

*UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA.
POLICLÍNICO DOCENTE CEBALLOS*

*Título: Intervención comunitaria para reducir factores de Riesgo
Preconcepcional Ceballos, Ciego de Ávila, 2013-2015.*

*TESIS EN OPCIÓN A OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL.*

Autor: Dr. Alierkys Linares Navarro.

2015

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA.

POLICLÍNICO DOCENTE CEBALLOS

*Título: Intervención comunitaria para reducir factores de Riesgo
Preconcepcional Ceballos, Ciego de Ávila, 2013-2015.*

*TESIS EN OPCIÓN A OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA
GENERAL INTEGRAL.*

Autor: Dr. Alierkys Linares Navarro.

Residente de Segundo Año en M.G.I.

Tutora: *Dra. Nivys Leyanys Oria Cruz.*

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Máster en Atención Integral al Adulto mayor.

Policlínico Docente Ceballos.

2015

DEDICATORIA

A MIS PADRES PADRES QUE SIEMPRE SE HAN ESFORZADO PARA DARME UNA MEJOR EDUCACIÓN Y ME HAN BRINDADO LO MEJOR DE SÍ, ADEMÁS DE GUIARME SIEMPRE POR EL BUEN CAMINO.

A MI ESPOSA POR SU APOYO INCONDICIONAL.

AGRADECIMIENTOS

A QUIEN NOS DIO LA OPORTUNIDAD DE ESTUDIAR Y ENTREGAR EL FRUTO DEL SABER; LA REVOLUCIÓN.

A MIS PADRES QUE SIN SU APOYO INCONDICIONAL ESTE SUEÑO NO HUBIESE SIDO POSIBLE.

A TODA NUESTRA FAMILIA Y A LOS QUE AUNQUE NO LO SON, QUE SIEMPRE SE HAN PORTADO COMO TAL.

A MI TUTORA NIVYS LEYANYS POR SU APOYO INCONDICIONAL Y SUS ENSEÑANZAS.

A NUESTROS AMIGOS; EN QUIENES HE ENCONTRADO APOYO, AYUDA Y COMPRENSIÓN.

A TODOS LOS QUE DE UNA FORMA U OTRA COLABORARON EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, HACIÉNDOLO SUYO.

A TODOS

MUCHAS GRACIAS.

RESUMEN

En nuestra investigación se realizó una intervención comunitaria, con el objetivo de aplicar una estrategia de intervención educativa en el Consejo Popular Ceballos del municipio Ciego de Ávila en el período comprendido entre Noviembre 2013 – Mayo 2015 para elevar el grado de conocimiento acerca del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil. El universo lo constituyeron 103 mujeres del cual se escogió una muestra al azar de 50 mujeres que tienen riesgo preconcepcional. Las variables estudiadas fueron: edad, nivel de escolaridad, situación conyugal, antecedentes obstétricos, antecedentes patológicos relacionados con el embarazo. El procesamiento de la información se realizó manualmente utilizando el método porcentual para corroboración de encuestas. Los resultados mostraron que con la aplicación de la estrategia de intervención aumentó significativamente el nivel de conocimiento de los factores de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil, haciéndose recomendaciones para incrementar el trabajo de orientación y consejería por parte del personal de salud, dándole participación a la comunidad, a la pareja y a la familia para promover comportamientos saludables y concebir el embarazo en el momento más idóneo para la familia y para la pareja.

Palabras clave: riesgo reproductivo preconcepcional, factores de riesgo, métodos anticonceptivos

INDICE

<u><i>Contenido.</i></u>	<u><i>Página.</i></u>
Introducción_____	1
Marco teórico _____	5
Objetivos _____	10
Método _____	11
Análisis y discusión de los resultados_____	20
Conclusiones_____	28
Recomendaciones_____	29
Referencias bibliográficas_____	30
Anexos_____	

INTRODUCCIÓN

El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y pueden influenciarse entre ellos. Existen diversas clasificaciones de riesgo reproductivo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir, que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El objetivo principal es disminuir el riesgo de enfermedad de la madre o el producto, y que como principal condicionamiento haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo susceptible de modificarse, atenuarse o eliminarse. Para esto debe ser aplicado un adecuado enfoque dirigido a la prevención del riesgo.

Según la OMS, “ la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer y el hombre es relativa a sus procesos y funciones en todas las etapas. En la Conferencia Mundial de población y desarrollo celebrada en 1994, El Cairo, Egipto, por los participantes, incluido Cuba defendieron el criterio de que “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 decir cuándo y con qué frecuencia lo hace”. En esta última afirmación está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y a tener acceso efectivo y aceptable a un costo razonable y libre de riesgos de acuerdo con los métodos elegidos para el control de la fecundidad, el derecho a servicios adecuados de la salud que permitirán a la mujer tener un embarazo y parto seguro, y a la pareja la

oportunidad de tener hijos sanos. ⁽⁷⁾

El actual siglo ha sido testigo de un marcado descenso de la mortalidad materno-infantil a nivel mundial. Los países con mayor nivel socioeconómico y cultural exhiben tasas más bajas, obteniéndose resultados por debajo de 10 y en algunos como Suecia y Japón de 4 y 3 respectivamente. Sin embargo, aquellos países subdesarrollados han llegado a tener tasas por encima de 100 por cada mil nacidos vivos. ⁽¹⁾

Al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre el nivel de desarrollo del área o país estudiado y el comportamiento del indicador de salud Materno Infantil, de esta forma encontramos que se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación ^{(5), (6)}. Así se recogen las siguientes estadísticas, en África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica: 1 de cada 6366. En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil ⁽⁷⁾. Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo cual considero más útil enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en naciones con difícil situación de salud, para brindar una panorámica general del problema.

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil, en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final del 2010, pero en países como Bolivia, Nicaragua,

Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8. Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza. De 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. (7, 8, 9,10)

En el 2001 se logró en el mundo una tasa de mortalidad materna de 8.5 por mil nacidos vivos, por lo que a partir de este año, comenzó una nueva preocupación universal. El riesgo de vida fetal, iniciando así la tendencia a reducir el número de hijos y al mismo tiempo el deseo de no perder ninguno. (9,10).

En Buenos Aires , Argentina, la consulta preconcepcional es otra forma de Prevención Primaria, es el primero de los cuatro componentes sucesivos, que constituye el cuidado obstétrico, incluye Promoción de Salud, Protección específica, seguimiento, si es necesario y actividad de Prevención Secundaria. (7)

Se han realizado estudios como por ejemplo en el del Estado de Veracruz, México, donde se aplica el Programa de Riesgo Preconcepcional y se ha logrado reducir igualmente la tasa de Mortalidad materna a 4,5 por 100 000 nacidos vivos, en el año 2000. (8)

Venezuela con 23.5 millones de habitantes (2010), el 85% vive en ciudades, es considerada una población muy joven, ya que el 37% tiene menos de 15 años y el 65% menos de 30 años y su crecimiento es bastante acelerado, por la alta natalidad 25.7 por mil habitantes, y según cálculos se espera que en el año 2020, la población ascienda a 29 millones; por todo lo anterior se hace necesario un programa de salud que se cumpla a cabalidad donde se incluya el riesgo reproductivo preconcepcional como prioridad en la salud reproductiva de la pareja venezolana. (11).

El Municipio Ciego de Ávila durante el año 2014 la dispensarización de mujeres en edad fértil como Riesgo Reproductivo Preconcepcional fue deficiente, exhibiendo un Índice de Bajo Peso al nacer alto al igual que la tasa de Mortalidad Infantil; mientras que en igual periodo el Policlínico Docente Ceballos, presentó un Índice de Bajo Peso al Nacer alto, detectándose exploratoriamente que el mayor aporte de estos dos indicadores de salud se debe al grupo de mujeres con Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

En esta provincia al igual que en el municipio cabecera, el control del riesgo reproductivo preconcepcional constituye una prioridad importante influyendo de manera positiva en los indicadores del programa materno infantil alcanzados hasta la fecha. En esta entidad, por los estudios realizados se ha demostrado que no existe un adecuado seguimiento de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional determinándose que más de la mitad de las gestantes presentan algún riesgo que interfiere en los indicadores del programa materno infantil.

Al encontrarnos con un número elevado de féminas no controladas en el consejo popular de Ceballos debido al grado cultural, a la insuficiente educación por parte de los medios de comunicación como del personal de la salud, es que nos motivamos a la realización de este trabajo y con ello formulamos el problema científico: ¿Constituye un problema el riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico Ceballos?

MARCO TEÓRICO

El Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional como política de salud permite la decisión libre, consiente y voluntaria de las parejas para determinar cuántos y cuándo tener los hijos que deseen, mediante la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos. Su finalidad es reducir la morbimortalidad materno infantil, que la pareja disfrute plenamente la sexualidad y lograr una paternidad y maternidad responsable. ^(22,24)

Prácticamente todas las investigaciones sobre el tema coinciden que es muy importante que el embarazo sea deseado, planificado, que la madre esté en las mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como que las condiciones socio psicológicas sean las mejores. ⁽²⁵⁻²⁸⁾ En ello desempeña un papel primordial un buen manejo del Riesgo Reproductivo, por lo que el médico debe tener un adecuado conocimiento de este tema, pues le permitirá hacer una valoración real de cada caso y así poder establecer si la pareja o, en última instancia, la mujer, constituye un Riesgo Reproductivo Preconcepcional.

Debemos señalar que los factores de riesgo no se comportan de igual manera en cada mujer, por otra parte no todos los autores consideran los mismos factores de riesgo y, cuando coinciden, no los valoran igual; de ahí la importancia de que el Médico de la Familia haga una evaluación integral e individual determinando cuándo constituye un Riesgo Reproductivo. ^(12,29, 30)

La atención al Riesgo Reproductivo Preconcepcional es una estrategia de primer orden, tiene un enfoque epidemiológico y va dirigida a modificar los riesgos biológicos, psicológicos y sociales preexistentes que, de forma voluntaria y negociada con las parejas o mujeres, permiten modificarlos con vista a que el

embarazo curse con el menor riesgo posible y existan menos embarazos con riesgo.
(31)

Varios autores abordan con insistencia la presencia del riesgo en la mujer sin mencionar lo novedoso que es abordar con concepto de género, especialmente los riesgos preconceptionales en el hombre, tanto aquellos relacionados con afecciones sistémicas modificables y los del aparato reproductor, como los que tienen que ver con hábitos tóxicos como, por ejemplo, el alcoholismo, o con conductas sociales inadecuadas. (14, 31-33)

Muchos autores coinciden en que la planificación familiar, como cualquier otro aspecto de la atención de la salud, depende de un equipo de personas, aunque cada una realiza un trabajo diferente. Los médicos reconocen que el traer una criatura al mundo es una de las tareas más importantes y de más responsabilidad en el cuidado de la salud. En comparación con la responsabilidad de atender un parto, la mayoría de las técnicas que intervienen en la anticoncepción son relativamente simples. (24, 34,35)

Casi todas las personas en algún momento de sus vidas necesitarán consejo sobre planificación familiar, por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tiene un papel muy importante en proporcionar tal consejo. (36,37)

Hay personas tímidas que no se atreven a hablar de una cuestión tan íntima o que realmente desconocen que la anticoncepción es posible o accesible, por tanto es importante poder hacer acciones donde se guíe y aconseje a quienes lo necesiten. En muchos lugares se han organizado servicios de planificación familiar asociados a la obstetricia, y ello se debe a que muchas mujeres están especialmente alertas a la necesidad de la anticoncepción para mejorar su vida reproductiva; sin embargo, con el desarrollo de la medicina familiar y con médicos de familia técnicamente preparados para desarrollar esta importante tarea se abre una posibilidad a cada

pareja necesitada de este servicio, que se le brindará prácticamente dentro de la propia comunidad de residencia; para esto es importante explicar bien sobre esta temática, pues la dificultad principal es que muchos métodos anticonceptivos no son en realidad complicados, sino que no se sabe cómo usarlos; por consiguiente, la enseñanza cuidadosa del método es más importante que el conocimiento detallado de la fisiología y anatomía. ^(26, 38, 39)

La ilusión natural de casi toda mujer es tener hijos, ¿cuántos? es una cuestión que se verá influida por múltiples factores como educación, cultura, religión, estilo de vida, aspiraciones vitales y las oportunidades. Muchos autores coinciden en que el costo y riesgo de la crianza de los hijos es un factor que induce a las parejas a tener familias menos numerosas, sin embargo, algunos sí las desean. ^(33,40,41) No obstante, es importante dar a las parejas el tipo de consejo e información que les permita tomar por sí mismas decisiones prudentes; quien aconseja debe vencer sus propios prejuicios para dar una información imparcial y evitar moralizar, lo cual es difícil cuando hay diferencias de cultura o religión.

Cuando se trata de brindar servicios de planificación familiar es importante pensar en causas que pueden entorpecer nuestros propósitos como políticas culturales o religiosas, posiciones gubernamentales, leyes existentes, uso de métodos de poca eficacia, roles de mujer-hombre, bajo nivel educacional, insuficiente e inadecuada educación sexual y miedo al daño. ⁽⁴²⁻⁴⁴⁾

La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación consciente con un alto sentido de responsabilidad que significa tener hijos deseados y que nazcan en condiciones apropiadas, significa tener servicios apropiados para brindar información, orientación y asistencia a parejas infértiles. Es importante tener en cuenta la participación de la pareja y tendremos que hacernos varias preguntas: ¿quién escoge el anticonceptivo?, ¿cómo se escoge?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo se va a usar?, ¿cuándo se va a usar?, ¿a quién puede afectar? o ¿cuáles son sus efectos?

En el alegato histórico “ La Historia me Absolverá”, Fidel pronunciaba: “.....en el mundo actual ningún problema social se resuelve por generación espontánea”. Expresaba, en esencia la idea de un nuevo sistema político y social para Cuba. Hoy, a más de 50 años de esa frase, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario y no como una imposición de los tiempos actuales de unipolaridad, globalización, crisis económica, de demandas de equidad social, sino como una necesidad del propio espíritu de la revolución, como reflejo de respeto más absoluto de uno de los derechos humanos más importantes de todo ciudadano del mundo. En nuestro país, el único proyecto concebible para garantizar un pueblo saludable depende del sistema nacional de salud, que en 1984 implantó el modelo de Atención Primaria de Salud como eje que comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, dirigidos al individuo, la familia, la comunidad y el medio. ⁽²⁾

Antes de triunfo de la Revolución Cuba tenía un índice de mortalidad infantil de 60 o 70 por cada mil nacidos vivos, pero al triunfar la misma y al instaurarse un modelo de salud socialista se logró de forma paulatina el descenso de estos índices hasta lograr en la actualidad 6 o 7 por cada mil nacidos vivos. ⁽³⁾

Luego de instaurarse el equipo básico de salud el mismo juega un rol importantísimo en el renglón de la APS ya que este es el interlocutor directo con la población, es el que determina y actúa ante los problemas de salud de una comunidad dada. Especialmente es quien determina en este caso los factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Este equipo es el encargado de reducir los factores de riesgo. ⁽⁴⁾

La salud materno-infantil depende de las condiciones en que se inicia el embarazo, y de la calidad de la atención que este reciba durante su desarrollo, parto o puerperio. ⁽⁶⁾

Se considera por estimaciones, que en nuestro país existe entre el 15 y 25% de mujeres entre 15 y 49 años que tienen alguna condición social, biológica o conductas que permitan clasificarlas como mujeres con riesgo preconcepcional, se refiere al riesgo real, modificable.

Actualmente gozamos de un sistema en el cual podemos decidir cuándo es el momento indicado para procrear, en el caso de que se esté en presencia de algún riesgo, existen variados elementos para prevenir los mismos.

La consulta de planificación familiar de la Atención Primaria de Salud cuentan con un equipo multidisciplinario e integral con enfoque de riesgo, desarrollándose en estrecha interrelación con los médicos y enfermeras de la familia mediante el pesquisaje activo de las mujeres con el riesgo reproductivo preconcepcional, con la orientación, la consejería y la mayor equidad, lo cual permite una mayor eficacia en el empleo de los recursos disponibles en estas mujeres con riesgo incrementado, de manera que un número importante de ellas reciba atención y seguimiento en la consulta de planificación familiar.

Con el advenimiento de los tiempos modernos podemos apreciar los cambios significativos que ha sufrido la salud pública y dentro de esta la mortalidad materno-infantil.

OBJETIVOS

Objetivo general: Implementar una estrategia de intervención comunitaria para disminuir el riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el consejo popular Ceballos perteneciente al policlínico Docente de Ceballos del municipio de Ciego de Ávila en el período comprendido entre noviembre 2013- mayo 2015.

Objetivos específicos:

- 1 Determinar los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en la población estudiada.
- 2 Diseñar e implementar una estrategia de intervención educativa para disminuir el riesgo reproductivo preconcepcional determinado.
- 3 Comparar los resultados obtenidos antes y después de aplicada la intervención.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre experimental prospectivo tipo pre test post test en el consejo popular Ceballos perteneciente al policlínico Docente de Ceballos, Ciego de Ávila en el período comprendido entre noviembre de 2013 – mayo de 2015.

En esta investigación se utilizó la prueba estadística de McNemar, que es utilizada cuando estamos en presencia de datos binarios (0,1). Se utiliza normalmente en una situación de medidas repetidas, en la que la respuesta de cada sujeto se obtiene dos veces, una antes y otra después de que ocurra un evento especificado.

Se aplicará la prueba McNemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las personas de las cuatro variables en estudio, es decir aceptable e inaceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable en el Statistical Package for the Social Sciences.

Esto conlleva al planteamiento de las siguientes hipótesis:

Ho: La metodología de intervención no es efectiva.

H1: La metodología de intervención es efectiva.

Esta prueba nos permite detectar cambios en las respuestas causadas por la metodología de intervención en nuestro diseño del tipo antes-después.

Con la utilización del Statistical Package for the Social Sciences podemos aplicar adecuadamente esta prueba para cada una de las variables estudiadas obteniendo como resultado una probabilidad p . En caso de que $p \leq 0.05$ entonces existe significación y rechazamos la hipótesis Ho.

Si ji-cuadrado calculada (X^2) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado

$(X^2_{(0.95)}^{(n-1)(k-1)})$ entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1 .

Proporción de cambios:

Región crítica:

$$X^2 = \frac{(A-D)^2}{A+D}$$

A+D

$$X^2_{(0.95)}^{(1)} = 3.84$$

Se rechaza H_0 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

El universo estuvo constituido por 103 mujeres de las cuales se tomó una muestra al azar de 50 mujeres consideradas de riesgo preconcepcional las cuales cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- 1-Estar dispuestas a participar en el estudio.
- 2-Ser considerada de riesgo reproductivo preconcepcional.
- 3-Presentar factores de riesgo modificables.

Criterios de exclusión:

- 1-No cumplir con los criterios de inclusión.
- 2- Pacientes que no vivan de forma permanente en el área de salud en estudio.
- 3-Presencia de enfermedades de cualquier etiología que imposibilite o dificulte el estudio.

Al inicio de la investigación se informó debidamente a los participantes sobre las características de la investigación, el respeto a la información que brindaron y su privacidad; la beneficencia y utilidad del estudio, el cual no requirió poner en riesgo su vida, ni realización de procedimientos invasivos de ningún tipo, y se requirió su voluntad de participar en el mismo, la cual quedó plasmada por escrito previa evaluación por el Comité de Expertos. (Ver anexo no. 1: Consentimiento Informado).

Operacionalización de las variables.

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	15 – 19 20- 34 35- 49	Según años cumplidos en los grupos siguientes: Tiempo que media desde el nacimiento hasta la aplicación de la encuesta por primera vez.	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	lletrada Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitaria universitaria	Según nivel de escolaridad vencido	Números totales y porcentos según grupo de pertenencia
Estado civil.	Cualitativa nominal politómica	Soltera Casada Viuda Divorciada Acompañada	Según registro civil.	Porcentaje según categorías.
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario.	Número y porcentaje según grupo de

				pertenencia.
Antecedentes obstétricos	Cualitativa nominal politómica	Bajo peso al nacer Defunciones fetales Muertes perinatales Partos distócicos	Según presencia o no de dichos factores	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Patologías relacionadas con el embarazo	Cualitativa nominal politómica	Preeclampsia leve Preeclampsia grave Eclampsia Placenta previa Hematoma retroplacentario	Según presencia o no de dichos factores	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Enfermedades crónicas no transmisibles	Cualitativa nominal politómica	HTA Diabetes Mellitus Asma Bronquial Epilepsia Afecciones renales Enfermedades psiquiátricas	Según presencia o no de dichos factores	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Hábitos	Cualitativa	• Present	Según	Número y

tóxicos	nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • No present a 	validación del cuestionario.	porcentaje según grupo de pertenencia.
Método anticonceptivo utilizado	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza • No Utiliza 	Según utiliza o no algún método anticonceptivo como DIU, vacunas anticonceptivas, preservativo, anticonceptivos orales, esterilización quirúrgica.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.
Riesgo social	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Present a • No present a 	Según cuestionario si presenta al menos 1 de los siguientes elementos: per cápita familiar, hacinamiento, condiciones estructurales de la vivienda, estado nutricional.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia.

Para la recogida de la información en el caso del grupo de estudio, se utilizó las historias clínicas familiares y una ficha diseñada previamente y en el grupo control se aplicó un cuestionario al final de la investigación que incluyó las mismas variables. (Anexo 2)

El estudio se dividió en las siguientes etapas:

- 1 Etapa de diagnóstico.
- 2 Etapa de intervención.
- 3 Etapa de evaluación.

Etapa de diagnóstico: citamos a las pacientes a las cuales se les aplicó una encuesta que permitió conocer los factores de riesgo reproductivo preconcepcional modificables presentes en la población estudiada, como cumplimiento al objetivo #1 (Anexo 2)

Etapa de intervención: Primeramente dividimos el grupo de mujeres en 4 subgrupos, y nos reunimos en el consultorio para determinar el horario y lugar de reunión. Para la intervención se desarrolló un programa educativo que consto de 5 sesiones con el siguiente plan temático, dándole cumplimiento al objetivo #2 para elevar el conocimiento de cómo modificar los factores del RRPC de las féminas en estudio.

► Sesión# 1

Objetivo general: Presentación de la estrategia de intervención y su metodología

Planteamiento temático: Objetivo de la estrategia de intervención y el desarrollo de la misma.

Elaboración: Con la ayuda de medios audiovisuales se dio a conocer el algoritmo a seguir.

Cierre: A partir de la técnica de lo positivo, negativo y lo interesante (PNI) los miembros del grupo de mujeres expusieron cómo se sintieron en la sesión.

► Sesión# 2

Objetivo general: Brindar información acerca de la salud sexual.

Planteamiento temático: Se realiza una dinámica grupal analizando las situaciones y conflictos que vivencian las mujeres al comenzar la vida sexual, de los riesgos al ser irresponsables, de identificar la edad óptima para tener un embarazo.

Elaboración: Se someterán a debate las ideas planteadas y se llevarán a la práctica por medio de ejemplos.

Cierre: Por medio de una palabra, expresar lo aprendido.

► Sesión# 3

Objetivo general: Presentación del tema ¿cómo evitar un embarazo?

Planteamiento temático: Impartir con medios audiovisuales la charla de cómo evitar un embarazo.

Elaboración: Se debaten las ideas planteadas, las mujeres del grupo deberán decir si entendieron o no los criterios dados en el mismo.

Cierre: aquí expresarán cómo se sintieron y cada una de las participantes expresará lo que realizará de ahora en adelante con respecto al riesgo reproductivo preconcepcional.

► Sesión# 4

Objetivo general: Presentación del video principales riesgos y su repercusión en el embarazo.

Planteamiento temático: Ver y analizar el video.

Elaboración: Las mujeres participantes expondrán lo que entendieron acerca del

tema que han visto.

Cierre: A partir de la técnica de lo positivo, lo negativo y de lo interesante, los miembros del grupo deben exponer cómo se sintieron en la sesión.

► Sesión# 5

Objetivo general: Integrar los temas abordados en la estrategia educativa.

Planteamiento temático: Por medio de una dinámica grupal se debatirán los temas expuestos en sesiones anteriores.

Elaboración: Cada integrante del grupo de forma sencilla expondrá lo aprendido y lo debatirá con otras compañeras aunando criterios

Cierre: Las mujeres de la muestra nos dirán con qué expectativas llegaron a la actividad y cómo se van.

Integrar los temas abordados en la estrategia de intervención educativa.

Valorar la trascendencia de los debates y su utilidad para su vida futura.

Etapa de evaluación: aplicamos una encuesta que nos permitió comparar los resultados obtenidos después de aplicar la intervención educativa (anexo 4), con lo que se cumplió el objetivo #3.

Obtención de la información: En la fase de organización se realizó un encuentro en el Consejo de Dirección del Policlínico “Ceballos”, con el objetivo de establecer coordinaciones precisas, con el binomio médico – enfermera de cada consultorio del Consejo Popular antes mencionado, donde se explicó el objetivo de la investigación.

En un segundo encuentro con el binomio médico- enfermera, se realizó un seminario instructivo para el llenado de formularios (Anexos 1,2 y 4). Para recoger todos los datos sin dificultad, nos auxiliamos de las encuestas estructuradas (Anexos 2 y 4).

La recolección de la información se llevó a cabo por medio del médico y la enfermera que brindaron atención directa a las mujeres en estudio que se realizó en el horario de terreno, y se entrevistaron a las pacientes fuera de su hogar, excepto aquellos casos que en el momento de la entrevista se encontraron solas. El proceso fue monitoreado por los tutores, en el horario del terreno, quienes controlaron la veracidad y calidad de la entrevista, con una frecuencia semanal y el apoyo del equipo multidisciplinario de atención del riesgo reproductivo preconcepcional del área de salud. El procesamiento de la información se realizó de forma manual, utilizando el método porcentual para la corroboración de las encuestas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1- Intervención comunitaria para reducir factores de Riesgo Preconcepcional Ceballos, Ciego de Ávila, 2013-2015.

Distribución de la muestra de estudio del riesgo reproductivo preconcepcional según grupos de edades.

<i>Grupos de edades</i>	#	%
15-19	10	20
20-34	24	48
35-49	16	32
Total	50	100

Fuente: encuesta

$p < 0.05$

El universo quedó constituido por 103 mujeres en edad fértil con algún tipo de riesgo reproductivo preconcepcional, del mismo se escogió una muestra de 50 mujeres las cuales fueron encuestadas. En la tabla 1 se puede observar que el grupo de edad predominante fue el de 20- 34 años con 24 mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional que representan el 48% seguido por el grupo de 35- 49 con un 32% y por último las adolescentes con 10 pacientes para un 20%.

Se conoce que la edad tiene un papel preponderante a la hora de prevenir el riesgo reproductivo, se dice que la edad óptima para procrear es alrededor de los 20 años, ya que al producirse un embarazo antes de dicha edad el aparato reproductor femenino no está del todo preparado para una gestación, además, en la adolescente, en esa edad, sus prioridades son de otra índole, por ejemplo estudiar o divertirse dando por hecho que en ese momento no se lograría una maternidad responsable, cabe destacar aquí también lo inestable emocionalmente que se encuentran las adolescentes, el cambio de pareja, el no poder elegir en ocasiones el padre de sus

hijos por no cuidarse o planificarse de la manera más óptima. En general, es en la adolescencia donde existe la mayor tasa de embarazos no deseados, con el consiguiente aumento de abortos. Es aquí donde la familia cumple real importancia a la hora de transmitir historias o vivencias las cuales pueden servir de experiencias para adolescentes y crear conciencia de que el embarazo las puede llamar a la puerta en cualquier momento y deben estar preparados para que el mismo sea en el momento adecuado. Vemos la transcendencia que tiene la edad a la hora de prevenir el riesgo reproductivo preconcepcional. Es entre los 20 y 35 años la edad adecuada y en la que la mujer está preparada psíquica y biológicamente para llevar a un feliz término la gestación. Cuando estamos en presencia de una edad materna avanzada nos enfrentamos a un aumento del riesgo de malformaciones congénitas y son más frecuentes las complicaciones relacionadas con la gestante y/o su producto.

Tabla 2- Nivel de escolaridad según edad en las mujeres con riesgo preconcepcional. Ceballos. 2013- 2015.

	15-19	%	20-34	%	35-49	%	TOTAL	%
Primaria	1	10	6	25	6	37.5	13	26
Secundaria	3	30	10	42	8	50	21	42
Preuniversit.	4	40	6	25	2	12.5	12	24
Universitaria	2	20	2	8	0	0	4	8
Total	10	100	24	100	16	.100	50	100

$p < 0.05$

En la tabla 2 se obtuvo información detallada acerca del nivel de escolaridad el cual se comportó con predominio de la enseñanza secundaria con 21 pacientes que

representan el 42%, siendo el grupo de edad de 20-34 años el que mayor número de pacientes aportó, seguido de nivel primario con 13 pacientes para un 26% donde los grupos de edades de 20-34 y de 35-49 coinciden con 6 pacientes, en el nivel preuniversitario un total de 12 pacientes para un 24% siendo el grupo de 20-34 el que aporta la mayor cantidad, quedando en último lugar el nivel universitario con 4 pacientes que representa un 8%.

Se destaca por esta información la importancia del grado escolar v/s control de riesgo reproductivo se sabe que actualmente las escuelas tienen un papel preponderante en la educación de niños y jóvenes hacia una sexualidad responsable. Se reconoce que alrededor del 50% de los adolescentes entre 15 y 19 años tienen vida sexual activa, el 25% de ellas se embaraza y el 60% de las gestaciones ocurren en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, además entre el 60-70% de esos embarazos no son deseados (10). La educación es una variable clave en la explicación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Esto se plantea en un trabajo titulado “La adolescencia y la salud reproductiva” donde se señala que los adolescentes constituyen una audiencia-meta de especial interés pues pocas veces se tienen en cuenta sus necesidades. La información y los consejos no son eficaces si no se complementan con objetivos formativos en términos de actitudes o valores se requiere del carácter interactivo del proceso enseñanza aprendizaje para que al final el educando lleve a cabo el aprendizaje al ser coproductor del mensaje ⁽¹¹⁾.

Tabla 3 – Distribución según estado civil.

Estado civil	#	%
Casada	18	36
Soltera	6	12
Acompañada	15	30
Divorciada	11	22
Viuda	0	0
Total	50	100

$p < 0.05$

En la tabla 3 se observó que las mujeres casadas predominaron con respecto a otros grupos, representando el 36 %, seguida de las que están acompañadas o en unión consensual que mostraron el 30 %. Coincidiendo con J. L. Calero (1997)⁴, este es un elemento importante con un enfoque preventivo enseñando la importancia de una pareja estable y en conjunto decidir el momento adecuado para tener un hijo. Este estudio se correspondió con el realizado en Chile en el año 1997⁽²⁰⁾, donde se expresa teniendo en cuenta el estado conyugal, los grupos de riesgo son las mujeres que permanecen solas ya sean solteras, viudas o separadas, por carecer del apoyo tanto económico como psicológico del hombre, especialmente en las áreas rurales, donde aún en muchos lugares, debido a los patrones culturales, les corresponde permanecer en la casa al cuidado de los hijos, por lo cual abandonan los estudios a temprana edad para casarse.

Tabla 4- *Distribución de los factores etiológicos del riesgo reproductivo. Ceballos. 2013-2015*

Factores de riesgo.	#	%
Antecedentes obstétricos desfavorables.	16	32
Patologías relacionadas con el embarazo.	5	10
Enfermedades crónicas no transmisibles.	24	48
Hábitos tóxicos	9	18
Riesgo social	37	74

$p < 0.05$

En la tabla 4 se observó la distribución de los factores de riesgo reproductivo preconcepcional presentes en la muestra estudiada, donde El riesgo social fue el factor más alto que predominó, debido al grado cultural y nivel educacional bajo presente en esta localidad, asociado a condiciones socioeconómicas desfavorables al igual que viviendas en mal estado y per cápita familiar bajo, factores decisivos a la hora de enfrentar alteraciones de salud que puedan estar presentes en la mujer. Los antecedentes obstétricos desfavorables representaron un 32 % del total, factor inducido muchas veces por los embarazos no deseados y las malas condiciones del aparato genital antes de embarazarse. Las enfermedades crónicas no transmisibles ocuparon un 48 %, una cifra relevante. Esto no significa que la paciente no pueda tener un embarazo, debe estar compensada esa patología antes del embarazo para evitar complicaciones. La presencia de algún hábito tóxico representó el 9%, factor muy importante ya que se conocen los efectos del cigarro, las drogas y otros agentes sobre la aparición del crecimiento intrauterino retardado, el bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva gravídica entre otras afecciones que pueden afectar tanto a

la madre como al feto, correspondiéndose a lo planteado por J. Carrero en 1997) ⁽⁴⁾ y Maritza Ingran Calderón (2013) ⁷.

Tabla 5- Distribución de mujeres que utilizan métodos de control del riesgo reproductivo preconcepcional.

Método anticonceptivo	#	%
Dispositivo Intrauterino	18	36
Preservativo	7	14
Anticonceptivos Orales	3	6
Vacunas anticonceptivas	9	18
Esterilización quirúrgica	6	12
Total	43	86

$p < 0.05$

Tabla 6 - Distribución de mujeres no controladas según edad.

Grupos de edades	#	%
15-19	2	4
20-34	3	6
35-49	2	4
Total	7	14

$p < 0.05$

En la tabla 5 se muestra la cantidad de las mujeres que están controladas con algún método anticonceptivo y en la 6 las que no utilizan ningún método anticonceptivo. Podemos ver que las mujeres con algún riesgo reproductivo predominan en el control

del mismo con una cifra del 86%, en cambio las mujeres que no están controladas tienen un 14%. De los métodos utilizados el dispositivo intrauterino predominó con un 36%, seguido del hormonal con un 18% y el preservativo con un 12%. Se demuestra que no solo en el consejo Ceballos el método de barrera más utilizado es el DIU, J. L. Carrero 1997 ⁽⁴⁾ y Lugones M, Quintana T (2010) ³⁵; a nivel mundial cerca de 128 millones de mujeres utilizan este método y es que es muy sencillo y económico salvo ciertas indicaciones y contraindicaciones que hay que tener muy claro antes de utilizarlas. Los DIU impiden la fecundación principalmente al interferir con la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir al subir por las trompas de Falopio donde ocurre la fecundación. La presencia de un cuerpo extraño en el útero como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides. El DIU se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual siempre y cuando el proveedor este razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. El segundo método más utilizado fue el hormonal el cual es sabido que en Cuba los disponibles son combinaciones estrógenos-progestágenos orales e inyectables con resultados satisfactorios. Ahora haremos referencia al preservativo masculino o condón. La palabra condón deriva del latín "condus" que significa receptáculo. Son hechos con látex natural que protege contra VIH-SIDA y otras ETS, además previenen embarazos cuando se usan correctamente, pueden ser utilizados por hombres de cualquier edad. ⁽⁴⁾

Tabla 7 Evaluación de la encuesta (Anexo 4) para corroborar el nivel de conocimientos por edades antes y después de realizada la estrategia de intervención.

Grupo de edades	Evaluación											
	Antes						Después					
	B		R		M		B		R		M	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15-19	0	-	4	8	6	12	8	16	1	2	1	2
20-34	5	10	12	24	7	14	12	24	9	18	3	6
35-49	8	16	3	6	5	10	5	10	10	20	1	2
Total	13	100	19	100	18	100	25	100	20	100	5	100

$p < 0.05$

Luego de haber realizado nuestras actividades, se corrobora el nivel de conocimiento logrado por parte de las mujeres encuestadas por medio de un cuestionario y los resultados por edad antes y después de realizada la estrategia están en la tabla 7. El resultado fue el siguiente: en primera instancia en las adolescentes no hubo bien, regular un 8% y mal 12% para un total del 100% de las adolescentes. En las mujeres de 20 a 49 años el resultado preliminar fue de 26% con bien, 30% regular y 24% mal. Luego de aplicada la estrategia se observó el cambio de actitud frente a esta temática tan relevante por parte de la mayoría de las encuestadas. El resultado final fue de bien en un 16%, regular y mal con un 2% en las adolescentes. En cuanto a las mujeres de 20 a 49 años el resultado fue bien con un 34%, regular con un 38% y mal con un 8%. Se deduce cuán importante es realizar este tipo de actividades con fines educativos y seguir inculcándole a nuestra población de la real importancia que tiene prevenir los riesgos y no lamentar futuras condiciones agravantes para la salud de la gestante y su producto.

Resultados similares obtuvieron Lugones y Quintana en su trabajo “El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de familia”³⁵ donde al aplicar una intervención educativa lograron incrementar los conocimientos en mujeres en edad fértil.

CONCLUSIONES

El grupo de edad que predominó en las encuestas de nuestro estudio fue el de 20 – 34 años de edad, y el nivel de escolaridad fue el preuniversitario. De los factores etiológicos relacionados con el riesgo reproductivo preconcepcional el de mayor incidencia fue el riesgo social. En cuanto a la contracepción por parte de las mujeres controladas, el método más utilizado fue el DIU, el mismo fue por decisión propia y las mismas referían que era para no tener más hijos. Con la implementación de la estrategia de intervención educativa aumentó el nivel de conocimiento por parte de las mujeres participantes.

RECOMENDACIONES

- Promover la asistencia de las mujeres en edad fértil a la consulta de planificación familiar, para lograr una mejor orientación en anticoncepción y el control de su fecundidad.
- Divulgar en los distintos medios de difusión masiva información acerca del riesgo reproductivo preconcepcional.
- Trabajar junto a la comunidad y la dirección del Consejo Popular para mejorarlas condiciones sociales de la población y capacitar a las brigadistas sanitarias para que puedan impartir en cada uno de los consultorios esta estrategia, incluyendo los centros escolares.
- Incrementar el trabajo de orientación y consejería por parte del personal de salud, dándole participación a la comunidad, a la pareja y a la familia, para promover comportamientos saludables y concebir el embarazo en el momento más oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Águila González Annia. Métodos anticonceptivos. Intervención educativa en alumnos de 9no grado de la ESBU: Simón Reyes (Trabajo investigativo para optar por el título de especialista de 1er grado en MGI) Ciego de Ávila: Policlínica Majagua 2010.
2. Álvarez Sintés L. Temas de MGI. La Habana. Ed. Ciencias médicas La Habana, 2014
3. Cabezas O. Herrera V. Ortega M. Santisteban S. Procederes de obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana. Ed. Ciencias medicas 2010.
4. Calero J L. Los adolescentes y la salud reproductiva. Sexología y sociedad 1997, (8) 6-7
5. Garrido Riquenes Carmen. Riesgo reproductivo. 2da Edición. La Habana: Ed. Ciencias médicas, 2014.
6. Knishkowsky B. Aitai Y. Barka Y A. Guevenenthal A. Community health services for adolescents in Israel Challenges for the next delable. Hare fuah 2010dec, 140(12): 1163-6
7. Ingram Calderón Maritza. Desarrollo sustentable en el municipio Jesús Menéndez desde las perspectivas de salud. Rev. Cubana de Hig y Epidemiologia 2013, 44(3)
8. Martínez Ordarza Alexander. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre riesgo preconcepcional en el consejo popular de Mamonal del municipio Majagua. Ciego de Ávila. Policlínica Majagua 2012.
9. Pérez González L. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. Humanidades médicas. Vol. 7, No 3 Enero- Abril 2013.
10. Rigol O. Ginecología y obstetricia. La Habana. Ed. Ciencias medicas 2004.

11. Serra M Vidal J. Basso J. Cerrati E. Mere JJ. Osimani ML. Prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual en enseñanza secundaria. Montevideo. UNICEF. 2011, 4
12. Viamonte Hernández Leidis. Riesgo preconcepcional. Estudio de su comportamiento en el consejo popular Orlando González del municipio Majagua. (Trabajo investigativo para optar por el título de especialista de 1er grado en MGI) Ciego de Ávila: Majagua 2012.
13. Adolescencia. Sexología y Sociedad 2012; (1):2-6.
14. Aguilera X, Concha M, Child V y cols. Normas Técnicas de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Santiago de Chile: división de Salud de las Personas; 2010.p.438-42.
15. Beers, Mark H. El Manual Merck, Madrid: ELSEVIER; 2011.p.1957-59.
16. Best Kim. A algunas mujeres les gustan los espermicidas, pero las usuarias no deben esperar mucha protección. Rev Network en español. Family Health International 2010; 20 (2).
17. Best Kim. La anticoncepción influye en la calidad de vida. Rev Network en español. Family Health International 2010; 18 (4).
18. Bravo Ofelia. Los médicos y enfermeras de la familia también trabajan por una sexualidad placentera. CENESEX. 2010.
19. Castillo Salgado C. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington: OPS; 2012.
20. Colectivo de Autores. Manual de orientación en atención integral con enfoque familiar. Chile: Minsal Santiago de Chile 2007.
21. Colectivo de Autores. Prácticas sexuales seguras o sexo seguro. Manual para médicos de la familia. La Habana: Ed. Ciencias Medicas. 2003.

22. Conciencia de la propia fertilidad. Rev Network en español. Family Health International 2009.
23. Croxato HB Progestin Implants for female contraception. 2007.
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:192.
25. El DIU T de Cobre: Seguro, eficaz y reversible. La falta de información exacta y otras barreras obstaculizan el uso de DIU. Rev Network en español. Family Health International 2005; 20 (1):4.
26. Estereotipos ponen en peligro la salud sexual: se retan a los criterios tradicionales para fomentar el comportamiento sexual de menor riesgo. Network en español. Family Health International 2002; 21 (4):13.
27. Finger Wilian R. El mecanismo del DIU tiene efecto en los espermatozoides. Rev. Network en español. Family Health International 2007; 20 (1).
28. García Mirás. Ramón, Lay Rodríguez Adalberto, Riverón Cobo Ana María y Gallego Ramos Jany. Anticoncepción de emergencia. Rev. Cubana Med Gen Integ [en línea] 2002 [15-10-2005]; 18(4).
29. Gubert W, Grau J, Prendes MC. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en la salud en la APS? Rev. Cubana Med Gen Integr. 1999, 15(2):176-83.
30. Hernan García M, Ramos Monserrat M, Fernandez Ajuria A, Review of published Works on Spanish youth health promotion. Rev. Salud Pública 2010 nov-dic; 75(6):491-503.
31. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi1042002.htm#cargo
32. Hueso Carlos M. Carignan Charles S, Pautas Medicas y prestación de servicios para la planificación familiar. Inglaterra: Publicaciones medicas de IPPF, 2010:124, 130, 140, 179, 182, 195, 184, 190, 214.

33. Louro Bernal, Isabel. Manual para la intervención en la salud familiar. La Habana: Ed. Ciencias Medicas. 2012.
34. Lugones Botell M. análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cubana Obstetr. Ginecol. Enero-diciembre 2010; 21: 31-34.
35. Lugones M, Quintana T. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de familia. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2010; 13(5):419-21.
36. Lynn C. después del embarazo surgen necesidades. Network 2006; 17(4):7-12.
37. Machado Rodríguez Héctor. Historia de la anticoncepción. En Peláez Mendosa Jorge, métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. 2da ed. La Habana. Ed. Científico-técnica. 2012 10-4, 16, 18-22.
38. México. Secretaria de Salud. Dirección general de salud reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en la adolescencia. México 2014
39. Molina Ramiro. Sexualidad y fecundidad en las Adolescentes. Universidad de Chile. 2007.
40. OMS. Aplicación de la estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000 VIII; 2011.p.45-56.
41. OPS. Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico Nro. -12 Washington, 2008.
42. Organización Mundial de la Salud, Actualidad Científica, Rev. Panamericana de la Salud, 4ta ed.; 2013
43. Peláez Mendosa Jorge. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. En: Peláez Mendosa Jorge, métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. 2da edición. La Habana, Ed. Científico-

técnica. 2012.

44. Plockinger B. Cuando las niñas se convierten en madres. Problemas de embarazo en niñas entre 11 y 15 años. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2009; 14(1):47-9.
45. Pérez Faustino R, Información sobre salud y bienestar de la mujer, Rev. española Ginecología 2010; 54(25): 21-5.
46. Prendes Labrada Marianela de la Rev. Cubana Med Gen Integr. 2011, 17(4):360-6.
47. Regeira J, Rodríguez R, Brizuela S. comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2010; 14(2): 160-4.
48. Salinas Portillo, Hugo. Salud Reproductiva. Hospital Clínico de la Universidad de Santiago de Chile. 2003.
49. Sánchez Santos L. Introducción a la Medicina General Integral. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
50. Vázquez A, Margardel L, Guerra C, Amirall AM, Cruz F de la Morbilidad y mortalidad del embarazo precoz. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998; 24(3):137-43.
51. World Health Organización. Mejorando el acceso a la calidad de la atención en la planificación familiar, criterios de la elegibilidad de médicos para el uso de anticonceptivos. Génova: WHO, 2006.

ANEXOS

► ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conozco que:

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño ella o su producto, si se involucra en el proceso reproductivo. Esta probabilidad está dada por factores condicionantes, bien sea enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto, o puerperio. Dicha probabilidad no es igual para todas las mujeres, aunque sea lo mismo, es decir, que la magnitud del riesgo es individual y así debemos considerarlo. No existe una condición de riesgo que sea medible por igual en cada mujer o pareja. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, y puede influenciarse entre ellos.

Hago constar por este medio mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio de la estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en el Consejo Popular Ceballos del municipio Ciego de Ávila.

Declaro que he sido informada del estudio por el cual se me aplicara una encuesta. Doy mi consentimiento para que se realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión en esta investigación.

Para constancia de lo expuesto anteriormente firmo este documento en a los ___ días del mes de _____ del año 20__.

Firma

► Anexo 2

Encuesta

No del CMF.

1. *Edad*

15-19_____

20-34_____

35-49_____

2. *Situación conyugal*

a)-con unión estable_____

b)-sin unión estable_____

3. *Escolaridad.*

a)-iletrada

b)-primaria

C-secundaria

d)-preuniversitaria

e)-universitaria

4. *Antecedentes obstétricos*

Abortos espontáneos

Abortos provocados

No. de partos

a) 0_____

b) 0_____

c) 0_____

1_____

1_____

1_____

2-3_____

2-3_____

2-3_____

+3_____

+3_____

4-5_____

6-7_____

5. *Antecedentes obstétricos desfavorables*

a)-Antecedentes RN bajo peso

si____ no____
¿Cuántos?____

b)-Antecedentes de defunciones fetales

si____ no____
¿Cuántos?____

C)-Antecedentes muertes perinatales

si____ no____
¿Cuántos? ____

d)-Antecedentes de partos distócicos

si____ no____
¿Cuántos? ____

Instrumentación____ Fórceps____

Espátula____ Vacum-____

Quirúrgico____

6. *Antecedentes patológicos relacionados con el embarazo*

.Pre eclampsia leve

.Pre eclampsia grave

.Eclampsia

.Placenta previa

.Hematoma retro placentario

.Otros

7. *Período intergenésico*

Menos de 1 año____

1-2 años____

3-5 años____

8. *Niños portadores de enfermedades genéticas*

si____ no____ ¿Cuántos? ____

9. *Enfermedades crónicas*

Asma bronquial_____

Diabetes Mellitus_____

HTA_____

Epilepsia_____

Cardiopatías_____

Afecciones renales_____

Enfermedades psiquiátricas_____

Retraso mental_____

Otras-----

11. *Per cápita familiar*

Buena_____

regular_____

mala_____

12. *¿Viven en hacinamiento?*

Si_____ no_____

10. *Antecedentes sociales*

Hábitos tóxicos

tabaquismo si_____ no_____

alcoholismo si_____ no_____

13. *Condiciones estructurales de la vivienda:* - buena - regular - mala

14. *Estado nutricional*

Bajo peso____ normopeso____ sobrepeso____ obeso____

15.a)-¿Está controlada con algún método anticonceptivo? Si____ no____

¿Cuál?

DIU____

Tabletas____

Preservativo____

Esterilización quirúrgica____

Implantes____

Vacunas____

Otros____

b)-¿Comenzó a utilizar el método por?:

Decisión propia____

Orientación médica____

Consejo de familia u otras personas no relacionadas con el personal de salud____

c)-¿Tomo esta decisión porque?

No desea tener más hijos____

Desea espaciar los embarazos____

El embarazo constituye un riesgo____

Anexo 3

Programa educativo

► Sesión# 1

Objetivo general: Presentación de la estrategia de intervención y su metodología

Momento inicial:

Pretarea informal: Crear un ambiente de distensión y confianza.

Pretarea formal: Caldeamiento específico. Prestar atención a la exposición.

Planteamiento temático: Objetivo de la estrategia de intervención y el desarrollo de la misma.

Elaboración: Con la ayuda de medios audiovisuales se da a conocer el algoritmo a seguir.

Cierre: A partir de la técnica de lo positivo, negativo y lo interesante los miembros del grupo de mujeres deben exponer como se sintieron en la sesión

► Sesión# 2

Objetivo general: Brindar información acerca de la salud sexual

Momento inicial:

Pretarea informal: Recuento de la sesión anterior.

Pretarea formal: Caldeamiento específico. Realizar ejercicios de relajación

Planteamiento temático: Se realiza una dinámica grupal analizando las situaciones y conflictos que vivencia las mujeres al comenzar la vida sexual, de los riesgos al ser irresponsables, de identificar la edad óptima para tener un embarazo.

Elaboración: Se someten a debate las ideas planteadas se llevan a la práctica por medio de ejemplos.

Cierre: Por medio de una palabra expresar lo aprendido.

► Sesión# 3

Objetivo general: Presentación del tema ¿cómo evitar un embarazo?

Momento inicial:

Pretarea informal: Recuento de la sesión inicial

Pretarea formal: Caldeamiento específico. Ejercicios de relajación

Planteamiento temático: Impartir con medios audiovisuales la charla de cómo evitar un embarazo.

Elaboración: Se debaten las ideas planteadas, las mujeres del grupo deberán decir si entendieron o no los criterios dados en el mismo.

Cierre: aquí expresaran como se sintieron y cada una de las participante expresara lo que realizara de ahora en adelante con respecto al RRPC.

► Sesión# 4

Objetivo general: Presentación del video principales riesgos y su repercusión en el embarazo.

Momento inicial:

Pretarea informal: Recuento de la sesión anterior

Pretarea formal: Caldeamiento específico. Ejercicios de relajación.

Planteamiento temático: Ver y analizar el video.

Elaboración: Las mujeres participantes expondrán que entendieron acerca del tema que han visto.

Cierre: A partir de la técnica de lo positivo, lo negativo y de lo interesante. Los miembros del grupo deben exponer como se sintieron en la sesión.

► Sesión# 5

Objetivo general: Integrar los temas abordados en la estrategia educativa.

Momento inicial:

Pretarea informal: Recuento de la sesión anterior

Pretarea formal: Caldeamiento específico. Ejercicios de relajación con musicoterapia.

Planteamiento temático: Por medio de una dinámica grupal se debatirán los temas expuestos en sesiones anteriores.

Elaboración: Cada integrante del grupo de forma sencilla expondrá lo aprendido y lo debatirá con otras compañeras aunando criterios

Cierre: Las mujeres de la muestra nos dirán con que expectativas llegaron a la actividad y como se van.

Integrar los temas abordados en la estrategia de intervención educativa

Valorar la trascendencia de los debates y su utilidad para su vida futura.

► Anexo 4

Encuesta de conocimiento (v o f) utilizada para la evaluación estadística de la estrategia de intervención educativa

1___F___ El tiempo idóneo entre un embarazo y otro es de 1 año.

2___V___ La edad adecuada para la procreación es a partir de los 20 años.

3___F___ El habito de fumar no constituye un riesgo para el futuro bebe.

4___F___ Las mujeres asmáticas e hipertensas tienen prohibida la procreación.

5___V___ El aborto no constituye un método para la planificación familiar.

6___V___ Las relaciones sexuales son perjudiciales durante el último trimestre de la gestación.

7___F___ El riesgo de malformaciones congénitas está relacionado únicamente con la edad de la gestante.

8___F___ Una gestante con riesgo social no es considerada de riesgo reproductivo preconcepcional.

9___V___ El preservativo constituye el método ideal para evitar el embarazo y las ITS.

