa capacitante.

Antes de comenzar la intervención, 24 de los participantes presentaron un nivel de conocimiento general satisfactorio, para un 60,0% del total, mientras que 16 (40,0%), respondió erradamente los ítems consignados en el cuestionario para las diferentes preguntas ya expuestas en tablas anteriores.

Una vez finalizada la capacitación, el nivel de conocimiento general satisfactorio, aumentó hasta 38 participantes (95,0%) y este elevado número, condicionó que la modificación de conocimientos resultara significativa según los resultados de la prueba estadística. Según Labori Ruiza, J; Pérez Guerra, D; Mock Hungc, S. culminaron con un resultado 99% Modificación de los conocimientos sobre riesgo preconcepcional.<sup>(51)</sup>

Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, alcanzaron los resultados a un 98%.<sup>(52)</sup>

Se constató la efectividad de la intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre este tema y los beneficios de uso adecuado de métodos anticonceptivos en nuestra población en edad fértil. Cabe destacar como parte de la discusión de los resultados de la investigación que en la bibliografía consultada no encontramos otros trabajos con este corte evaluativo sobre el conocimientos de Riesgo Preconcepcional en la población, tanto en Cuba como en otros países de la Región.

## **Conclusiones**

Predominó el grupo de edad de 26-35 años, con nivel de escolaridad primaria, amas de casa. Se encontró muy bajo nivel de conocimientos sobre factores de riesgo reproductivo preconcepcional, control de enfermedades crónicas no transmisibles, sin embargo respecto a uso de métodos anticonceptivos la casi totalidad presentó conocimientos adecuados desde el inicio de la intervención. La evaluación final del nivel de conocimientos fue significativa demostrando la efectividad de la intervención educativa.

### **Recomendaciones**

Aplicar intervenciones educativas sobre Riesgo preconcepcional en diferentes áreas de salud del municipio de Ciego de Ávila, para elevar los conocimientos sobre el uso adecuado de métodos anticonceptivos para concebir un embarazo deseado y planificado.

## Referencias Bibliográficas

1. Garrido R C. et al. Riesgo Reproductivo en Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2015.
2. Lugones Botell E, Jiménez Acosta S. El Riesgo Preconcepcional y la planificación familiar como estrategia de salud del médico de familia. Rev. Cubana de Medicina Gen Integral 2015.
3. OMS. Informe sobre salud reproductiva, Sexualidad/Mujer: alerta de la OMS. [serial online] 2016 octubre. Disponible en: URL: <http://wwwnews.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/newsid3752000/37527033.stm>.
4. Ories gracias A, Rodríguez Gary J. Prevención del Riesgo preconcepcional por el médico de la familia y su repercusión en los resultados perinatales en el período 1996 al 2002. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología 2016.
5. Estrada R, Vidal H, Fernández E. Riesgo Preconcepcional y producto de la concepción. Rev. Cubana de Medicina Gen Integral 2015.
6. Requeira N, Rodríguez Fernández R, Brizuela Pérez. Comportamiento del Riesgo Preconcepcional. Rev. Cubana de Medicina Gen Integral 2016.
7. Alonso Prieto F. Manejo y control del RPC en 3 consultorios de ciudad de la Habana. [serial online] 2017 abril. Disponible en: URL: [www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEE/FV).
8. Planificación familiar con enfoque de Riesgo Reproductivo Preconcepcional. Unidad mujer y desarrollo. [serial online] 2015 enero. Disponible en: URL: [www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16](http://www.elac.cl/mujer/dirección/instituciones.asp-101K-16).
9. Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico. La Habana. Dirección Nacional de Estadísticas, 2017.
10. Rev. Cuba. Obstetricia- Ginecología; 36(1):1-3, ene.-mar. 2015.
11. Estrada M, Agueida LS, Galván T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila. MEDICIEGO. [Internet] 2015[citado 12 dic. 2015]; 17(2): [Aprox. 9 p.]. disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/pdf/T13.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T13.pdf).

12. Carlos y José. Análisis del Riesgo Preconcepcional en la población atendida en el área del CMF 14 municipio Baraguá. Rev. Cubana Medicina General Integral 2016 abril-junio.
13. Martínez de Satelices Cuervo A, Llamas Paneque A. Estudio de la incidencia de las muertes fetales y neonatales por malformaciones congénitas en el municipio 10 de octubre: 1981- 2005. Rev. Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2016 [citado 10 nov. 2016]; 2(3): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v2n3/PDFs%20Infomed/rcgc08308.pdf>.
14. Asesoramiento Preconcepcional. Universidad de San Carlos de Guatemala. [serial online] 2016 marzo. Disponible en: URL: <http://wwwmedicina.usac.edu.gt/fasell/familiar.pdf>.
15. Ruiz Julia Martha. Creación de oportunidades para las mujeres indígenas adolescentes. Population Council / Guatemala. [serial online] 2017 mayo. Disponible en: URL: <http://www.popcouncil.org/esp/americas/guatemala.html>.
16. Guatemala, reporte de Salud Reproductiva. [serial online] 2017 julio. Disponible en: URL: <http://www.lahora.com.gt>.
17. M.N.P.I Índice de esfuerzo del programa materno y neonatal. [serial online] 2015 septiembre disponible en: <http://wwwpolicyproject.com/pubs/mnpi/guatemala-mnpi.pdf>.
18. Asturias Laura E. Una ventana hacia la vida de las mujeres. Rev. Tertulia 2015 febrero.
19. Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología. 2da Edición. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2017.
20. Navas Ávalos, N; Castillo Fernández, F; Campos Martínez, A. Caracterización del riesgo preconcepcional. Arch. Méd. Camagüey; 10(2), mar.-abr. 2016.
21. González Lucas N. Salud sexual y reproductiva y genética médica en Cuba. Rev. Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2015 [citado 12 dic. 2016] Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v4n1/rgc010110.pdf>.
22. Oliva Rodríguez JA. Malformaciones cráneo-encefálicas. En: Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.

23. Águila Sitien Sonia. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2017.
24. Perdomo JC, Luna E, Domínguez ME, Castro M, Rodríguez D, Landa M, Ravelo O, Monzón M. El programa de diagnóstico, manejo y prevención de enfermedades genéticas y defectos congénitos en la provincia de matanzas: 1988-2008. Rev. Cubana Genética Comunitaria. [internet]. 2015 [citado 12 dic. 2015] disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v3n2\\_3/rcgc0523010%20esp. HTML](http://www.bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v3n2_3/rcgc0523010%20esp.HTML)
25. González Hernández A. La sexualidad en el adolescente. Sexo Soc. 2016.
26. Comisión de la familia, la mujer y al niñez. Políticas públicas municipales a favor de la niñez y la adolescencia. Período 2005-2007.
27. Rev. Esc. Enfermería. USP; 46(1):22-29, Feb. 2016. Tab.
28. Cobas M, Zacca E, Lantigua PA, Portuondo M, Morales F, Icart E. Caracterización epidemiológica y social de las personas con discapacidad intelectual en Cuba. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2015 [citado 12 dic. 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n1/spu05111.pdf>.
29. Factores que contribuyen al abandono de los métodos anticonceptivos [serial online] 2016 marzo disponible en: <http://www.unae.edu.ar/cicle/cyt/com.pdf>.
30. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala; 2017.
31. Varona de la Peña F, Echavarría Rodríguez N, Orive Rodríguez NM. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología [Internet]. 2015 oct.- dic. [citado 2 Febrero 2015]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36\\_04\\_10/gin10410.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol36_04_10/gin10410.htm).
32. Lemus Valdés MT, Chang Alonso ML, Zaldívar Vaillant T, Ducongé Munárriz Y, Llanos Hernández I, et al. Comportamiento e influencia de los defectos congénitos en la mortalidad infantil en el municipio Plaza de la Revolución: 1984-2009. Rev. Cubana Genética Comunitaria. [Internet]. 2016 [citado 12 dic. 2016] Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v4n2/rcgc040210.html>.
33. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev. Esp Cardiol. [Internet]. 2015

[citado 12 dic 2016] Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/factores\\_de\\_riesgo\\_cardiovascular\\_perspectivas\\_derivadas\\_del\\_estudio\\_framingham.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/factores_de_riesgo_cardiovascular_perspectivas_derivadas_del_estudio_framingham.pdf).

34. Fernández Ramos H, Crespo Estrada Y, Estrada Astral IL, Rodríguez Gutiérrez K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AMC [serie en Internet] 2015 Jun. [Consultado: 21 de febrero de 2015] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
35. Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Gaceta Médica Espirituana [serie en Internet] 2016 [Consultado: 16 de mayo de 2017] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)\\_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html).
36. Escobedo Jorge R, Perera Martínez R, García Estrada J. Manual CELSAM. La anticoncepción en América Latina 1999-2005. [serial online] 2015 mayo. Disponible en: URL: <http://www.celsam.org/home/manual.asp?manual=6>.
37. La Hora. Vida Sana/ La anticoncepción en América Latina. [serial online] 2015 mayo. Disponible en: URL: [www.lahora.com.ec/noticia\\_completa.asp?noid=300810](http://www.lahora.com.ec/noticia_completa.asp?noid=300810).
38. Toribio Morejón AJ, Estupiñán Hernández M, Domínguez Bofill S, Acuña Díaz A. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1 del Policlínico "Carlos Verdugo". Rev. Médica Electrónica. [Internet]. 2016 nov.- dic. [citado 2 Febrero 2015] Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema09.htm>.
39. Torres Sánchez Y, Lardoeyt Ferrer R, Lardoeyt Ferrer M. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión arterial crónica en un área de salud. Rev. Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2016 Sep. [citado 2016 Febrero] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)

40. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Página en Internet].UPN; 2015 [citado 29 Oct. 2016] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>.
41. Arias Carbonell MM, Cano Pozo E, Torres Leiva JE. Estrategias de aprendizaje de los residentes en Medicina General Integral del Centro Oftalmológico “José Martí”. Educación Media Superior [serie en Internet]. 2015 [citado 29 Oct. 2015]; 24(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200010)
42. Ríos Massabot NE, Fernández Viera RM, Jorge Pérez ER. Los registros médicos en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2016 [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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
43. Morles V, Álvarez N, Camino J, Castillo E, Manzanilla O, Nieves F, et al. Sistema nacional de educación avanzada. Caracas: Centro de Estudios e Investigaciones sobre 26. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. Educación Media Superior [serie en Internet]. 2015 [citado 29 Oct. 2016]; 22(2): [aprox.
44. Ochandategui Camejo L. Caracterización de la preparación de médicos y enfermeras para enfrentar desastres. Municipio 10 de Octubre [tesis]. La Habana: ISCM-H; 2017.
45. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [página en Internet]. La Habana: MINSAP; 2015. [citado 29 Oct. 2015] [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: <http://intranet.sld.cu/areas-del-cnrcm/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>
46. Quintana González JA, Fonseca Muñoz TA. Intervención educativa sobre planificación familiar en una Comuna de Haití. Rev. Mediciego. [Internet]. 2017

- jun. [citado 2 Febrero 2017] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\\_supl1\\_08/articulos/a8\\_v14\\_supl108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl1_08/articulos/a8_v14_supl108.htm).
47. Cabrera Cao Y, Ortega Blanco M, Orbay Araña MC. Sanz Delgado L. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev. Cubana Medicina General Integral 2015.
48. Quintero Paredes PP, Regal Lourido I, Quintero Paredes MM. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima". Pinar del Río. Bolet Medicina General Integral [serie en Internet] 2015 [Consultado: 8 de enero de 2015] Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/bolmgi/bol-mgi111/index.htm>.
49. Navas Ávalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Caracterización del riesgo preconcepcional, en mujeres de edad fértil policlínico centro del Guantánamo. AMC [serie en Internet] 2017; mar-abr. [Consultado: 21 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n2-2006/2137.htm>.
50. Fernández Ramos, H; Crespo Estrada, Y; Estrada Astral; Rodríguez Gutiérrez, K. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional Arch. Méd. Camagüey; mayo-jun. 2017.
51. Labori Ruiz, J; Pérez Guerra, D; Mock Hung, S. Modificación de los conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Atención primaria 2016.
52. Almarales Sarmiento G, Tamayo Peña DI, Pupo Damas H. Factores de riesgos reproductivos preconcepcional es en mujeres en edad fértil del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, agosto 2015-enero 2016. Corr MedCientHolg [serie en Internet] 2015 [Consultado: 16 de mayo de 2017] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/n123ori10.html>.
53. Valls M, Safora O, Rodríguez A, López J. Comportamiento del embarazo en mujeres en edad fértil. Rev. Cubana Obstetricia-Ginecología [Internet]. Ene-Mar [citado 10 nov. 2015] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v35n1/gin02109.pdf>.

## **ANEXOS**

### **Anexo # 1**

#### **Consentimiento de participación en proyecto de investigación médica.**

#### **Policlínico Baraguá Ciego de Ávila**

Yo \_\_\_\_\_ quien suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en la investigación: Intervención Educativa para la Prevención del Riesgo Preconcepcional en Mujeres en Edad Fértil del CMF 7, Área Baraguá 2019.

Se me ha explicado: En qué consiste la investigación y la importancia de esta para nuestra salud. Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo lo considere necesario no afectará mis relaciones con los médicos y la institución, los que me seguirán atendiendo según las normas y leyes del Estado Cubano.

Para que conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

---

Firma de la Paciente

---

Firma del Médico

**Anexo # 2**  
**CUESTIONARIO**  
**Policlínico Baraguá de Ciego de Ávila**

Estimada colaborador, nos encontramos realizando una investigación dirigida a un estudio para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional del área de salud Baraguá CMF # 7. Esperamos como siempre su colaboración. GRACIAS.

**1.** La edad comprendida entre 15 – 49 años se considera fértil. ¿Marque con una X a cuál de las agrupaciones pertenece?

15 a 25 años \_\_\_\_\_ 26 a 35 años \_\_\_\_\_ 36 a 45 años \_\_\_\_\_ 46 a 49 años \_\_\_\_\_

**1.1.** Marque con una X su nivel escolaridad.

Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Preuniversitaria \_\_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_\_

**1.2.** Marque con una X su ocupación.

Ama de casa \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ Trabajadora \_\_\_\_\_

**2.** Los factores de riesgo preconcepcional son múltiples. ¿Marque con una X las que considere como factor de riesgo preconcepcional?

1 \_\_\_\_\_ Obesa 2 \_\_\_\_\_ Desnutrición 3 \_\_\_\_\_ Fumadora 4 \_\_\_\_\_ Parto múltiple  
5 \_\_\_\_\_ Ninguno.

**3.** Las enfermedades crónicas no transmisibles repercuten desfavorablemente en el proceso reproductivo del ser humano. ¿Marque con una X cuál de los enunciados se relacionan con factores de riesgo preconcepcional?

1 \_\_\_\_\_ Diabetes Mellitus, 2 \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial, 3 \_\_\_\_\_ Asma Bronquial,  
4 \_\_\_\_\_ Insuficiencia Cardíaca, 5 \_\_\_\_\_ Ninguno

**4.** Los métodos anticonceptivos son uno de los pilares fundamentales para disminuir el riesgo reproductivo preconcepcional. ¿Marque con una X los métodos anticonceptivos que conoce de los enunciados?

1\_\_\_condón, 2\_\_\_ (DIU) T de cobre 3\_\_\_Hormonas inyectables,  
4\_\_\_Hormonas orales, 5\_\_\_Abstinencia periódica, 6\_\_\_Coito interrumpido  
7\_\_\_Lactancia materna exclusiva, 8\_\_\_Quirúrgico femenino y masculino  
9\_\_\_Ninguno.

**5.** Según sus conocimientos sobre riesgo preconcepcional. Marque Verdadero V o Falso F según considere los enunciados.

- 1\_\_\_Mujer de 26 años sana se considera como RRPC.
- 2\_\_\_El condón es un método anticonceptivo que previene las enfermedades de transmisión sexual.
- 3\_\_\_Paciente de 35 años, femenina con antecedente de diabetes Mellitus, obesa se considera como riesgo preconcepcional.
- 4\_\_\_Las mujeres que consumen alcohol y cigarro se consideran como riesgo preconcepcional.
- 5\_\_\_Las edades extremas y en nivel de escolaridad bajo no se considera como factor de riesgo preconcepcional.

Nivel de conocimientos:

Pregunta 1: No evaluable.

Pregunta 2:

Satisfactorio: Contestar incisos 1, 2, 3, 4

Insatisfactorio: Contestar incisos 5.

Pregunta 3:

Satisfactorio: Contestar inciso 1, 2, 3, 4.

Insatisfactorio: Contestar inciso 5

Pregunta 4:

Satisfactorio: Contestar incisos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Insatisfactorio Contestar incisos 9

Pregunta 5:

Satisfactorio: Contestar incisos V 2, 3, 4, F 1, 2.

Insatisfactorio Contestar incisos F 2, 3, 4, V 1, 2.

Calificación Final:

Satisfactorio: Contestar correctamente 3 preguntas.

Insatisfactorio: Contestar incorrectamente menos de 3 preguntas.

### **Anexo # 3**

#### **DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

##### **Policlínico Baraguá Ciego de Ávila**

Título: Conociendo sobre el riesgo Preconcepcional.

La estrategia de intervención consiste en el accionar encaminado a retribuir las necesidades educativas de los colaboradores.

Para la ejecución de este trabajo se utilizó un programa educativo para aplicar conocimientos de RPC y sensibilizar a la población en edad fértil y promover la realización de la misma.

- Dinámica grupal con debate de situación.
- Debate y reflexión.
- Conferencia, juego de conocimientos.

En cada una de las sesiones de trabajo se irán abordando los problemas identificados (una sesión para cada problema) y última se dedicará a precisar el conocimiento alcanzado por los colaboradores.

Objetivo General: Elevar el nivel de información sobre riesgo Preconcepcional que permita comprender la importancia que tiene prevenir o controlar un embarazo de riesgo.

Evaluar la eficacia de un programa de Intervención educativa sobre prevenir o controlar el embarazo de riesgo en el municipio Baraguá. En el período comprendido desde mayo 2018 hasta mayo 2019.

## Clase # 1

Fecha:

Hora:

Lugar: Aula Policlínico Baraguá.

Temática: Introducción riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivo: Dar a conocer el contenido del ensayo de intervención educativa sobre el riesgo reproductivo preconcepcional.

- Lograr que los integrantes del grupo se familiaricen.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos

Recursos: Local, folletos especializados, lápices, borrador.

Introducción: Durante este primer encuentro se procedió a la presentación de cada uno de los participante de acuerdo a su nombre, edad y procedió 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

Técnicas participativas: Se iniciará controlando la participación de las mujeres en edad fértil, seguidamente cada mujer en edad fértil realizará una presentación personal donde harán referencia a:

- Nombre y Apellidos
- Donde trabaja o es ama de casa
- Motivos de su presencia
- Preferencia (Tema Libre)

Desarrollo: una vez concluida el primer momento se procedió a informar el horario, fechas y lugares previsto, se habló acerca de los objetivos del proyecto para promover salud y de esta manera aumentar el conocimiento sobre riesgo reproductivo preconcepcional. Luego se explicará la frecuencia con la que se realizarán las actividades, el tiempo de duración, los recursos que se utilizarán y las formas en que desarrollarán las actividades de participación en el mismo o si deciden en el transcurso del mismo abandonarlo están en absoluto derecho.

**Nota:** Los temas que cada mujer en edad fértil abordará en su presentación serán de interés nuestro, además esto permitirá ir creando un ambiente agradable, a menos que contribuya a la inhibición de las mujeres en edad fértil y su familiarización en el grupo, donde expresaran experiencias relacionadas al tema.

## **Clase # 2**

Fecha:

Hora:

Lugar: Aula de policlínico Baraguá.

Temática: Factores de riesgo reproductivo preconcepcional.

Objetivo: Describir los diferentes factores de RPC, haciendo uso de la bibliografía especializada para ello mediante el dialogo y el debate que contribuya a la formación del mujer en edad fértil.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos

Recursos: local – pizarra – bibliografía especializada

### Introducción

- Control de la participación de las mujeres en edad fértil.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará.

➔ Introducir el tema y el objetivo de la clase

Para darle cumplimiento al objetivo de la clase se realizará dos actividades.

La primera actividad consiste en describir las diferentes factores donde puede existir durante la etapa preconcepcional, el parto, puerperio, recién nacido, haciendo coincidir cada una de estas etapas con sus características para ello se utilizará un juego de tarjetas donde en una estarán las etapas.

### Desarrollo

Profundizar sobre factores de RRPC.

El profesor profundizará en cada una de estas etapas y propone a partir de diferentes situaciones la identificación de factores de RPC.

A continuación mencionaremos uno de las Factores de RPC que pudiera ocurrir.

Madre adolescente con anemia con deficiencias en el control prenatal producto de la concepción es bajo peso y crecimiento intrauterino retardado.

¿Si fueras usted esa paciente que medida tomaría al respecto?

Profundizar en: Las características anatomofisiológicos de la adolescencia.

¿A qué edad comienzan?

¿Por qué se dan?

¿Qué suceden las embarazadas adolescentes?

Esto provoca un complejo proceso de toma de decisiones entre somáticos psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos.

¿Se puede considerar la maternidad como algo normal en la adolescencia?

### Conclusiones

Responder la interrogante que a continuación se muestra mediante la técnica de la lluvia de estrellas.

¿Qué consecuencia puede traer un embarazo para la adolescencia?

### **Clase # 3**

Fecha:

Hora:

Lugar: Aula de policlínico Baraguá.

Temática: Métodos anticonceptivos.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 45 minutos

Recursos: local – pizarra – bibliografía especializada

Objetivos:

- Describir los métodos anticonceptivos que más se utilizan y su importancia.
- Describir los métodos anticonceptivos más eficaces.

Recursos: Mujeres en edad fértil – local – pizarra – bibliografía especializada

Desarrollo:

- Aplicar la técnica de “Palma real”, la cual consiste en representar sobre una hoja de papel un gráfico de la Palma y en sus hojas los principales métodos anticonceptivos.
- Hablar sobre la eficacia de los mismos.

Conclusiones:

¿Cuál sería el método anticonceptivo ideal de acuerdo a las características individuales de la mujer que constituye un riesgo preconcepcional que conociste en el día de hoy?

Para responder lo anterior se dará a cada mujer en edad fértil un papel donde ellos expondrán sus respuestas sin necesidad de poner nombre.

## **Clase # 4**

Fecha: Hora:

Lugar: Aula de policlínico Baraguá.

Recursos: Mujeres en edad fértil – local – pizarra – bibliografía especializada

Temática: Acciones de salud reproductiva.

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Objetivos: Reflexionar sobre las acciones de salud reproductiva.

Duración: 45 minutos

Técnica participativa: Tesoro escondido.

Desarrollo:

-aplicando la técnica del tesoro escondido dará inicio la clase para ello se esconderán varios papelitos y se le comunicara a las mujeres en edad fértil que deben buscar, en cada papelito aparecerá un mensaje encaminado a la educación sexual y responsable y demás acciones a realizar con el recién nacido lactante, embarazadas y no gestantes.

-durante el desarrollo se reflexionará sobre las situaciones elaboradas por ellos y las posibles interrogantes que aparezcan.

Conclusiones: Al final de la clase se indicará a los mujeres en edad fértil reflexionar sobre el tema de la clase ¿Qué gané, que perdí?

## **Clase # 5**

Fecha:

Hora:

Lugar: Aula de policlínico Baraguá.

Duración: 45 minutos

Tipo de actividad: Clase teórico practico.

Temática: Riesgo Reproductivo. Consolidación del tema.

Recursos: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas. Todo lo necesario para lograr un mejor aprendizaje de todo lo anterior.

Objetivos: Integrar todos los conocimientos adquiridos en los encuentros anteriores.

Introducción: se realizó un breve recordatorio de la clase anterior y preguntas de control.

Desarrollo: Se realizará por parte del profesional una exposición integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes.

Conclusiones: Al final de la clase se indicará a las mujeres en edad fértil reflexionar sobre el tema de la clase.

## **Clase # 6**

Fecha:

Hora:

Lugar: Aula de policlínico Baraguá.

Tipo de actividad: Clase teórico práctica.

Duración: 1 hora.

Temática: Aplicación del ensayo nuevamente sobre el Programa de Intervención Educativa.

Recursos: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas. Todo lo necesario para lograr un mejor aprendizaje de todo lo anterior.

Introducción: se realizó un breve recordatorio de la clase anterior y preguntas de control.

Desarrollo:

- Se aplicará nuevamente el acápite de la encuesta realizada al inicio de la investigación que nos sirvió de diagnóstico para determinar el nivel de información de la muestra estudiada. Con los nuevos resultados obtenidos podemos comparar y dar a conocer los resultados del ensayo de la Intervención Educativa.

Se darán a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elemento esencial el cuestionario aplicado.

- Se dará a conocer a cada participante su evaluación especificando que la mejor es el conocimiento que han sido capaces de obtener de la misma.
- Se concluirá con una actividad recreativa propuesta por las participantes.