



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD NUEVA ESPERANZA. NAPO, JUNIO 2015- JUNIO 2016.

AUTOR: JORGE OSWALDO JAYA BAQUERO

TUTOR: DR. FELIX MARTÍNEZ SOTO

Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y desarrollo, titulado: “PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LA COMUNIDAD NUEVA ESPERANZA. NAPO.”; de responsabilidad del Doctor Jorge Oswaldo Jaya Baquero, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Orlando González Roque. Esp.
PRESIDENTE

FIRMA

Dr. Félix Matínez Soto. M.Sc.
Director

FIRMA

Dra. Dayli Ortiz Vazquez. Esp.
Miembro

FIRMA

Dra. Diana Belkis Mujica Gonzales. Esp.
Miembro

FIRMA

Riobamba, 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Jorge Oswaldo Jaya Baquero, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA
C.I. 0603221334

DEDICATORIA

Para mis padres Oswaldo y Rosa

Quienes son mi pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

Para **Alejandro** mi hijo Por compartir conmigo buenos y malos momentos y es mi inspiración para alcanzar mis metas.

Jorge Jaya Baquero

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres

Que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, que con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A mi tutor,

Dr. Félix Martínez, por la paciencia y asesoramiento para realizar éste proyecto.

A mis Asesoras,

Clarita, Dra. Vivian, Dra. María de los Ángeles, por su apoyo y prestancia, cariño y confianza que siempre han tenido en mí para lograr mis objetivos.

Jorge Jaya Baquero

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.1.1 <i>Situación problemáticas</i>	4
1.2 Formulación del problema	7
1.3 Sistematización del Problema	7
1.3 Justificación de la investigación.....	7
1.4 Objetivos	9
1.4.1 <i>General</i>	9
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	9
1.5 Hipótesis de la investigación.....	10
1.6 Hipótesis nula.	10
1.7 Hipótesis alterna.....	10
1.8 Marco Teórico	11
1.8.1 Referentes teóricos sobre riesgo preconcepcional.....	11
1.8.1.3 <i>Fundamentación legal</i>	14
1.10 Bases teóricas.....	15

1.10.1 Riesgo reproductivo.....	15
1.10.2 Riesgo preconcepcional.....	17
1.10.3 Criterios de riesgo preconcepcional.	17
1.10.4 Antecedentes y condiciones generales.....	18
1.10.5 Antecedentes obstétricos y reproductivos.	23
1.10.6 Antecedentes patológicos personales.....	24
1.10.7 Hipertensión Arterial	26
1.10.8 Asma	27
1.10.11 Enfermedad tiroidea.....	27
1.10.12 Epilepsia	28
1.10.13 Diabetes	28
1.10.14 Cardiopatías.....	29
1.10.15 Nefropatías	29
1.10.16 Tuberculosis	30
1.10.17 Virus de inmunodeficiencia adquirida.....	30
1.10.18 Riesgo obstétrico.....	31
1.10.19 Identificación del riesgo obstétrico.	32
1.10.20 Riesgo perinatal.....	34
1.10.21 Prevención y promoción.....	35

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
2.1 Tipo y diseño de la investigación.....	39
2.2 Método de la investigación	39
2.3 Enfoque de la investigación.....	39
2.4 Alcance de la investigación.....	39
2.3 Población de estudio.....	40
2.4 Unidad de análisis	40
2.5 Selección y definición de las variables.....	41

2.6	Técnica de recolección de datos primarios y secundarios	44
2.7	Instrumento de recolección de datos primarios y secundarios	45
2.7.1	<i>Validación del instrumento</i>	45
2.7.2	<i>Instrumentos para procesar datos recopilados</i>	46
2.8	Aspectos éticos.....	46

CAPITULO III

3.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
3.1	Análisis y discusión de resultados.....	48

CAPITULO IV

4.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL RIESGOPRECONCEPCIONAL..	60
4.1	Justificación:.....	60
4.2	Principios rectores en los que se sustenta la Propuesta de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional.....	62
4.3	Objetivos de la Estrategia de intervención educativa sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.....	62
4.3.1	General.....	62
4.3.2	Objetivos específicos.....	62
4.4	Fases de la Estrategia.....	63
4.5	Descripción de las Fases de la estrategia educativa sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.....	63
4.5.1	<i>Fase 1: Problemas estratégicos identificados como resultado de la aplicación de los instrumentos de diagnóstico</i>	63
4.5.2	<i>Fase 2: Diseño de la estrategia para dar solución a la problemática detectada</i>	64
4.5.3	<i>Fase 3: Implementación de la estrategia</i>	82
4.5.4	<i>Fase 4: Evaluación de la efectividad de la estrategia</i>	84
	CONCLUSIONES.....	85

RECOMENDACIONES..... 86

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.-3. Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y estado civil. Comunidad Nueva Esperanza 2016	61
Tabla 2-3 Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y nivel de escolaridad de la Comunidad Nueva esperanza 2016.	62
Tabla 3-3 Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y antecedente embarazo Comunidad Nueva Esperanza 2016.....	64
Tabla 4-3 Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y número de abortos. Comunidad Nueva Esperanza 2016.....	65
Tabla 5-3 Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento y afecciones. Comunidad Nueva Esperanza 2016.	54
Tabla 6-3 Nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil. Comunidad Nueva Esperanza 2016	68
Tabla 7-3 Nivel de conocimiento según grupo de edad de las mujeres en edad fértil. Comunidad Nueva Esperanza 2016	69
Tabla 8-3 Nivel de conocimiento según escolaridad de las mujeres en edad fértil. Comunidad Nueva Esperanza 2016.	70

Índice de gráficos

Gráfico 1-1. Evaluación del Índice de Masa Corporal	20
--	----

RESUMEN

En la presente investigación se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil de la comunidad Nueva Esperanza en el periodo junio 2015 a junio 2016. Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico, no experimental de corte transversal, descriptiva e inferencial, con un universo de 125 mujeres en edad fértil que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos fue a través de una encuesta aplicada para conocer datos sociodemográficos y conocimiento de las mujeres en edad fértil sobre riesgo preconcepcional. El procesamiento de la información mostró que el conocimiento sobre factores de riesgo fue inadecuado con el 60,8% mostrando un mayor desconocimiento del tema mientras que los adecuados con el 39,2% muestran un nivel muy bajo, con una injerencia directa el proceso educativo reflejado con el 43,2 % que tuvieron educación media. El grupo etario que predominó en el estudio fue de 20 a 35 años con pareja. El nivel de escolaridad medio bajo prevaleció sobre el nivel superior. Fueron más frecuentes las mujeres con antecedentes de embarazo de uno y tres hijos y el aborto se recalcó en las mayores de 35 años. Se concluyó que las mujeres encuestadas mostraron conocimientos inadecuados sobre esta problemática reflejando la necesidad de elaborar una estrategia de intervención educativa. Se recomienda la aplicación de la estrategia para elevar el conocimiento sobre el riesgo preconcepcional para mejorar la calidad de vida de las moradoras de la comunidad.

PALABRAS CLAVE: < TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS >, <MEDICINA FAMILIAR>, <RIESGO PRECONCEPCIONAL>, <EDAD FÉRTIL>, <RIESGO>, <EMBARAZO>, <ABORTO>, <INTERVENCIÓN EDUCATIVA>.

SUMMARY

In the current research, it was designed a proposal of educational intervention about the preconceiving risk factors in women in child-bearing age at Nueva Esperanza community during June 2015 to June 2016 period. It was performed a research of technological development, non-experimental cross-sectional, descriptive and inferential, with a universe of 125 women in child-bearing age who suited to criteria of inclusion and exclusion.

Data collection was done through a survey to know the socio demographical and knowledge data of the woman at the child-bearing age about pre conceiving risks. The information processing showed that the knowledge about risks factors was inadequate with 60,8%, evidencing a higher unawareness of the topic while the rate of adequate with 39,2% show a very low level, with a direct influence of educational reflected with 43,2% who had secondary education. The group which outstood in the study was form 20 to 35 years with a couple. The level of schooling medium low overcame the higher level. Woman with pregnancy background of one or three children were the most frequent, additionally miscarries were frequent in woman over 35. It was concluded that those surveyed women do not have enough knowledge about this problem, evidencing the need to work on a strategy of educational intervention. The application of this strategy is recommended in order to boost the knowledge about pre conceiving risk and so, improving the life quality of the women of the community.

KEY WORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCE>, <FAMILY HEALTHCARE>, <PRE CONCEIVING RISK>, <CHILD-BEARING AGE>, <RISK>, <PREGNANCY>, <MISCARRY>, <EDUCATIONAL INTERVENTION>.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad se halla inmersa en un período de magnos cambios y de igual manera, las sociedades del mundo entero atraviesan por ésta problemática: cambios de tipo económico, culturales y sociales, que van afectar a nuestras costumbres, maneras de pensar y actuar (CONE 2013).

El mero acto de fecundar y convertirse en padre o madre, es una experiencia extraordinaria que viene acompañada de alegría, sensación de logro personal, cambios sociales y muchas responsabilidades nuevas, para lo que es necesario estar instruido de la mejor manera (manzanillo 2015).

En el transcurso del tiempo, se ha buscado de varias maneras disminuir o erradicar la mortalidad materna implementando nuevas formas de atención, en este caso hablamos del control prenatal, la atención del parto por profesionales capacitados y el cuidado posterior al parto (puerperio). Todos estos procesos y procedimientos aún no se universalizan, es por esto que surge la necesidad de capacitar al personal de salud para brindar una atención de mayor calidad, buscando siempre disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal. (Arenas, 2010)

La Organización Mundial de la Salud al abordar el termino de salud reproductiva lo define de la siguiente manera: *“la salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción”*. Esta va estar orientada a, la correcta atención preconcepcional, prenatal, parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz, principalmente en la atención primaria de salud. (OMS 2003),

Durante el período preconcepcional, lo primordial es la promoción y prevención para lograr modificar los factores de riesgo existentes o que puedan presentarse durante la gestación, y de presentarse alguno de estos, lo único que hará será elevar el riesgo

obstétrico y neonatal. De los factores de riesgo más comunes tenemos a los biológicos, psicológicos y los sociales, sin exonerar jamás a la familia.

Las tareas emprendidas por el sector salud son concluyentes para mejorar la salud reproductiva y disminuir las consecuencias de insalubridad, como las muertes materno-infantiles. Hoy en día se encuentra bien argumentada la presencia de riesgos preconcepcionales, pues a nivel mundial este indicador mide el desarrollo de los países, y al recopilar datos sobre las acciones emprendidas en el mundo vemos que las estadísticas se comportan de diferente manera, sabiendo que el nivel cultural, educacional, que mide el desarrollo de cada uno hace que el riesgo se comporte de diferente manera (Manzanillo 2015).

Varias estadísticas mundiales aseveran que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil, están en correspondencia con complicaciones del embarazo. Como era de esperarse, el riesgo en los países primermundistas se comporta de la siguiente manera “*en Europa, una de cada 9 850 mujeres posee riesgo de muerte materna, en Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 21 mujeres*”. Mostrando que las mujeres en edad fértil que presentan algún riesgo son igual o menor al 5%, y este porcentaje se presenta mucho más inferior en países como Suecia y Japón con el 4%. Dentro de este estudio se menciona a un solo país de los no considerados primermundistas, que muestra un 15% de mujeres con riesgo y que están en edad fértil, este es el caso de Cuba. En cuanto a los países de Latinoamérica con menos porcentaje de riesgo se menciona a Brasil, México y Venezuela, y pese a ser los que menos riesgo tienen, el mismo aún es muy elevado con el 30 %. (González 2016)

En Ecuador, el Instituto Nacional de Censos, muestra como ha venido comportándose la natalidad y vemos que, entre 1975 y 1979, cada mujer tenía en promedio 5,4 hijos. En las siguientes evaluaciones indica que esta cifra disminuye considerablemente, pero no es suficiente aun para decir que el riesgo en las mujeres en edad fértil, ha sido controlado. Entre 2007- 2012, el promedio disminuye a 3 hijos por mujer en edad fértil, sin tener variación en las zonas urbanas y rurales. (INEC 2012)

En nuestro país las provincias con menor natalidad fueron Tungurahua, El Oro, Galápagos, Chimborazo y Cotopaxi, en tanto que Morona Santiago presentó la mayor

tasa de fecundidad con 5,5 hijos por mujer, caso muy parecido a nuestro lugar de estudio pues estando en la misma región y teniendo un similar estatus económico, social y educacional, el Napo presentó una natalidad de 5,1 hijos por mujer. En el caso de las adolescentes (15 a 19 años), se reconoció el incremento de la natalidad con el 11% entre el espacio entre 1999- 2004 y el 2007-2012. (INEC 2012)

Al analizar las estadísticas, vemos claramente que el nivel de desarrollo de los países que formaron parte de los estudios de natalidad, mostraron un comportamiento en porcentajes y cifras muy altas en las regiones menos desarrolladas exceptuando aislados casos como Cuba, donde estos indicadores fueron casi similares a los países desarrollados, y se resalta que, pese a su situación económica, han sabido mantener un buen sistema de salud enfocado en la atención primaria. En el resto de Latinoamérica, pese a los esfuerzos realizados en lo que respecta a la salud comunitaria, la atención sanitaria no es integral y está establecida en su mayoría, a la labor asistencial.

En Ecuador, este proceso de cambio en el sector salud apenas está empezando y tomará un largo período hasta lograr alcanzar estándares óptimos. Este proceso de implementación de la promoción y prevención de salud, enfocado a los riesgos que presente la población, es en nuestro caso lo concerniente a las distintas actividades relacionadas con la detección temprana del riesgo reproductivo preconcepcional, buscando mujeres sin problemas antes, durante y luego de su gestación.

Según el trabajo realizado por, se ha comprobado que el desconocimiento de las mujeres sobre los factores de riesgo, se atribuye a la falta de información necesaria, manteniendo comportamientos sexuales de riesgo que colabora a la incidencia de embarazos no deseados, complicaciones del parto y puerperio, demostrando la imprescindible necesidad de implementar nuevas estrategias educativas para incrementar el conocimiento disminuyendo la morbi-mortalidad. (Manzanillo 2015)

La principal interrogante epistemológica se presenta por el desconocimiento de estos factores, si no se tiene una definición clara sobre el problema. El diseño de un programa de intervención educativa va a generar que el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional, se eleve. Dentro de los programas que lleva a cabo el médico

de la familia, está el control de estos factores de riesgo en la población fundamentales para afrontar este tipo de problemática.

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Situación problemáticas.

El máximo organismo de salud a nivel mundial puntualizó que, para alcanzar el Quinto Objetivo del Milenio, hay que reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes antes de 2015, dando preferencia al mejoramiento de los sistemas de salud para las mujeres, y hacerlas beneficiarias de los servicios de salud reproductiva. El período para efectuar estas actividades de promoción y prevención en las mujeres tiene su inicio desde su periodo fértil, haciendo énfasis en que un grupo importante de mujeres no reciben esta ayuda debido a diversos factores como, el aspecto cultural y grado de instrucción (OMS 2013) y (OMS 2015).

El estudio realizado por Almarales 2008, demuestra la fundamental necesidad de educar a las mujeres en edad fértil sobre los factores de riesgo preconcepcional, pues los resultados indican que el nivel de desconocimiento sobre este tema mantiene porcentajes muy elevados, mostrando una gran similitud con lo que sucede en nuestro medio.

En 2011, la OMS publica que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, emite un escrito sobre la consulta preconcepcional en el que hacen referencia a la imperativa necesidad de realizar un control previo al embarazo por lo menos dos (2) a tres (3) semanas antes de la gestación, con la finalidad de precautelar y evitar la posibilidad de presentar inconvenientes o afectaciones tales como, las temidas malformaciones congénitas. (OMS 2013).

Sin embargo, se encontró que en las mujeres que formaron parte de este estudio, las cuales, aun siendo parte de una sociedad mucho más culturizada, económicamente estables y con un mejor nivel de instrucción, presentaban alto nivel de desconocimiento de estos factores de riesgo prenatales, demostrando así que, el afrontar el curso de un embarazo en condiciones óptimas permita perfeccionar los resultados perinatales.

La OMS 2003. Precisa que la consulta preconcepcional debe ser personalizada de acuerdo a las características de la mujer que acude y de su pareja, sin olvidar sus antecedentes patológicos personales familiares, y la historia reproductiva, abordando aspectos como: evaluar el riesgo preconcepcional, las actividades de educación y promoción y, la administración de medicamentos básicos. (OMS 2003).

Dentro de las consecuencias más relevantes estuvieron que, el 26,47 % que constituyó la cuarta parte del universo de estudio, presentó distocias del parto. Durante el proceso de registro de estas mujeres, también se observó que la mayoría tuvo alteraciones en el desarrollo óseo y un estado nutricional bajo. El 64,70 % de niños con un mal desarrollo durante su primer año de vida, estuvo definido además por madres en procesos de desnutrición (OMS 2013).

El embarazo y la maternidad a edades muy tempranas o tardías, también son entidades que preocupan a los sistemas de salud. En Ecuador, Olaya quien colabora en 2013 en forma directa con la OMS, habla acerca de las cifras en aumento de acuerdo al MSP, indicando que dos de cada tres adolescentes están embarazadas, y aunque sabemos que el embarazo es un proceso fisiológico, cuando se da en mujeres adolescentes o de edad avanzada, siempre tendrá el riesgo de complicaciones.

El ministerio de salud pública del Ecuador basa su investigación principalmente en adolescentes, donde hace mención a los diversos escenarios que causan la aparición de partos pretérmino, sin embargo, las primigestas, las multíparas y las añosas, también presentan ésta complicación con las mismas consecuencias: el compromiso materno fetal.

Con lo que respecta al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Ministerio de Salud Pública (MSP) como ente regulador de las acciones sanitarias, hace partícipe a todo el personal de salud en una nueva normativa sobre el cuidado obstétrico neonatal emitida en 2013, conocida bajo las siglas (CONE), que hasta el momento, es el único instrumento aplicado en nuestro medio para reducir el riesgo preconcepcional y sus afecciones, reduciendo la Mortalidad Materna y Neonatal consecuentemente (CONE 2013).

Lugo 2012 por otra parte, hace referencia al valor de la presencia de los médicos de familia, diciendo que estos deben comportarse como verdaderos vigilantes de la salud, por su situación de privilegio al tener un trato directo con la comunidad, y coincide en la necesidad de mejorar el proceso educativo y de promoción fortaleciendo, además, la prevención. El investigador hace varias referencias nuevas que se incluyen en el modelo de atención de la salud materno – infantil, identificando factores nuevos y ya mencionados como: los psicológicos, sociológicos, económicos, demográficos y biológicos, que juegan un papel importante en la determinación de la morbilidad materno – infantil. Esto permitirá desarrollar nuevas acciones que buscarán cambiar el riesgo y sus factores desencadenantes.

En el análisis situacional integral de salud (ASIS) realizado en la comunidad Nueva Esperanza del cantón Carlos Julio Arosemena Tola, apareció que en la población de estudio el 100 % de los embarazos no se planificaron y el 50% de los mismos, eran adolescentes, lo que urgió a su priorización dentro de los problemas de salud del área.

Durante las visitas realizadas por el equipo básico de salud extramuralmente, se observó que el desconocimiento de las mujeres sobre la forma adecuada de planificación familiar y los riesgos que esto implica, es alarmante. En muchos de los casos, toman muy a la ligera la información o no desean asumir la educación impartida. Otro elemento a tener en consideración, son los factores culturales, que coartan en la mujer el derecho de decidir cuándo y cuántos embarazos tendrá.

El autor concuerda con la práctica aconsejada para el mejoramiento de la salud reproductiva, en cuanto a priorizar las acciones educativas de promoción y prevención y preparar a la población femenina para que decida sobre su planificación reproductiva, sin embargo, no existen estudios científicos previos que relacionen las principales características de la población con riesgo preconcepcional, con los conocimientos para prevenir los embarazos. Por lo que se plantea el problema científico siguiente:

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre las variables socio-demográficas y el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil de la comunidad Nueva Esperanza en el periodo junio 2015 a junio 2016?

1.3 Sistematización del Problema

1. ¿Cuáles son las características socio-demográficas en las mujeres en edad fértil de la comunidad Nueva Esperanza?
2. ¿Qué resultados generaría la elaboración de una propuesta de intervención educativa para disminuir los factores de riesgo preconcepcional?

1.3 Justificación de la investigación

Las acciones oportunas del sector de salud, son decisivas para mejorar la salud reproductiva y para prevenir las complicaciones o afectaciones que causa en las mujeres, el desconocimiento de estos factores de riesgo. Así podemos relacionar, los partos pretérmino, muertes infantiles, bajo peso al nacer, desnutrición materna y otros, con la identificación de estas condicionantes de riesgo. Por otra parte, además de iniciar las diversas acciones por parte del sector salud, se deben aplicar las estrategias propuestas que actuarán de manera interdisciplinaria y multisectorial.

Aquí cabe señalar la enorme importancia que posee el sector educación, que a través de diferentes acciones de índole educativas intenta disminuir la incidencia de los factores de riesgo en las adolescentes y adultas jóvenes que constituyen la principal población con mayor índice de embarazos en nuestro país y específicamente en nuestra comunidad en estudio. Las acciones a ejecutar estarán dirigidas a brindar orientación y educación, con el fin de tomar las decisiones más adecuadas por parte de las mujeres pensando siempre en la familia y la sociedad.

Es fundamental comunicar y educar a estas mujeres en edad fértil, sobre la importante cantidad de factores de riesgo materno-perinatal que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. La consulta preconcepcional, brinda información sobre la salud de la mujer, lo que nos permite recomendar cambios de comportamientos que sean necesarios para mejorar su calidad de vida.

Las cifras de referencia de mortalidad materna y neonatal en Ecuador, muestran la necesidad de aplicar mayores esfuerzos para controlar estos indicadores que revelan la pérdida de vidas que pueden ser evitadas, producto de los determinantes sociales relacionados con la salud como la pobreza, la falta de acceso a los servicios y el desconocimiento del riesgo obstétrico y de los signos de peligro en el embarazo.

Si observamos las estadísticas del país, 122.000 mujeres embarazadas son adolescentes, y en la provincia Napo, del total, 1.004 embarazadas son adolescentes, y mayores de veinte años 20.800, tornándose preocupante el número tan elevado, si relacionamos con el resto de provincias y número de habitantes, se ubica entre las que más mujeres gestantes se atendieron de acuerdo al censo en 2010, es por esta razón que, la intervención para reducir el riesgo preconcepcional es de vital importancia (González 2010).

Por otra parte, Rigol 2011 hace referencia a las mujeres mayores de 35 años en las cuales también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábitos nocivos (tabaco, alcohol entre otras) y enfermedades crónicas. (Rigol 2011),

En la población de Nueva Esperanza se observa la misma tendencia que en el resto de las ciudades del país, que se caracteriza por la elevada tasa de embarazos en adolescentes, multiparidad y embarazos no planificados, como muestra el Análisis Situacional de Salud (ASIS), de esa comunidad, identificándose 21 embarazadas, de las cuales 5 fueron adolescentes y 8 mayores de 35 años. Toda mujer en edad fértil debe encontrarse en un estado de salud adecuado previo a una gestación para evitar así la aparición de posibles patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo o exponerla al riesgo de muerte.

Dada la elevada incidencia de mujeres gestantes se requiere de nuevas estrategias a nivel de atención primaria. Identificar los factores de riesgo preconcepcional y relacionarlo con las características de la población autóctona, permitirá elaborar un producto educativo contextualizado e implementar luego una intervención educativa a nivel de prevención primaria, que puede ser una poderosa herramienta que permitirá brindar un tratamiento adecuado y oportuno a la mujer.

1.4 Objetivos

1.4.1 General:

Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil de la comunidad Nueva Esperanza en el periodo junio 2015 a junio 2016.

1.4.2 Objetivos específicos:

1. Caracterizar las mujeres en edad fértil según variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional que poseen las mujeres en edad fértil.
3. Determinar la relación entre variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional.
4. Elaborar la propuesta de intervención educativa sobre el riesgo preconcepcional.

1.5 Hipótesis de la investigación

La identificación de las relaciones entre las características sociodemográficas y los conocimientos sobre riesgo preconcepcional, puede servir de base a la elaboración de una intervención educativa para mejorar estos conocimientos en mujeres en edad fértil.

1.6 Hipótesis nula.

Tipificar la no asociación entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil de la Comunidad Nueva Esperanza.

1.7 Hipótesis alterna.

Tipificar la asociación entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil de la Comunidad Nueva Esperanza.

1.8 Marco Teórico

1.8.1 Referentes teóricos sobre riesgo preconcepcional.

1.8.1.1 Antecedentes históricos

La evolución conceptual hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy, comenzó en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que *“la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”* (Mazarrasa, L, 2013).

Por otro lado, la Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un *“Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho”* (Mazarrasa, L, 2013).

En 1952 la Organización Internacional del Trabajo aprueba el *“Convenio relativo a la protección de la maternidad”* debido a que comenzaba a cobrar cada vez mayor relevancia el concepto de salud materna e infantil. Tres décadas tuvieron que pasar para que se fuera ampliando este concepto hasta que en la *“Conferencia de Alma Ata”* (1978) se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil (Mazarrasa, L, 2013).

En 1979 en la *“Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”* de Naciones Unidas (CEDAW) se recoge nuevamente en su declaración, el derecho a un *“acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la*

salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia". Hasta que en 1994 se sustituye el término de salud materna e infantil por el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro se debió al trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta, quienes reclamaron con fuerza los derechos sexuales constantemente olvidados (Mazarrasa, L, 2013).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS 2003), ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana. La promoción de la salud consiste en proveer a la gente de los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2008) interpreta el concepto de Salud Reproductiva como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal como el proceso clínico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida".

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se experimenta el más rápido proceso de crecimiento físico y maduración emocional e intelectual. Este desarrollo ha incluido cambios físicos, emocionales y sociales. Así mismo se produce una variación en la manera en que se relacionan con el mundo que les rodea (González 2011).

En esta etapa, aunque con capacidad biológica para la procreación, el joven por lo general no se encuentra maduro en lo psíquico, social y emocional para enfrentar el proceso de reproducción, lo que provoca que muchos inicien una actividad sexual precoz, basada fundamentalmente en relaciones pasajeras, carentes de amor, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte las conductas sexuales de los adolescentes en conductas riesgosas que los pueden llevar al embarazo no deseado o imprevisto incrementando el riesgo preconcepcional (González 2011) (Riquelme 2012).

Es por ello que la mayoría de los autores recomiendan que el cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer en edad fértil debe saber que ciertos aspectos como la edad, factores nutricionales y del cuidado de su salud, impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intra-útero y desarrollo de su hijo (Almarales 2008) (MSP, 2013) (Tirado 2010).

El cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales. La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia. Esta etapa es considerada como un período preparatorio para el embarazo ya que condiciona la salud de la madre y de su futuro hijo (González et al, 2010).

En relación a la llamada etapa preconcepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Además de elegir el momento oportuno para el embarazo, a partir de la decisión responsable, la mujer debe informarse sobre los aspectos psicológicos y biológicos para asumir un embarazo seguro (Gómez 2009).

Por ejemplo, en España, la tasa de prematuridad es del 9,5% del total de nacimientos. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inmunológicos, mecánicos y hormonales propios de la edad de las pacientes. 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. 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 (OMS 2003).

Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más de 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. 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. Por ejemplo, debido a las políticas de salud, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados (OMS 2003).

En Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres y de ellas, 122.301 son adolescentes según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC 2010),

El 44,5% de las madres en el país, tienen de 1 a 2 hijos, mientras el 5,6% tienen entre 9 y más hijos. Según estos datos, el promedio de hijos se ha reducido de 3,8 en el año 2001 a 3,5 en el 2010 en todos los grupos de edad.

1.8.1.2 Antecedentes investigativos.

En la Comunidad Nueva Esperanza del cantón Arosemena Tola (Napo), no se ha realizado ninguna investigación sobre este tema, por esta razón vamos a plasmar el presente proyecto con el objeto de contribuir con la información acerca del riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil. Esta es una investigación original que se plantea con la variable independiente y dependiente respectivamente.

1.8.1.3 Fundamentación legal.

La constitución declara al Ecuador como un estado soberano, social de derecho, unitario, democrático, independiente, laico, multiétnico y pluricultural, argumenta por medio de la política Nacional de Salud, sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, la ejecución y cumplimiento de todas las nuevas propuestas emitidas en las diferentes convenciones, declaraciones y leyes vigentes en nuestro territorio, ara ser aplicados en el diario transcurrir de la población (Bergallo, P., 2011).

Los derechos sexuales y reproductivos según la Constitución de la República del Ecuador expresa en los diferentes artículos nuestros derechos, obligaciones y oportunidades como menciona el Art.

11, numeral 2, también están presentes en los Derechos Civiles que se mencionan en el Artículo 23, en sus numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 20, 25 y 26. Resalando que Ecuador emite la carta magna donde se incluye por primera vez los derechos sexuales y reproductivos a nivel de Latinoamérica.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, indica en el Art. 6 que el Ministerio de Salud Pública es responsable, en ejercer la rectoría del sistema nacional de Salud, en la formulación de políticas y programas para la atención integrada de la salud sexual y reproductiva, según los ciclos de vida, así como el Art. 30 indica el fomento y provisión de la planificación familiar en igualdad de condiciones, con responsabilidad mutua.

De acuerdo al plan nacional del buen vivir (2013 -2017) deben ampliarse los servicios de prevención y promoción buscando elevar las condiciones de vida de las personas, cambiando principalmente los hábitos. Además de garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Garantizando que la población obtenga la información adecuada basadas en las prácticas, conductas sexuales y riesgos en la salud sexual y reproductiva. Instruyendo sobre uso de métodos de protección y anticoncepción, disminuyendo la morbilidad y orientar a las personas involucradas sobre un plan de vida.

1.10 Bases teóricas

1.10.1 Riesgo reproductivo.

Se delimita como la eventualidad de sufrir un daño, siendo así, el riesgo reproductivo la probabilidad que tiene una mujer o su producto potencial, de sufrir daño, lesión o muerte durante el transcurso de la reproducción. Otra definición es toda aquella injuria que puede afectar una mujer durante el transcurso de reproducción.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud cada día en el mundo mueren alrededor de 800 mujeres y 7700 recién nacidos por dificultades que tiene que ver directamente con el embarazo, el parto y posparto (OMS 2015).

Hoy en día la obstetricia pretende lograr recién nacidos sanos y evitar que la madre sufra algún tipo de lesión. (Bendezú 2011)

Según González 2015, el Riesgo reproductivo se puede clasificar en:

- Riesgo preconcepcional: identifica factores de riesgo antes del embarazo.
- Riesgo obstétrico: hace referencia al embarazo de alto riesgo, mismo que presenta algún proceso patológico.
- Riesgo perinatal: este período va desde la vigésimo octava semana de gestación hasta los primeros ocho días de vida del recién nacido. Concurren varios elementos que condicionan el elevado riesgo perinatal como son:
 1. Factores de riesgo en el transcurso del embarazo
 2. Factores de riesgo en el parto
 3. Factores de riesgo en el puerperio

Dentro de los riesgos reproductivos, varios autores como Rigol 2011 y González 2015, concuerdan y hacen referencia directa a las enfermedades crónicas dentro de las que se mencionan: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y las hepatopatías entre otras.

Estos autores mencionan a dichas entidades nosológicas que se presentan con mayor frecuencia y son las causantes de la mayoría de afecciones en las mujeres fértiles y además van a causar conflictos con la pareja y la familia. La única diferencia entre los autores es que Rigol 2011, hace referencia a patologías tales como el asma bronquial y las anemias, menos frecuentes en otros medios, pero no menos importantes en el momento de presentar complicaciones y generar afecciones en las mujeres en edad reproductiva. Pueden además de estos factores, encontrarse muchos más, pero de acuerdo a nuestra situación geográfica, cultura y etnia, estos estudios son los que mejor se relacionan a nuestra realidad.

Es necesario precisar que, cuando todos los factores tienen una gran participación el riesgo cada vez es mayor. Por ello, si se identifica uno de estos problemas es necesario intervenir para, reducir o de forma definitiva eliminar, dichos factores de riesgo y obtener procesos de gestación normales.

En nuestro entorno, la atención primaria de salud (APS) ejecuta un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se aplica en todos los Establecimientos y Puestos de salud a nivel nacional, denominado Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE). Hasta el momento, se ha aplicado con buenos resultados dentro de la población. El objetivo fundamental es cambiar de forma positiva el riesgo existente antes de que la mujer se encuentre gestando y que dicha gestación transcurra en las mejores condiciones, de manera que la pareja participe en todo el proceso.

El programa promulga el uso de algún método anticonceptivo, que será orientado por personal capacitado en el tema para una regulación adecuada de la fecundación, la misma que siempre tendrá como actores principales a la pareja quienes elegirán el método más adecuado a su necesidad. El programa hace varias excepciones para su ejecución (Rigol 2011)

- Certeza médica de no diligencia sexual.
- Procedimientos de anticoncepción permanente.
- Desaparición de la situación de riesgo, haciendo que la gente tenga un conocimiento adecuado sobre el riesgo preconcepcional.

1.10.2 Riesgo preconcepcional.

El riesgo preconcepcional establece que las mujeres en edad fértil no gestantes, tienen incrementada la posibilidad de sufrir daños en su salud y/o la de su futuro hijo, de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo. Esto hace imperativo tomar acciones en el período preconcepcional permitiendo identificar a las mujeres con el mayor riesgo y darles un correcto seguimiento, siempre basados en las normas y procedimientos establecidos por el MSP.

Haro 2016 enmarca al riesgo preconcepcional para mujeres en edad fértil en aquellas que no cursen con embarazo, por lo que engloba a las mujeres fecundas de acuerdo al riesgo que puedan presentar en el curso de un embarazo y los efectos sobre su salud y la del feto. De esto se deriva que no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

1.10.3 Criterios de riesgo preconcepcional.

- *Antecedentes y condiciones generales:* edad, peso, nivel de instrucción, estado civil, condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas.
- *Antecedentes obstétricos y reproductivos*
- *Antecedentes patológicos personales* (enfermedades crónicas no transmisibles)

1.10.4 Antecedentes y condiciones generales.

Edad.

La edad interviene de forma directa sobre los aspectos psicológicos y fisiológicos. Indicando que la madurez que brinda la edad hace ver que las adolescentes embarazadas no asumen el rol y responsabilidad que implica un embarazo, que a la larga pueden causar complicaciones tanto al feto como a ellas mismo (Lugo et al, 2012).

Ahora bien, si se analiza que todas las mujeres en edad fértil en Ecuador se les considera a aquellas que se encuentran entre los 15 y 49 años, podremos apreciar que varios autores coinciden en que las mujeres muy jóvenes y las de edad avanzada, presentan el mayor riesgo (menos de 18 y más de 35 años), haciendo ver que las mujeres muy jóvenes presentan el mayor número embarazos que culminan pre término y con malformaciones congénitas e inconvenientes como: Distocia del parto, Muerte fetal, Placenta previa y Toxemia entre otros . (Muñoz 2011) (González 2016)

En tanto, que las mujeres añosas mayores de 35 años, con mayor frecuencia presentan otro tipo de afecciones debido a que pueden presentar otros riesgos como son los hábitos tóxicos y las enfermedades crónicas que padecen, sin olvidar a las mujeres de elevada multiparidad. Como dato interesante podemos mencionar que, en Latinoamérica las mujeres de más de 40 años alumbraron la mayor cantidad de niños con síndrome de Down con 40% de los nacimientos. (Rigol 2011-Bendaña A, 2010)

lo cual coincide con lo referido por que indica un porcentaje similar de estas complicaciones al feto. (Reyes 2015)

Las complicaciones en las mujeres embarazadas con edades inferiores a los 18 años o mayores de 35 no discriminan clases sociales, nivel cultural o grupo social. A nivel de todo el mundo se ha venido trabajando en la educación y prevención sanitaria constituyendo un reto importante para la salud pública, por lo que se implementaron estrategias tales como el uso de métodos anticonceptivos que no han sido suficientes aún. Las cifras de cesáreas, infecciones puerperales, complicaciones intrapartos, partos prematuros y bajo peso al nacer, siguen en incremento.

El proceso de educación a la población apenas empieza en nuestro medio y se vuelve un reto para la salud pública, como de igual manera sucede en Colombia según la Guía de atención de obstetricia y recién nacido con riesgo preconcepcional, Colombia. 2012.

Estado nutricional:

Es muy común que las mujeres con un estado nutricional inadecuado se las relacione con alteraciones como parto pre término y toxemia, por eso antes de pensar en un proceso como la concepción estas mujeres deben mejorar su peso. El polo opuesto en mujeres con obesidad se las asocia con entidades como hipertensión arterial y toxemia que influyen sobre el peso bajo al nacer y la prematuridad. Esto hace que las Condiciones sociales se tornen desfavorables, las conductas personales o de la pareja también afectan a estado nutricional de la mujer constituyendo un factor de riesgo para la madre y su producto.

Por lo que Rigol 2011, menciona además como factores desfavorables y/o conductas inadecuadas, madre soltera, con pareja inestable, el alcoholismo, hacinamiento, violencia, intento suicida y bajos recursos económicos. (Rigol 2011)

Nutrición:

Al realizar la consulta preconcepcional debemos conocer el tipo de alimentación de la paciente hábitos nutricionales, antecedentes como peso bajo, obesidad, bulimia, pica o el consumo inadecuado de productos químicos como suplementos vitamínicos (Arenas 2011).

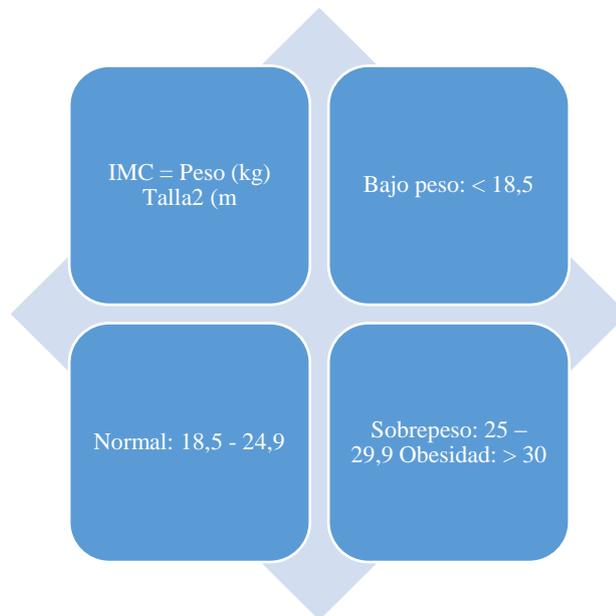


Gráfico 1-1: Evaluación del Índice de Masa Corporal

Fuente: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

Durante el embarazo, mantener un estado nutricional adecuado es imperativo, pues el requerimiento nutricional es mayor, para ello se inicia con la valoración del peso adecuado con la valoración del índice de masa corporal como se muestra en el gráfico N°1. Es así que la morbilidad infantil va ligada en su mayor parte a problemas nutricionales previos o durante el embarazo, observándose por ejemplo que niños macrosómicos puedan complicar el parto o favorecer las distocias, así como incrementarse el bajo peso al nacer por otro lado. El aumento del peso gestacional muestra una ligera ventaja que puede ser modulada a través de los controles prenatales y nutricionales.

El incremento del peso va estar definido específicamente para cada gestante como se plantea en la estrategia CONE 2013 de nuestro País, tomando como punto de partida al peso preconcepcional, de esta manera, en el transcurso del embarazo, la ganancia de peso paulatina y final va verse determinada por el índice de masa corporal obtenido en la captación de la gestante. Sin olvidar que, también forma parte de la estrategia, ubicar a las mujeres en las curvas y percentiles que deben manejar durante la gestación para un mejor control y manejo durante este período.

Nivel de instrucción:

Como muestran las últimas cifras del instituto nacional de estadísticas y censos INEC 2010, en Ecuador se presentaron 2609 menores entre 12 y 14 años que tuvieron como mínimo un hijo nacido vivo y nivel escolar ninguno, identificando el mayor número de madres adolescentes en las provincias de la región litoral, en Guayas, por ejemplo, se registró el número más elevado con (653 casos). Lo más imponente es que 289 ya tuvieron dos hijos, y aún peor, 120 000 madres o entre los 15 a 19 años apenas habían realizado instrucción primaria, de cuyo grupo 800 han procreado ya a su tercer hijo. El Instituto Nacional de Estadística de Perú refiere que el 25% de los embarazos sucede en adolescentes que poseían un nivel de instrucción primaria, y apenas el 9.9% de adolescentes, habían cursado con instrucción secundaria. (INEC 2010)

El nivel de escolaridad siempre estará asociado directamente a la calidad de vida donde influyen otros factores como la alimentación, acceso a niveles de salud, etc. Al lograr un nivel de conocimiento adecuado en las mujeres sobre la asistencia preconcepcional, se logrará que todos los embarazos se planifiquen por medio de la consulta preconcepcional. También hay que puntualizar la información necesaria y correcta para llegar a la población tomando en cuenta siempre el nivel de instrucción, identificando así los casos que presenten riesgo (CONE 2013).

Estado Civil:

Tiene gran preponderancia en nuestro medio pues tendremos en cuenta que en un país tercermundista como Ecuador aún las tradiciones, creencias, así como el sistema social donde vivimos, va dirigir los derechos de cada mujer, beneficios de tipo económico, etc. Un claro ejemplo es que las mujeres con muy bajos ingresos económicos, reciben por parte del estado un bono para impulsar el desarrollo humano lo cual se comporta como

un arma de doble filo que, por una parte, solventa la situación económica de las mismas, pero por otra, incita a éstas a gestarse aún sin tener las condiciones mínimas para ello convirtiéndose así casi en *modus vivendi* para las mismas.

En este estudio, se consideró la siguiente clasificación del estado civil según Arenas 2011:

- Casada: es la unión establecida de forma legal.
- Soltera: sin una relación estable.
- Unida: es una relación estable donde la convivencia familiar es por 6 meses o más
- Divorciada: es la ruptura de la relación marital de forma legal.
- Viuda: cuando el cuyo cónyuge fallece y que no se vuelve a casar

Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas.

Éstas también forman parte de los factores de riesgo para el embarazo y el feto. Entre ellas se encuentran: sustancias nocivas (alcohol, tabaco y drogas), pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, baja solvencia económica, violencia.

Sustancias nocivas

Alcohol:

El alcoholismo es un problema de salud pública principalmente en países en vías de desarrollo y afecta sin diferenciar a hombres y mujeres. El nivel de afección que tiene el consumir sustancias en la salud de las mujeres es muy elevado el consumir alcohol durante el embarazo figura una problemática particular en la salud de la madre y el feto. (Arenas 2011). En las mujeres no gestantes, el consumir alcohol va a provocar cambios en los ciclos menstruales y ovulatorios (menstruación sin ovulación).

En (Rigol 2011) habla del alcohol y sus metabolitos que estos pueden atravesar sin inconvenientes la placenta y actuar en el feto, causando privaciones en el crecimiento pre y pos natal con el 85% de los casos, también observo que los 160 g menos de peso promedio en los fetos se relacionaba con la ingestión de 100 ml diarios de alcohol, causando daño a nivel celular que se explica con la limitación del crecimiento y desarrollo celular en las fases críticas.

Hay estudios de casos que se realizaron en la ciudad de México a un grupo determinado de mujeres que acuden a la consulta indicando que necesitan ayuda para su problema con la bebida, de las cuales el 57,5% ingirieron alcohol en el transcurso de la gestación, y esto tenía como factor de riesgo el que los familiares consumen alcohol.

Tabaco:

El hábito de fumar ha venido incrementándose en la población femenina, que sin distinción de los hombres causa el mismo efecto y en el caso muy particular de las mujeres gestantes, se manifiesta con trastornos como peso bajo al nacer, abortos, restricción del crecimiento intrauterino entre otros. Dentro de la bibliografía utilizada se observó que (Bortman año ¿?¿) identifica que las mujeres fumadoras presentaron más riesgo de tener óbito fetal que las no fumadoras.

(Hernández) en su trabajo planteó que el 59,3% de las mujeres con riesgo preconceptional fumaba concordando así con Bortman año ¿? en las complicaciones del embarazo, adicionando en su estudio la presencia de hipertensión inducida por el embarazo. No se debe dejar de lado a las mujeres fumadoras pasivas que por el solo hecho de respirar el humo tienen los mismos factores de riesgo y complicaciones que una mujer que fuma. También este investigador menciona algo muy importante sobre uno de los componentes del cigarrillo como es la nicotina que va a causar alteraciones circulatorias con daños a nivel de placenta, causando una mala nutrición y oxigenación del feto.

1.10.5 Antecedentes obstétricos y reproductivos.

- Paridad: González 2015 menciona que la primera gestación y toda aquella después de la tercera aumenta considerablemente los riesgos, pero por otra parte Rigol 2011, plantea que el riesgo es mayor a partir del quinto parto. (González 2015) (Rigol 2011),
- Intervalo intergenésico: Rigol 2011, González 2015 coinciden en que el período intergenésico es corto cuando es menos de 1 año, cuando es por cesárea anterior el tiempo se prolonga a 2 años, vinculando este proceso a varias complicaciones como el parto pre termino y la anemia gestacional: (Rigol 2011), (González 2015)

- Abortos: González 2015 toma los mismos principios de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo, este autor nos hace la recomendación de realizar una valoración genética previa a la gestación. La (OMS), menciona que el aborto se encasilla en dos entidades la primera es que puede ser inducido “*la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable*”, es decir que el feto aun no puede sobrevivir fuera del útero. La segunda es que se presente de forma espontánea causado por efectos fisiológicos como las alteraciones genéticas (OMS 2003) (González 2015)
- Recién nacidos de bajo peso y pre términos: de acuerdo a la OMS en el mundo aproximadamente 15 millones de niños nacen antes de las 37 semanas. A lo que indica que hay causas que desencadenan estos eventos entre estas menciona: enfermedades crónicas, hábito de fumar, alteraciones uterinas de tipo estructural y miomas, entre otras. (González 2015)
- Cesárea anterior: Rigol 2011, la define como un factor no modificable y recomienda para una nueva cesárea un periodo no menor de 2 años, pues toda intervención de tipo quirúrgica altera las estructuras y dificulta su recuperación. Ginebra/Washington, en abril de 2015 (OPS/OMS), declaran que la cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más comunes a nivel mundial, reflejando tasas que van en incremento sobre todo en los países con ingresos económicos medios y altos.: (Rigol 2011),

1.10.6 Antecedentes patológicos personales.

1.10.6.1 Enfermedades crónicas:

De entre los datos acopiados en la historia clínica resulta interesante la información de las enfermedades crónicas activas o pasadas que puedan alterar el desarrollo de la futura gestación. Además del riesgo que trae consigo la enfermedad se añade los efectos adversos que la medicación crónica. Éste es el momento ideal para hacer una evaluación al tratamiento seguido de los ajustes precisos en su dosificación.

Ahora, se pondrán de manifiesto los aspectos más importantes a evaluar en la Historia ginecológica y obstétrica.

- Se recogerá información general: tipo menstrual, embarazos previos y resultado y complicaciones surgidas en ellos: hipertensión arterial, diabetes, depresión, que requerirán una especial vigilancia en el próximo embarazo.
- Métodos anticonceptivos utilizados y consejo sobre el modo de interrumpir su uso y sobre la conveniencia de dejar un periodo de unos 3 meses antes de la gestación.
- Historia previa de infertilidad o abortos de repetición en los que hay que valorar la realización de estudios, generalmente en el nivel especializado, así como aconsejar un seguimiento precoz del futuro embarazo.
- Historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que pudieran condicionar infertilidad, embarazos ectópicos, cáncer cervical y tomar las medidas necesarias para su detección y tratamiento si procede.
- Indicaciones de consejo genético preconcepcional
- Valorar la realización de estudios genético en los siguientes casos historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes o muerte fetal, hijos o historia familiar con alteraciones congénitas.

De acuerdo al ministerio de salud de Argentina Fernández 2013, menciona que del 15 al 20% de mujeres en edad fértil presentan alguna complicación médica de tipo crónica, previos a la gestación que de igual manera que en Ecuador y el mundo se quieren corregir estabilizar para dar paso a un embarazo sin problemas en su transcurrir. (Arenas 2010), menciona datos recopilados en la historia clínica, refiriéndose a esta como pilar fundamental al momento de obtener datos como antecedentes patológicos personales y familiares, siempre en miras de un futuro embarazo. Habla también sobre la necesidad de comunicar a los futuros padres sobre posibles efectos que la enfermedad o su tratamiento puedan tener sobre el feto. (Fernández 2013)

Fernández 2013 y Arenas 2010 están de acuerdo en sus investigaciones que las principales enfermedades crónicas y con mayor repercusión sobre la madre y el feto son las siguientes: (Fernández 2013) y (Arenas 2010)

- Diabetes
- Asma
- Anemia
- Hipertensión arterial
- VIH
- Tuberculosis
- Cardiopatías
- Nefropatías

1.10.7 Hipertensión Arterial:

Es una de las enfermedades más frecuentes. Fernández 2013, dice que, al planificar un embarazo, es ahí donde se debe cambiar el tratamiento para evitar complicaciones el momento de modificar el tratamiento para evitar la teratogenicidad de algunos fármacos de algunas y menciona entre varios al Enalapril y Losartán que son muy comunes en el tratamiento de esta enfermedad en nuestro medio. (Fernández 2013)

Arenas 2010 hace un detalle muy puntual sobre esta patología que es antes de la posición terapéutica con fármacos se debe educar a las mujeres que padecen esta enfermedad en una dieta adecuada y el reposo que necesite pues la sintomatología puede exacerbarse durante la gestación. Este autor menciona varios fármacos que pueden utilizarse entre ellos: (Arenas 2010)

- Alfametildopa relativamente seguro.
- Betabloqueantes como segunda elección.

La hipertensión puede llevar a desarrollar varias complicaciones, relacionando los factores de riesgo antecedentes patológicos, entre las más menciona a la pre eclampsia con la nuliparidad, Adolescencia, Edad, Mayor de 35 años, Embarazo múltiple u Obesidad, Historia familiar de pre eclampsia-eclampsia o Preeclampsia en embarazos anteriores, Arterias uterinas anormales entre las 18 a 24 semanas por estudio doppler.

1.10.8 Asma

De acuerdo (Arenas 2010), es una las enfermedades más frecuentes en mujeres fértiles. Este autor hace alusión a un estudio comparativo entre mujeres asmáticas y no asmáticas con respecto a las complicaciones que trae esta entidad nosológica, sin encontrar ninguna diferencia en la aparición de complicaciones como la pre eclampsia, partos pre término, restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones congénitas. (Arenas 2010)

Por otra parte, refiere que el proceso de gestación sí modifica o altera la evolución del asma si este es de grado moderado o severo, presentando un agravamiento de sus síntomas, por lo general, en el último trimestre del embarazo.

(Fernández 2013), analiza una serie de resultados de varios autores que mostro que 1/3 de las embarazadas asmáticas no modificaban sus síntomas, 1/3 los exacerbaba y 1/3 de estas los síntomas disminuían. También mencionan varias posibilidades terapéuticas, como primera elección la terbutalina por vía inhalatoria. Si no se controla el siguiente escalón, los agonistas – beta 2, (beclometasona y budesonida) y en casos severos se pueden usar corticoides por vía oral, siempre valorando el riesgo-beneficio. (Fernández 2013),

1.10.11 Enfermedad tiroidea:

(Fernández 2013), prioriza dentro de la intensidad primaria de salud, que como toda enfermedad crónica esta debe estar controlada previo al embarazo, tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo. (Arenas 2010), se enfoca en el tratamiento y dice que la L-

tiroxina no presenta efectos teratogénos en el feto. Los fármacos que no se deben usar en este periodo son el yodo radiactivo, por su elevada teratogenicidad, y el propiltiouracilo se lo recomienda en el tratamiento del hipertiroidismo para las mujeres que están planificando un embarazo y así disminuir las complicaciones. (Fernández 2013)

1.10.12 Epilepsia

(Fernández 2013) y (Arenas 2010), concuerdan en que todos los fármacos empleados para su control y la características propias de esta enfermedad pueden provocar daños teratogénos al feto, por lo que este tipo de pacientes debe ser manejada o tratada por un especialista en este caso el neurólogo que va a decidir el tipo de medicamento y la dosis adecuada para no presentar crisis y disminuir el riesgo teratogénico al mínimo, algunos autores menciona que los medicamentos anticonvulsivantes se los puede retirar a la paciente si no ha presentado crisis en 2 a 3 meses. (Fernández 2013) y (Arenas 2010)

1.10.13 Diabetes

La (OMS 2010), define a la diabetes mellitus como un estado permanente de hiperglucemia, que tiene como origen factores ambientales y genéticos, que pueden actuar al unísono. La hiperglucemia puede estar dada por la falta de producción de insulina. (OMS 2010)

Clasificación:

- Diabetes pre gestacional: Es aquella que se conoce y diagnosticada en una paciente no gestante. Se identifican dos tipos, la tipa 1 insulino dependiente o juvenil y tipo 2, no insulino dependiente.
- Diabetes gestacional: Es la que se diagnostica durante el embarazo. Definiéndola por su grado de severidad, pronostico y tratamiento. La diabetes gestacional surge luego de estudios en los que se presentaba macrosomía fetal o muerte súbita del producto todas estas mujeres tenían síntomas de diabetes. La frecuencia de esta patología esta entre 2 y 17 % según distintas publicaciones de diferentes regiones,

y epidemiológicamente los factores de riesgo para esta enfermedad son varios entre ellos los dietéticos, ambientales, familiares, genéticos, patológicos y obstétricos. (Fernández 2013), hace alusión al control multidisciplinario en este tipo de pacientes pues deben estar involucrados varios especialistas como el ginecólogo, endocrinólogo y nutricionista

1.10.14 Cardiopatías:

La (OMS 2010), reporta que las cardiopatías están ligadas a la gestación mostrando un dato epidemiológico de 1 al 4 %. En Latinoamérica las cardiopatías ocupan el primer lugar como causas indirectas de mortalidad materna. Según (Arenas 2010), menciona que el riesgo para la mujer embarazada y el producto se ven incrementados, pero que aún se ve que muchas pese a tener estas complicaciones pueden llevar a término un embarazo. (OMS 2010), (Arenas 2010)

Muchas de las veces las mujeres llegan a la primera consulta obstétrica sin saber de la existencia de este tipo de problemas, aquí nuevamente juega un papel importante el manejo multidisciplinario pues el control por parte del cardiólogo es fundamental. A diferencia de las pacientes que conocen de su afección pueden planificar el mejor momento para concebir.

1.10.15 Nefropatías:

(Arenas 2010), habla de la sobrecarga renal durante el embarazo, y la posibilidad para desarrollar una nefropatía, que puede causar muchos inconvenientes al proceso del embarazo sobre todo si ya están presentes varias entidades entre ellas la insuficiencia renal. Estas complicaciones también pueden traer una repercusión luego del parto dejando secuelas o estigmas permanentes en la salud de las mujeres, haciendo que la tasa de mortalidad materna se incremente. (Arenas 2010)

1.10.16 Tuberculosis

(Arenas 2010), como sabemos esta enfermedad trae consigo múltiples complicaciones, por ello este autor recomienda el uso de test de tuberculina en todas las embarazadas que tengan algún factor de riesgo como vivir en zonas donde existe tuberculosis, el riesgo social pues el vivir en hacinamiento eleva el factor riesgo, el contacto con familiares que tengan esta enfermedad, mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida. Realidad que se asemeja mucho a la del Ecuador. (Arenas 2010)

En el caso de las pacientes a las que se les confirme esta enfermedad y estén gestando la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud es la utilización de los medicamentos menos teratogénicos y menciona la asociación de Isoniacida y Etambutol.

1.10.17 Virus de inmunodeficiencia adquirida.

La (OMS 2010), dice que es indispensable conocer el estado serológico de la pareja e identificar conductas de riesgo, y poner en conocimiento de la madre del gran riesgo de la contaminación vertical. (Fernández 2013), refiere que toda mujer con VIH tiene necesidades muy puntuales como por ejemplo la confidencialidad y la no discriminación. En esta investigación muchas de las mujeres conocían ya su estado y deciden aun así concebir. En este caso la OMS hace varias recomendaciones a cerca de la preconcepción en mujeres portadoras del virus de inmunodeficiencia adquirida, (Fernández 2013)

- La elección de métodos anticonceptivos apropiados para prevenir la transmisión del virus a su o sus parejas sexuales, también protegen a las mujeres de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual, contagiándose incluso de cepas del virus mucho más agresivas que las que ya porta.
- Asesorar a la madre sobre el proceso de contagio que puede sufrir el hijo, buscando nuevas formas de disminuir este riesgo, y las posibles complicaciones que este virus

puede causar en el curso del embarazo como son la hiperglucemia, anemia, toxicidad entre otras.

- socializar los posibles efectos al combinar anticonceptivos y antiretrovirales, que en este caso uno inhibe al otro, provocando una mala acción de los medicamentos.
- La posibilidad de inseminación en caso de que la pareja no sea portadora del virus.

1.10.18 Riesgo obstétrico.

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, ginecólogo ecuatoriano refiere, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. (Rigol2011).

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. (Rigol2011).

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de

accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. (Rigo2011).

1.10.19 Identificación del riesgo obstétrico.

1.10.19.1 Consulta preconcepcional:

El Ministerio de Salud del Ecuador (MSP), delimita en el 2013, a la entrevista preconcepcional como *“la entrevista programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo”*. El objetivo del equipo de trabajo es proporcionar las herramientas necesarias a las parejas para que puedan tomar las decisiones más adecuadas en lo que respecta a su futuro, decidiendo el mejor momento y el número de hijos que se deseen tener.

En algunas comunidades se realizó un estudio (Arenas 2011), que identificó el aumento de la mitad de los embarazos sin planificación en consulta previa. Todos los casos de mujeres gestantes se captaron luego del retraso de su ciclo menstrual, es decir, en el período que el feto es más vulnerable a los diversos agentes químicos y ambientales, haciendo que todas las actividades de promoción y prevención por parte del personal de salud queden sin validez. (Arenas 2011)

Este autor hace referencia a la falta de orientación sobre una correcta planificación familiar pese a que las pacientes buscan hacer una correcta consulta preconcepcional. En el contexto donde se desarrolla esta investigación no se presenta de esta manera, pues los equipos de atención integral de salud pesquisan, captan y educan a las mujeres en edad fértil para evitar embarazos no deseados, así como prevención de las complicaciones durante la gestación y puerperio. (Arenas 2011)

Según (Rigol 2011) existen diversos métodos para la vigilancia de mujeres con alto riesgo obstétrico este autor hace una compilación de varias propuestas teniendo en cuenta que concuerdan en una serie de condiciones, que van a relacionarse con la respuesta perinatal negativa, incluyendo dentro de estos factores de riesgo a las dificultades médicas que pueden aquejar a la gestante, incluso el hecho de realizar una mala historia obstétrica dentro de expediente clínico. (Rigol 2011)

Para iniciar el manejo obstétrico de las pacientes, la identificación del riesgo debe facilitar el seguimiento continuo del embarazo, donde se tendrá en cuenta el tiempo intergenésico y sus características. De esta forma, realizaremos la captación precoz de los factores de riesgo evitando que los ya presentes hagan la transición de bajo a alto riesgo.

1.10.19.2 Clasificación del riesgo obstétrico.

Bajo riesgo

- Déficit nutricional grados III y IV.
- Muerte perinatal.
- Incompetencia cervical o uterina.
- Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
- Parto previo con isoinmunización.

- Preeclampsia-eclampsia.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Cesárea anterior u otra operación uterina.

Alto riesgo

- Tumor de ovario.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad renal.
- Diabetes mellitus.
- Cardiopatía.
- Procesos malignos.
- Anemia por hematíes falciformes (sickleemia).
- Enfermedad pulmonar.
- Enfermedad del tiroides.
- Enfermedad hepática.
- Epilepsia

1.10.19.3 Evaluación y determinación del riesgo preconcepcional.

Esta evaluación, de traer consigo una historia clínica exhaustiva, detallada, realizando una correcta anamnesis, antecedentes tanto familiares como personales como son los hábitos tóxicos, factores de riesgos biológicos, ambientales e historia obstétrica, exploración física ginecológica y exámenes complementarios principalmente en mujeres que quieren embarazarse nos puede orientar sobre el grado o riesgo de la paciente, ver anexo D.

1.10.20 Riesgo perinatal.

“Desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, y el periodo fetal tardío hasta el periodo neonatal comprende el periodo perinatal.” (Arenas 2011), para comprender de mejor manera los tipos de riesgos que condicionan el estado de las pacientes y lo hace de la siguiente manera: (Arenas 2011)

- Factores de riesgo en el puerperio: es la primera causa de muerte materna en el mundo, no menos importante la hipertensión inducida por el parto y la sepsis puerperal.
- Factores de riesgo para el recién nacido: varios autores definen a este acápite como el reflejo del grado de desarrollo de los países y el estado de salud de los pueblos inmersos. (OPS 2009). Según Instituto Nacional de Perinatología de México, revela que la tasa de mortalidad neonatal de 19% (Guevara 2011).

1.10.21 Prevención y promoción.

La promoción y prevención en salud son los procesos por los cuales toda la población logra mejorar su nivel de salud teniendo el control sobre sí mismos, aquí se incluyen todas las acciones de tipo educativas que cada ministerio de salud emprende para mejorar el nivel de conocimiento sobre estos factores de riesgo. Sin dejar de lado las políticas estilos de vida que rigen a cada región del planeta. (Cartas de Ottawa y Yakarta).

La norma CONE emitida por el ministerio de salud pública del Ecuador (MSP 2013), donde forman equipos básicos en atención integral que son los encargados de velar que no se produzca ningún evento adverso con las madres y sus hijos desde la concepción hasta su nacimiento y controles futuros. Estos equipos van a fomentar los procesos educativos en este grupo vulnerable, el objetivo es disminuir y en un futuro eliminar las muertes maternas neonatales y parte de sus acciones se definen:

- Historias clínicas y registro de partes diarios actualizados.
- Formulario de reporte de actividades de parteras con el que se trabaja en las reuniones mensuales de cada red local del control obstétrico y neonatal, comunitario.
- Cupones de referencias de parteras.
- Información obtenida del mapa parlante.
- Instrumento de auto medición de estándares del mejoramiento de calidad de las redes locales o comunitarias.

1.11 Glosario de términos.

Anemia: *Condición caracterizada por un número reducido de corpúsculos de sangre roja o hemoglobina en el fluido sanguíneo, que ocurre cuando el equilibrio entre la pérdida de sangre y la producción de sangre se perturba. El paciente inicialmente sufre de fatiga y debilidad, pero si es severo, la anemia tiene consecuencias serias en la salud. La anemia moderada se define como de 7 a 11 gramos por decilitro de hemoglobina; la anemia severa es de menos de 7 gramos/decilitro (OMS 2010).*

Alcohol: *(alcohol) En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas (OMS 2010).*

Aborto: *Pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g (OMS 2010).*

Anomalías congénitas: *todas las anomalías estructurales, funcionales y genéticas diagnosticadas en fetos abortados, en bebés al nacer o en el período neonatal (OMS 2010).*

Cesárea: *Procedimiento quirúrgico usado para parir un bebé cortando a través de la pared abdominal y el útero de la mujer. Las indicaciones para la cirugía incluyen obstrucción de labor y sufrimiento fetal. (OMS 2010)*

Defunción materna: *Una defunción materna es la defunción de una mujer que está embarazada o que ha estado embarazada durante las últimas 6 semanas. A veces se usan los últimos 3 o 12 meses. El resultado del embarazo (nacido vivo, nacido muerto, aborto, aborto inducido, embarazo ectópico o molar) no es relevante. La causa de la defunción es lo relevante; es una defunción materna si es causada directamente por el embarazo (incluyendo aquellas defunciones que resultan del tratamiento de las complicaciones) o si el embarazo agrava otra condición. Normalmente no se incluyen las "defunciones*

accidentales o incidentales" como los accidentes de tráfico o las defunciones por condiciones (como la mayoría de los cánceres) que no se afectan por el embarazo. Pero hay una tendencia creciente hacia incluir todas las defunciones, de manera de disponer de una medición de la mortalidad materna, definida solo sobre la base de su relación temporal al embarazo (como la mortalidad infantil) (OMS 2010).

Defunción perinatal: *Defunción de un feto de 28 semanas o más de gestación o la defunción de un recién nacido dentro de sus primeros 7 días de vida (OMS 2010).*

Edad gestacional: *edad de un embrión o feto calculada al sumar dos semanas (14 días) al número de semanas completadas después de la fecundación (OMS 2010).*

Enfermedades de transmisión sexual; *Término general para varias infecciones transmitidas por contacto sexual, incluyendo chancroide, clamidia, herpes genital, gonorrea, papillomavirus humano, sífilis y tricomoniasis (OMS 2010).*

Factores de riesgo durante el embarazo: *Los principales factores de riesgo durante el embarazo son los siguientes: anemia, diabetes, infecciones, insuficiente aumento de peso, excesivo aumento de peso, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad hipertensiva del embarazo (toxemia), embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina), exposición a radiaciones, riesgos ocupacionales y abuso de alcohol, drogas o tabaco (OMS 2010).*

Feto: *producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento (OMS 2010).*

Nacimiento pretérmino: *nacimiento que tiene lugar después de 20 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional (OMS 2010).*

Morbilidad: *Incidencia y/o prevalencia de enfermedades o deficiencias o incapacidades en la población. Normalmente se expresa como una tasa: el número de casos de la enfermedad por 1,000 personas expuestas al riesgo. La forma más precisa de valorar las tasas de morbilidad es mediante las encuestas epidemiológicas, pero el reporte de casos*

a través de la supervisión de los sistemas de salud ofrece una indicación de la magnitud relevante de la incidencia de la enfermedad, así como las tendencias en el control o prevención y puede proporcionar información sobre los patrones de morbilidad en diferentes partes del país (OMS 2010).

Parto: *la expulsión o extracción de uno o más fetos de la madre después de completadas 20 semanas de edad gestacional (OMS 2010).*

Planificación Familiar: *se define como "la decisión consciente y voluntaria del individuo o la pareja para determinar el número de hijos que se desea y el espaciamiento entre ellos" (OMS 2010).*

Promoción de la salud reproductiva: *la prevención del daño reproductivo, a través de la detección y manejo del riesgo reproductivo, son acciones complementarias. Sin embargo, en los próximos años los esfuerzos deberán volcarse en mayor grado hacia las acciones de promoción de la salud y al fomento de estilos de vida saludables, para lo cual necesariamente se deberá buscar una mayor participación de la sociedad en su conjunto (OMS 2010).*

Riesgo reproductivo preconcepcional: *El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales (OMS 2010).*

Riesgo reproductivo obstétrico: *El concepto de riesgo obstétrico se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto (OMS 2010).*

Riesgo reproductivo perinatal: *El periodo perinatal abarca desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz (OMS 2010).*

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH): *Virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (OMS 2010).*

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Tipo y diseño de la investigación

Se trató de una investigación de desarrollo tecnológico, no experimental de corte transversal, descriptiva, inferencial que pretende delimitar el problema de estudio, determinando las relaciones entre variables. Se realizó en la comunidad Nueva Esperanza en el periodo junio 2015 a junio 2016, localidad que pertenece al cantón Arosemena Tola, provincia Napo, el mismo se ejecutará con el propósito de diseñar una intervención en base a la relación entre las variables socio-demográficas y los conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil de la comunidad Nueva Esperanza. (Hernández, 2006)

2.2 Método de la investigación

El método utilizado fue inductivo-deductivo pues partimos de una hipótesis que es buscar la asociación entre las variables (sociodemográficas y nivel de conocimiento), para elaborar una intervención educativa elevando el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil de la Comunidad Nueva Esperanza.

2.3 Enfoque de la investigación

Mixto

2.4 Alcance de la investigación

Descriptivo, inferencial.

2.3 Población de estudio

El universo que está constituido por 125 mujeres.

Como **criterios de inclusión** en la investigación se tuvo en cuenta que se tratara de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad); que residan en la comunidad Nueva Esperanza y den su consentimiento informado para participar en la investigación.

Como **criterios de exclusión** en la investigación se consideró a aquellas mujeres de las que no existiera registro del estado de salud de la paciente en ninguno de los documentos médicos legales anteriormente señalados, mujeres con discapacidad de tipo intelectual puesto que el instrumento aplicar no tendría el valor necesario para la investigación y aquellas que no completen los instrumentos de evaluación por cualquier motivo.

Así mismo será **criterio de salida**, el movimiento de la mujer fuera de la localidad, ya sea permanente o temporal pero que afecte el tiempo de la investigación.

2.4 Unidad de análisis

La investigación se realizó con el total de la población de mujeres de 15 a 49 años de la comunidad Nueva Esperanza.

2.5 Selección y definición de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Por ciento del nivel de conocimientos según sexo.
Edad	Cuantitativa discreta	15-19 20- 39 40-45	Adolescente Adulta joven Adulto medio	Por ciento de nivel de conocimientos según edad.
Identificación étnica	Cualitativa nominal politómica	Mestizo Blanco Negro Indígena Montubio	Autoidentificación de cada paciente.	Por ciento de nivel de conocimientos según identificación étnica.
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal politómica	Analfabeto Primaria Secundaria Preuniversitaria Superior	Según último grado terminado.	Por ciento de nivel de conocimientos según nivel de instrucción.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltera Unión libre casada	Según refiera el paciente	Por ciento de mujeres con riesgo según estado civil
Antecedentes obstétricos	Cualitativa nominal politómica	Gesta Partos Aborto Cesáreas	Según refiera	Por ciento de mujeres con antecedentes obstétricos y conocimiento de riesgo
Antecedentes obstétricos desfavorables	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera	Por ciento de antecedentes obstétricos desfavorables y nivel de conocimientos
Antecedentes patológicos relacionados con el embarazo	Cualitativa nominal politómica	Pre eclampsia leve Pre eclampsia grave otras	Según refiera	Por ciento de mujeres con antecedentes patológicos en el embarazo y conocimientos de riesgo preconcepcional

Conocimiento sobre el tiempo intergenésico ideal	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sabe	Según refiera	Nivel de conocimientos sobre tiempo intergenésico
Tiempo ideal que debe mediar entre un embarazo y otro	Cualitativa nominal	Menos de un año Entre uno y dos años Más de dos años	Si selecciona la respuesta correcta, que es la opción c.	Número de mujeres con respuesta positiva sobre el total de las mujeres por 100.
Niños portadores de enfermedades genéticas	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera	Porcentaje de mujeres con niños portadores de enfermedades genéticas.
Nivel de conocimientos sobre asociación de embarazo en etapas extremas de la vida y malformaciones	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sabe	Según refiere	Número de mujeres con conocimientos de asociación Sobre el número total por cien.
Enfermedades crónicas	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión Diabetes Cardiopatías Afección renal Retardo mental	Según refiera	Porcentaje de mujeres con enfermedades crónicas y nivel de conocimientos
Conocimiento sobre relación entre enfermedades crónicas y repercusión en el embarazo	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sabe	Según refiera	Número de mujeres con conocimientos de asociación entre enfermedades crónicas sobre el número total por cien.
Conocimientos sobre la frecuencia de visitas al médico en el año cuando se padece enfermedad crónica	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sabe	Según refiera	Número de mujeres con conocimientos de frecuencia de visitas entre total de mujeres entre 100.
Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera	Porcentaje de mujeres que tienen hábitos tóxicos y su nivel de conocimientos

Conocimientos sobre la relación entre hábitos tóxicos y alteraciones en el recién nacido	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No No sabe	Según refiera	Número de mujeres con conocimientos sobre número total por 100
Hacinamiento	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera	Porcentaje de mujeres con hacinamiento sobre el total de mujeres
Estado nutricional	Cualitativa ordinal politómica	Bajo peso Normo peso Sobrepeso Obesa	Menos de 18,5 kg/m ² De 19 a 24.9 25 a 29.9 kg/m ² Mayo de 30 kg/m ²	Relación entre estado nutricional y número de mujeres embarazadas
Conocimientos sobre el peso ideal para quedar embarazada	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sabe	Según refiera	Número de mujeres con conocimiento sobre número total por 100
Conocimientos sobre influencia de la obesidad sobre la madre y el recién nacido	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sé	Según refiera	Número de mujeres con conocimientos sobre total de mujeres por 100
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	Sí No No sé	Según refiera	Número de mujeres con conocimientos sobre total de mujeres por 100
Control con método anticonceptivo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera	Número de mujeres controladas con métodos anticonceptivos sobre total de mujeres por 100
Conocimientos de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal politómica	Dispositivos intrauterinos Diclofenaco sódico Microginón Preservativos Duchas vaginales Esterilización quirúrgica Abortos	Si marcan correctamente: a, c, d, f y h	Total, de mujeres con conocimientos sobre total de mujeres por 100

		Implantes		
Medios a través de los cuales recibe información sobre riesgo reproductivo	Cualitativo nominal politómica	Médico y enfermera Otro personal de salud Radio Televisión Libros revistas Otros	Según refiera	Relación entre medios y nivel de conocimientos sobre riesgo reproductivo
Nivel de conocimientos	Cualitativa nominal politómica	Satisfactorio No satisfactorio	Obtienen 70-100 Menos de 70	Total, de mujeres con conocimientos sobre total de mujeres por 100

2.6 Técnica de recolección de datos primarios y secundarios

Los métodos de investigación que se utilizaron para alcanzar los objetivos propuestos son: métodos empíricos como la observación, y el cuestionario para percibir el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil de la comunidad de Nueva Esperanza, revisión de documentos oficiales (ficha familiar y ASIS) y métodos teóricos como el histórico-lógico y el de análisis y síntesis; una vez confirmado el consentimiento informado.

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

- Historia clínica médica: El objetivo fue conocer los antecedentes personales de las mujeres, así como obtener una guía para organizar el cuestionario.
- Ficha Familiar: Su propósito fue contextualizar la población de estudio identificando las principales características sociodemográficas y de salud para estructurar el cuestionario.
- Cuestionario auto administrado aplicado con la finalidad de determinar los conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional de las mujeres en edad

fértil: Es un instrumento creado por el autor según los objetivos de la investigación, es fácil de comprender y de responder. Consta de 20 preguntas. Son preguntas combinadas cada una está conformada por opciones de respuesta relacionadas con los aspectos sobre los que se desean evaluar. Las preguntas son en su mayoría de tipo informativo e individual entendibles para el grupo en estudio.

En la clave evaluativa de cada cuestionario se consideró correcto cuando hay una selección adecuada de más del 70% de los incisos afirmativos que abordan el tema a evaluar (en cada inciso de conocimiento el valor oscila entre 6 y 30), valorándose luego la clave evaluativa que varió en cada pregunta en relación con el número de incisos.

2.7 Instrumento de recolección de datos primarios y secundarios

2.7.1 Validación del instrumento.

Se someterá la encuesta o instrumento a revisión por especialistas teniendo en cuenta su especialidad y experiencia profesional y que en su mayoría fueran docentes universitarios. A través de un formulario, se solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (Corral, 2010).

Quienes vierten recomendaciones sobre la estructura básica del instrumento, cada experto asignó un valor para cada ítem, según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0, para identificar aquellos que tuvieron menos del 70% los mismos que fueron corregidos y sometidos nuevamente a evaluación hasta alcanzar el porcentaje deseado. Para lo que se les realizó prueba piloto a 20 mujeres que no integraron el estudio, que acudan al subcentro de salud Arosemena Tola.

2.7.2 Instrumentos para procesar datos recopilados

Se realizó el procesamiento de los datos utilizando el programa office 2016 con Microsoft Word y Excel, de igual forma el SPSS v17.0. Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, los mismos que se resumieron en tablas, todos estos programas se ejecutaron en una computadora personal Accer Intel Core i3.

Los estadígrafos utilizados fueron:

- Alfa de Cronbach
- Chi cuadrado

Ambos estadígrafos se obtuvieron con un nivel de confiabilidad del 95%.

2.8 Aspectos éticos

Se requirió la autorización de las autoridades sanitarias, el Aval del Comité de Ética de la Investigación y del Consejo científico de la unidad de salud para comenzar la investigación; se aseguró a las participantes que todos los resultados se manejarán de forma confidencial sin divulgar información susceptible, sin embargo se informó a los participantes sobre el tiempo de duración de la investigación, los procedimientos a emplear, la posibilidad de publicación de estos resultados y la metodología del procedimiento de la publicación. Así mismo, se informó de su derecho a retirarse cuando gusten del estudio, sin menoscabo de la atención de salud que recibirá.

En el desarrollo del trabajo de investigación se tomó en consideración los principios de la bioética los principios de la deontología guiaron nuestro actuar como investigador entre los que se tomó en consideración el valor fundamental de la vida, libertad y totalidad.

Durante la ejecución del programa se mantuvo en todo momento respeto por la vida, cuidándoles mediante el fortalecimiento de estilos de vida saludables, además se respetaron sus decisiones para no causar daño alguno, se solicitó autorización a través del formulario de consentimiento informado, la hoja informativa en la que se indicó los

objetivos y beneficios esperados de la investigación, de tal forma, que decidieran de manera libre participar en la investigación dando su aprobación y mostrando su disponibilidad.

CAPITULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 *Análisis y discusión de resultados*

El riesgo reproductivo en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia. El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil. La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento para brindar orientación y educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad.

La adecuada pesquisa, clasificación y manejo del riesgo preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce las complicaciones del parto que constituye una de las principales causas de mortalidad infantil en Ecuador y en el mundo (Varona, 2012).

Un reto importante de todas las campañas de educación es el enfoque preventivo enseñando la importancia de una pareja estable y en conjunto decidir el momento adecuado para la procreación, se debe enseñar a planificar la familia y los embarazos no deberían ser una sorpresa, y además manejar adecuadamente el tema de las relaciones sexuales y planificación familiar.

Tabla 1-3. Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y estado civil. Comunidad Nueva Esperanza 2016

Grupo	Estado civil	Total
--------------	---------------------	--------------

de edad	Sin compañero		Con compañero			
	No	%	No	%	No	%
Menos 19	21	16,8	6	4,8	27	21,6
20-35 años	22	17,6	39	31,2	61	48,8
Más 35 años	5	4	32	25,6	37	29,6
Total	48	38,4	77	61,6	125	100

Fuente: encuesta

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

En el estudio realizado sobre riesgo preconcepcional se obtuvo que el grupo de edad más representado fue de 20 a 35 años con el 48,8%, seguido por el de mayores de 35 años con el 29,6% y por último el grupo de adolescentes con el 21,6%. Según el estado civil el mayor porcentaje estuvo dado por las mujeres que tienen pareja ya estén casadas o unión libre con el 61,1% y sin pareja el 38,4%. (Ver cuadro No. 1).

En lo que respecta al rango de edad de las mujeres en edad fértil, se realizó un estudio en el Hospital Regional de Ambato, Ecuador, el cual mostró que la edad de las mujeres en edad fértil es similar a las de nuestra investigación con rangos entre 21 a 26 años para un 45% y de 27 a 32 años con un 22%, (González 2016).

En las investigaciones revisadas coincidimos con Armarles que muestra similares resultados en su estudio realizado en Timor Leste, en el cual el mayor por ciento de mujeres con riesgo preconcepcional presentaron compañero con un 79% (Armarles 2008), sin embargo, un estudio realizado por Gómez y Quevedo en Santi Espíritus, Cuba y en Venezuela respectivamente, obtuvieron un mayor número de riesgo preconcepcional en mujeres solteras, viudas o separadas (Gómez 2007) (Quevedo 2012).

González también se une a estos resultados al identificar un 35 % de mujeres solteras con el mayor riesgo preconcepcional (González 2011).

Otra investigación realizada por Arenas en Lima, Perú, coincide en que la mayor parte de las mujeres en edad fértil tiene compañero con el 73,6% (Arenas 2011).

El nivel de escolaridad de la mujer tiene importancia debido a que de este dependerá la mejor comprensión de los riesgos que comportan para su embarazo y el futuro niño, en atender las recomendaciones médicas sobre nutrición higiene personal, estilos de vida y otros factores biológicos que determina complicación en su futura gestación (Quevedo,2012).

Tabla 2-3. Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y nivel de escolaridad de la Comunidad Nueva esperanza 2016.

Grupo de edad	ESCOLARIDAD								Total	
	NINGUNO		PRIMARIA		COLEGIO		SUPERIOR		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%		
Menos 19 años	0	0,0	13	10,4	14	11,2	0	0,0	27	21,6
20-35 años	0	0,0	7	5,6	25	20	29	23,2	61	48,8
Más 35 años	2	1,6	17	13,6	14	11,2	4	3,2	37	29,6
Total	2	1,6	37	29,6	53	42,4	33	26,4	125	100

Fuente: encuesta

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

De acuerdo a lo mostrado en la tabla No 2, se observó que el mayor número de participantes posee un nivel escolar medio - bajo con un predominio del colegio, representado por cincuenta y tres (53) mujeres para un 42,4%, cabe destacar que relacionado con el grupo etario de las investigadas entre veinte y treinta y cinco (20 a 35) años, y las veinte y nueve (29) para un 23,2%, refirieron poseer un nivel superior, a opinión del autor este resultado es muy positivo para la adquisición de conocimientos una vez se realice la intervención educativa, haciendo que el trabajo educacional en este grupo sea más efectivo y eficaz.

De las investigaciones evidenciadas vemos que dentro de nuestro propio territorio los resultados obtenidos en un estudio realizado en Guayaquil-Ecuador se refiere que el mayor índice de escolaridad se presentó en el colegio con el 62%. (De la Cruz 2013), también (González 2016) y (Arenas 2010), quienes realizan sus investigaciones en Ambato-Ecuador y Lima-Perú muestra datos similares o iguales al de nuestro estudio refiriéndose al nivel de instrucción secundaria con el mayor porcentaje con el 50% y 54,7% respectivamente, concordamos con las investigaciones mencionadas en el que las mujeres que cursaron el colegio representó el mayor por ciento.

Otro estudio realizado por Henríquez en Cali, Colombia, también coinciden que la mayor cantidad de mujeres realizaron sus estudios medios representado por el 53%, relacionándonos así con la realidad del nivel de escolaridad del lugar de nuestro estudio y que forma parte de la gran población de Latinoamérica (Henríquez 2013).

Cuando se analizan los resultados en relación a los antecedentes obstétricos, la literatura reporta que el embarazo es más vulnerable en las edades extremas notándose que los logrados próximos a la menarquia, tienen mayor riesgo por la inmadurez de los órganos reproductivos en la mujer, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros cinco años de pos menarquia adquieren especial importancia por los mayores riesgos maternos y perinatales que traen consigo, entre lo que se describe el aborto, parto pre término y preclamsia.

Además, se plantea que el retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado, como resultado de factores sociales, educacionales y económicos. El incremento actual del embarazo en edad avanzada conlleva a un mayor riesgo para la mujer durante la gestación provocando entre otros factores, una incidencia superior de enfermedades crónicas preexistentes, a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación (Álvarez, 2011).

Tabla 3-3. Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y antecedente embarazo Comunidad Nueva Esperanza 2016.

Grupo de edad	Antecedente de Embarazo				Total	
	Si		No		No	%
	No	%	No	%		
Menos 19	11	8,8	16	12,8	27	21,6
20-35 años	42	33,6	19	15,2	61	48,8
Más 35 años	35	28,0	2	1,6	37	29,6
Total	88	70,4	37	29,6	125	100

Fuente: encuesta

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

Cuando analizamos la tabla No 3, notamos que del total de mujeres participantes en la investigación ochenta y ocho (88) para un 70,4% refirieron haber concebido embarazos; aunque no se reportaron en mayor número si debemos destacar que del total de menores de diecinueve años, once (11) para un 8,8%, han tenido embarazos, Según el investigador este dato justifica medir el nivel de conocimientos sobre el tema y trazar acciones necesarias que ayuden a disminuir el riesgo de embarazos y parto en este grupo de edad. En el análisis de los datos estadísticos del presente estudio, se encontró que el número de hijos por mujer que más predominaron, fueron entre tres y cuatro (3 y 4).

Por lo expuesto en el estudio de Almarales en Timor Leste si coincide con los resultados de nuestro estudio donde predominaron las mujeres con embarazos entre 20 y 35 años de edad y también se reportaron adolescentes con embarazos anteriores, aunque el número de hijos por mujer que predominó fue entre seis y siete (Almarales, 2013). De igual forma se manifiesta en la investigación realizada por (Muñoz 2014), en el Hospital Enrique Sotomayor de Guayaquil-Ecuador, muestra que las mujeres entre 13 y 20 años ya han concebido en una ocasión con el 83% similar a nuestra realidad y alarmante pues el inicio de la vida sexual se está dando de forma muy precoz. (Muñoz 2014)

Ha sido propuesta por diferentes autores una lista de condiciones que se asocian con resultados perinatales desfavorables entre los que se numera una mala historia obstétrica, algunos sistemas dan un valor importante al número de abortos realizado por la mujer identificándolo como factor de riesgo (Herrera, 20012).

Datos ofrecidos por la (OMS 2104), refieren que Cada año existe un estimado de 3 millones de mujeres entre 15 y 19 años se realizan a abortos. (OMS 2104)

Tabla 4-3. Distribución de mujeres en edad fértil según grupo edad y número de abortos. Comunidad Nueva Esperanza 2016.

No de abortos	GRUPOS DE EDAD						Total	
	Menos 19 años		20-35 años		Más 35 años		No	%
	No	%	No	%	No	%		
Ninguno	24	19,2	52	41,6	17	13,6	93	74,4
Uno	3	2,4	8	6,4	20	16,0	31	24,8
Dos	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	0,8
Total	27	21,6	61	48,8	37	29,6	125	100

Fuente: encuesta

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

En la tabla No 4 observamos que predominan las participantes sin aborto anterior con un total de noventa y tres para un 74,4 % y entre ellas el grupo etario que se destaca es el de veinte a treinta y cinco (20-35) años, denotando además que mientras mayor edad de las investigadas más abortos reportaron.

Estudio realizado por González en Morón-Cuba, reporta que el número de abortos en mujeres de quince a diecinueve (15 a 19) años fue mayor que en resto de las edades con un 6,1%, no coincidiendo con los datos estadísticos del presente trabajo. (González, 2010).

Leyva refiere que de igual forma en su estudio el mayor número de abortos se presentaron en las adolescentes con un 60% (Leyva 2011).

A criterio del investigador los resultados encontrados en el presente trabajo son positivos, ya que es de menos riesgos los abortos en edades más avanzadas, cuando la mujer tiene más desarrollo de sus órganos reproductores.

El riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado

por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas entre otras. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas (Herrera, 2012).

Diversos estudios han demostrado que las causas indirectas de muerte materna están relacionadas con condiciones de enfermedad previas al embarazo, con factores genéticos y psicosociales, que pueden ser detectados y en su mayoría tratados, para eliminar, reducir o controlar sus efectos nocivos en la gestación y período posnatal (Gaviria, 2013).

De ahí la importancia del conocimiento que tenga la población sobre estos factores con el objetivo de prevenir las complicaciones o afecciones antes explicadas.

Tabla 5-3. Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento y afecciones. Comunidad Nueva Esperanza 2016.

Conocimiento riesgo preconcepcional	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Complicaciones del embarazo y parto	58	46,4	67	53,6	125	100
Afecciones relacionadas con el embarazo	44	35,2	81	64,8	125	100
Edad adecuada para concebir embarazos	28	22,4	97	77,6	125	100
Hábitos tóxicos	24	19,2	101	80,8	125	100
Peso adecuado	26	20,8	99	79,2	125	100
Métodos de anticoncepción	40	32,0	85	65,6	125	100

Fuente: encuestas

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

En la tabla No 5 se aprecia que la mayoría de las participantes tiene desconocimiento en todos los temas tratados, con más de un 50% evaluados como inadecuados para todos los

casos, con predominio del tema sobre hábitos tóxicos (ingestión de alcohol o tabaco) donde resultaron evaluadas de inadecuado ciento una (101) participantes para un 80,8 % del universo de estudio, también resultaron con un alto por ciento de desconocimiento en el tema sobre peso adecuado y la edad propicia para concebir un embarazo con un 79,2% y un 77,6% respectivamente, un grupo importante desconoce la magnitud de las complicaciones que puede traer la presencia de ciertas enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, etc.), que afectan al curso del embarazo con un 53,6%. De igual forma el conocimiento sobre métodos de anticoncepción es alto incrementando los factores de riesgo, con un 65,6% del total del universo.

Toribio en un estudio similar al presente, en el Policlínico “Carlos Verdugo” encontró que predominaron los conocimientos inadecuados con predominio en los temas sobre la edad adecuada para concebir y enfermedades relacionadas con el embarazo. (Toribio, 2008). Resultados que coinciden con los de nuestra investigación, el autor afirma que estos resultados son preocupantes ya que el desconocimiento que poseen las participantes pueden desencadenar daños a la salud de la madre y del futuro neonato.

Arenas en su investigación resalta que el 100% de las mujeres no tiene hábitos tóxicos eso quiere decir que todas tiene el conocimiento de los posibles efectos y complicaciones sobre la mujer y el feto, caso que no es similar a nuestra investigación pues un porcentaje 79,2% de mujeres no tiene ningún conocimiento sobre los efectos de consumir estas sustancias, lo que hace necesaria la intervención (Arenas 2010).

La atención preconcepcional para servicios de salud, se plantea como una acción específica de protección del derecho de las personas, especialmente de las mujeres, a decidir sobre su vida reproductiva, a partir de un proceso de atención que explora sus intereses y evalúa sus condiciones personales y familiares y las de su pareja. Igualmente, identifica los factores de riesgo que pueden afectar los embarazos, orienta la atención primaria y especializada para superar o atenuar los riesgos, e informa sobre las alternativas para hacer efectivas las decisiones (Gaviria, 2013).

También es muy importante a partir de la identificación de los conocimientos de los diferentes grupos de población, trazar estrategias y acciones que contribuyan a elevar el conocimiento y disminuir los daños que pudieran causar determinados riesgos.

Tabla 6-3. Conocimiento sobre el riesgo preconcepcional las mujeres en edad fértil. Comunidad Nueva Esperanza 2016

Conocimiento sobre el RPC	Total	
	No	%
Adecuado	41	32,8
Inadecuado	84	67,2
Total	125	100

Fuente: encuestas

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

En la tabla No 6 se observa que, de forma general, ochenta y cuatro (84) para un 62,2% del total de participantes, obtuvieron una evaluación de conocimientos inadecuados sobre riesgo preconcepcional, teniendo en cuenta este resultado el autor reafirma la necesidad de implementar una intervención educativa para disminuir los posibles daños futuros que pudieran darse en la comunidad estudiada con este grupo de mujeres.

En el Policlínico Universitario “Diego de Rosario” en Cuba se realizó una investigación donde se encontró la existencia de poca, y en muchos casos ninguno, información sobre los factores que se consideran riesgos para la mujer o el feto, estos resultados coinciden con los de este estudio.

Leyva en su estudio realizado en Cuba, también refiere que el conocimiento inadecuado al igual que en nuestro estudio sobre los factores de riesgo preconcepcional es alto con un 80% (Leyva 2011), mostrando la necesidad de crear mejores estrategias o programas educativos, con el fin de disminuir las complicaciones que trae el desconocimiento del riesgo preconcepcional.

La edad óptima para la procreación varía según los diferentes autores, sin embargo todos coinciden que en las mujeres muy jóvenes o en la adolescencia temprana, la inmadurez del aparato genital lleva implícito complicaciones como: pre eclampsia, parto prematuro, mayor riesgo de malformaciones congénitas y peso bajo al nacer que elevan la morbi-mortalidad. De igual manera todos los autores coinciden en que la multiparidad es un factor de riesgo, debido al desgaste del aparato reproductivo y porque el riesgo aumenta proporcionalmente con el número de nacimientos. El embarazo no deseado generalmente

termina en aborto, con todo el riesgo que éste implica; cuando continúa, puede en algunos casos no ser atendido o cuidado debidamente por la gestante. (Gaviria 2013).

Tabla 7-3. Conocimiento del riesgo preconcepcional según grupo de edad de las mujeres en edad fértil. Comunidad Nueva Esperanza 2016

Grupo de edad	Conocimiento				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	No	%	No	%		
Menos de 19 años	3	2,4	24	19,2	27	21,65
20 a 35 años	25	20	36	28,8	61	48,8
Más de 35 años	10	8	27	21,6	37	29,6
Total	49	39,2	76	60,8	125	100

Fuente: encuesta

$\chi^2 = 0,28$ $p = 0,59$

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

El nivel de conocimiento inadecuado predominó en las mujeres del grupo etario de veinte a treinta y cinco (20- 35) años con un 28,8% del total. Sin embargo, se supone que las mujeres en este rango de edad hayan alcanzado por lo menos un nivel de instrucción medio o superior, relacionado directamente con un nivel de conocimiento adecuado sobre factores de riesgo preconcepcional; no obstante, este es el grupo que mostró mayor porcentaje de cifras contrarias a lo esperado, lo que se corrobora estadísticamente a través de los resultados evidenciados por el Chi cuadrado (X^2), que mostró un 0,28, con un margen de error de 0,59.

El resto de los grupos etarios también mostró desconocimiento en menor cuantía, el autor de la investigación refiere como negativo, que precisamente el grupo de mujeres en esta edad, activa socialmente, sean las que menos conocimientos posean sobre el tema, a pesar de que proceden de un medio rural donde la información se comienza a difundir con más énfasis como parte de los programas priorizados por el MAIS en la actualidad. En general, los resultados del presente trabajo no concuerdan con lo reportado con la literatura internacional, en los que se reporta que con mayor frecuencia el grupo de edad con menos conocimientos corresponde a las adolescentes. En un estudio realizado por Duran en dos centros de salud sobre conocimiento de riesgo preconcepcional, también se encontró que las mujeres comprendidas entre quince a diez y nueve (15 a 19) años no poseían la información necesaria sobre riesgo preconcepcional con el 94% (Duran, 2012).

La educación en salud preconcepcional se debe enfocar a concientizar y sensibilizar a las personas acerca de cómo minimizar los riesgos reproductivos a lo largo de la vida; el cuidado preconcepcional no equivale únicamente a una consulta, esta es solo una parte de él. Se utilizan los diferentes medios masivos y alternativos, interpersonales y grupales, para sensibilizar, socializar, educar y empoderar a hombres y mujeres sobre temas del cuidado preconcepcional para reducir el riesgo preconcepcional (Gaviria, 2013).

La tendencia actual de todas las instituciones y países del mundo es canalizar todos sus esfuerzos en ofrecer el recurso más calificado hacia la planificación familiar y salud reproductiva dado el impacto que estos servicios médicos calificados produce sobre la tasa de mortalidad materna y perinatal.

Tabla 8-3. Conocimiento del riesgo preconcepcional según escolaridad de las mujeres en edad fértil. Comunidad Nueva Esperanza 2016.

Escolaridad	Conocimiento				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	No	%	No	%		
Ninguna	0	0,0	2	1,6	2	1,6
Escuela	3	2,45	33	26,4	36	28,8
Colegio	20	16	34	27,2	54	43,2
Superior	26	20,8	7	5,6	33	26,4
Total	49	39,2	76	60,8	125	100

Fuente: encuesta

$\chi^2 = 29,4$; $p = 0,00$

Realizado por: Dr. Jorge Oswaldo Jaya Baquero

La tabla No 8 muestra que las mujeres participantes con el nivel escolar primaria y colegio, fueron las que en mayor número se evaluaron con conocimientos inadecuados para un 53,6% del total del universo. No obstante a que el Chi (X^2) mostró una asociación estadísticamente demostrable con un valor de 29,4 y un margen de error de 0,00 en el que el nivel de instrucción superior posee los mayores conocimientos (26 mujeres para un

20,8%), debe recalcarse los elevados porcentajes de conocimiento inadecuado en la instrucción hasta enseñanza media con 67 mujeres para 53,6%.

El autor plantea que este resultado pueda ser debido a que el mayor número de participantes en la investigación fue precisamente este grupo, pero de todos modos, por el nivel escolar debió presentar mejores resultados, esto puede estar reflejando una deficiencia en la promoción del tema en estos niveles educacionales. En estudios similares realizados en Brasil, México y Venezuela se han reportado conocimientos inadecuados en un gran número de mujeres en edad fértil con nivel de instrucción más bajos, coincidiendo con los resultados de este trabajo (Campa, 2015).

CAPITULO IV

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL RIESGO PRECONCEPCIONAL

4.1 Justificación:

Para todas las parejas, independientemente del grado de vínculo legal o no, que los una, la llegada de los hijos debe constituir un acontecimiento altamente gratificante pues representa la culminación de un período en el que dos personas, unidas por sentimientos comunes, dan continuidad a su relación, la fortalecen y complementan al dar cumplimiento a una de las funciones universalmente reconocidas de la familia: la función biológica o reproductiva que permite a la especie humana su continuidad y sobrevivencia a través de los siguientes siglos.

La decisión de tener un embarazo, no debe ser un acto fortuito, impremeditado o espontáneo, sino que debe ser el resultado del análisis que la pareja ha realizado de las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que le aseguran que la llegada de los nuevos hijos va a transcurrir sin tropiezos, complicaciones o con un desenlace no deseado para los miembros.

El riesgo preconcepcional establece que las mujeres en edad fértil no gestantes, tienen incrementada la posibilidad de sufrir daños en su salud y/o la de su futuro hijo de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo.

Garantizar que el proceso del nacimiento transcurra de manera adecuada desde el mismo momento de la concepción hasta el logro del resultado final constituye una prioridad en el trabajo del médico familiar y comunitario pues se conoce que las cifras anuales de nacimientos en Ecuador y particularmente en las provincias amazónicas tiende a incrementarse, lo que no constituiría un problema si se asegurase a esa pareja la posibilidad de tener los conocimientos necesarios que le permitan adoptar decisiones

consecuentes y evitar los factores de riesgo preconceptionales ,metas que solo se alcanzan con la educación oportuna, sistemática y planificada que abarque todos los aspectos relacionados a la maternidad responsable.

Si a esta realidad se añade el hecho de que para muchas parejas el tener hijos ocurre de manera accidental, ya sea por descuido, desconocimiento o falsas creencias de estabilidad conyugal, se impone la necesidad de realizar acciones educativas dirigidas a incrementar los conocimientos sobre la importancia de evaluar los posibles riesgos preconceptionales, para que las parejas estén en condiciones de adoptar actitudes responsables que les permitan decidir en común la cantidad de hijos que desean tener, cuando lo desean y qué condiciones mínimas tiene garantizadas para asegurar responsablemente el cuidado y protección de los menores.

Lograr estos propósitos no constituye una tarea fácil pues en muchas ocasiones son el resultado de las tradiciones, opiniones, y modelos asumidos generacionalmente que tienden hacia la concepción de la familia numerosa como indicador común. Cambiar estas opiniones y creencias solo se logra a través de acciones coherentes e intencionadas, las que, con un enfoque de sistema, se dirijan a brindar información científica, transmitida con un lenguaje ameno, comunicacional y que estimule al cambio de actitudes a partir del cambio en los pensamientos y del procesamiento de la información que habitualmente utilizan los sujetos, resultando las diferentes formas de intervenciones instrumentos de probada efectividad en este empeño.

Para instrumentar una estrategia educativa dirigida a modificar el estado en que se presenta la situación problemática detectada, hasta su transformación en el estado deseado por el investigador, se hace necesario determinar aquellos fundamentos que justifiquen científicamente la necesidad del cambio y realizar una minuciosa planificación de cada uno de los momentos o etapas por las que atravesará este proceso.

4.2 Principios rectores en los que se sustenta la Propuesta de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional.

- Ventajas del aprendizaje grupal e individual de forma colaborativa.
- Importancia del aprendizaje y la experiencia anterior en la asimilación de los nuevos conocimientos, lo que permitirá la organización gradual de los contenidos más generales y comprensibles hacia aquellos más complejos y específicos.
- El proceso de adquisición de los conocimientos evaluado como un elemento dinámico, cambiante y ajustado a las necesidades individuales de aprendizaje.
- Los conocimientos que se adquieran, deben tener la posibilidad real para el sujeto que los recibe, de ser introducidos inmediatamente en la práctica.
- El proceso de aprendizaje debe lograr que se ponga en el centro de atención al sujeto activo (beneficiario), consciente, responsable de su propio proceso de aprendizaje, y en interacción con el resto del grupo.
- Se reconoce que brindar conocimientos, no necesariamente está relacionado a la modificación de las actitudes, sin embargo, constituye el primer eslabón para pensar en el cambio.
- La actividad declarada en la estrategia asume un carácter de sistema, en las que cada una de ellas debe contribuir a abordar una parte del conocimiento del problema.

4.3 Objetivos de la Estrategia de intervención educativa sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil:

4.3.1 General

Ofrecer conocimientos actualizados a las mujeres en edad fértil sobre los riesgos preconcepcionales para lograr la adopción de conductas responsables hacia la maternidad.

4.3.2 Objetivos específicos

- Brindar conocimientos generales sobre indicadores la importancia de tener un peso y edad adecuada para disminuir las posibilidades de riesgo preconcepcional.
- Ofrecer información actualizada sobre la relación entre los hábitos tóxicos y el riesgo preconcepcional.
- Explicar la importancia de la anticoncepción segura como medida para disminuir el embarazo no planificado y sus posibles complicaciones.
- Instruir a los participantes sobre la necesidad de controlar las afecciones crónicas que presentan para evitar los riesgos y complicaciones durante posibles embarazos.

4.4 Fases de la Estrategia.

Fase 1: Problemas estratégicos identificados como resultado de la aplicación de los instrumentos de diagnóstico.

Fase 2: Diseño de la estrategia para dar solución a la problemática detectada.

Fase 3: Implementación de la estrategia.

Fase 4: Evaluación de la efectividad de la estrategia.

4.5 Descripción de las Fases de la estrategia educativa sobre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.

4.5.1 Fase 1: Problemas estratégicos identificados como resultado de la aplicación de los instrumentos de diagnóstico.

- Existe desconocimiento sobre el riesgo preconcepcional en el grupo de edad de mujeres comprendidas entre 20 y 35 años.
- El nivel de instrucción bajo de la muestra puede influir en el no adecuado conocimiento de los factores de riesgo preconcepcional y en consecuencia en la no adopción de decisiones responsables.
- El hecho de que las mujeres hayan concebido hijos anteriormente (incluso entre 3 y 4) no representa una garantía de que exista control sobre los riesgos preconcepcionales.

- En las mujeres existió predominio de conocimientos inadecuados sobre los riesgos preconceptionales, fundamentalmente en las siguientes áreas:
 - Hábitos tóxicos
 - Peso adecuado
 - Edad adecuada para concebir embarazos
 - Métodos de anticoncepción
 - Afecciones relacionadas con el embarazo

4.5.2 Fase 2: Diseño de la estrategia para dar solución a la problemática detectada.

- Cada una de las sesiones estará compuesta por tres momentos fundamentales: introducción del tema, desarrollo y conclusiones de la actividad. Estará constituida por los siguientes elementos:
 - Tema abordar.
 - Contenidos o sumarios.
 - Objetivos declarados para cada sesión.
 - Métodos y técnicas a utilizar.
 - Recursos materiales y de soporte para el desarrollo de las actividades.
 - Tiempo de duración de las sesiones.
 - Responsable
 - Participantes
 - Aprendizajes esperados.
 - Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Los contenidos a abordar en las diferentes sesiones de la estrategia serán:

- Hábitos tóxicos
- Peso adecuado
- Edad adecuada para concebir embarazos
- Métodos de anticoncepción
- Afecciones relacionadas con el embarazo

- Complicaciones del embarazo y parto

A continuación, se desglosa el contenido de la Estrategia.

4.5.2.1 Sesión 1: Tema: La importancia de la planificación familiar.

Contenidos o sumarios:

- La familia. Funciones que cumple en el desarrollo armónico de los hijos.
- Por qué es importante la planificación familiar.
- Necesidades y cuidados que requieren los hijos para un funcionamiento adecuado.
- Por qué una maternidad y paternidad responsable

Objetivos:

Que los participantes comprendan la importancia de la planificación familiar y la adopción de conductas responsables hacia la concepción.

Métodos y técnicas a utilizar.

Técnicas participativas: presentación por parejas.

Taller interactivo

Videobedate

Recursos materiales y de soporte.

Computadora

Infocus

Papelógrafo

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos

Responsable: Medico familiar y comunitario

Participantes: 25-30 beneficiarios

Aprendizajes esperados.

Comprensión de la responsabilidad individual y de la pareja en la planificación familiar

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Introducción:

La primera sesión tiene como propósito fundamental la presentación de los participantes entre sí, del responsable y de las reglas para el trabajo en grupo, que serán de obligatorio cumplimiento para todos los miembros durante el transcurso del tiempo que trabajarán en conjunto.

Se sugiere que la presentación de los participantes se realice enumerando a los participantes de forma consecutiva, posteriormente se les solicita a los números pares que se reúnan en un grupo y a los números impares en otro. Nuevamente se enumeran los semigrupos y se vuelven a agrupar los números pares e impares y así sucesivamente hasta que quedan conformadas las parejas.

Se les dará un espacio de 5 minutos para que se conozcan entre sí, atendiendo a los siguientes elementos: nombre, edad, estado civil, número de hijos, color preferido, lo que más disfruta haciendo y lo que espera aprender de esta actividad. Una vez concluida la presentación individual, cada pareja presentará a su compañero en base a las respuestas que este ofreció.

Desarrollo:

Posteriormente se presenta la propuesta de trabajo, se realiza el Encuadre para lo que se solicita a los participantes por parte del responsable de la actividad que expresen sus opiniones sobre la propuesta realizada, sugieran modificaciones o la introducción de nuevos temas no previstos por el responsable inicialmente. Una vez socializada y aprobada la estrategia se desarrollan los contenidos de la primera sesión.

Para comenzar la actividad se propone comenzar escuchando la canción No basta de Franco de Vita para lo que el responsable debe llevar previamente establecido los

fragmentos de la canción que deben constituir motivo de análisis por los participantes.
Los fragmentos pueden ser:

No basta traerlos al mundo porque es obligatorio, porque forman parte del matrimonio o porque te equivocaste en la cuenta.

- No basta porque cuando quiso hablar de un problema tú le dijiste niño será mañana, es muy tarde, estoy cansado
- No basta, cuando lo que necesita es afecto, aprender a dar valor a las cosas, porque tú no le serás eterno.

A partir de las reflexiones realizadas se comienza la impartición del tema para lo que se sugiere que el responsable realice un Taller interactivo, subdividiendo al grupo en cuatro semigrupos a los que se les dará una frase incompleta contenida en alguno de los aspectos sugeridos en el sumario.

La distribución será como se propone a continuación.

Equipo 1: La familia. Funciones que cumple en el desarrollo armónico de los hijos.

Frase para debatir: Si pudiera seleccionar lo más importante para que mi familia fuera feliz, seleccionaría:

- Que fuera numerosa para que los miembros tengan con quien compartir
- Que pudiera satisfacer todas sus necesidades económicas
- Quereros muchos a todos y brindarles una buena educación

Equipo 2: Por qué es importante la planificación familiar.

Frases: El momento adecuado para tener los hijos es: ...

Equipo 3: Necesidades y cuidados que requieren los hijos para un funcionamiento adecuado.

Frase: Lo que más necesitan mis hijos de la familia es: ...

Si no supiera qué cuidados brindar a mis hijos no me importaría pues siempre puedo contar con:

Equipo 4: Por qué una maternidad y paternidad responsable

Frase: No es necesario aprender a ser madre o padre pues cuando nazcan los hijos: ...

Posterior a la realización de los debates en los pequeños grupos un miembro seleccionado al azar deberá resumir los principales criterios emitidos por los integrantes durante el análisis, estos criterios serán escuchados y respetados por los participantes, y el responsable de la actividad reforzará los aspectos positivos y dirigirá su intervención a corregir errores en el pensamiento o interpretaciones incompletas sobre el tema tratado.

Conclusiones.

La actividad concluye con la realización de la Técnica denominada Causas y Consecuencias, que se realiza con el objetivo de que los participantes aprendan a pensar en su futuro y prever los resultados de una acción no planificada, para ello se les indica que consideren todo lo que puede suceder después que se haya tomado una decisión (cada participante debe decidir qué tipo de decisión van a tomar en cuenta). Su intención es ampliar el enfoque más allá del efecto inmediato de dicha acción y por tanto prever las consecuencias a corto y más largo plazo que se deriven de esa acción.

Para cumplir con esta técnica se les puede dar la siguiente consigna:

Piense en una situación particular de su vida en la que deba tomar una decisión. Determina la causa que lo llevó a esta determinación. Escríbala en una hoja de papel. Considere que consecuencias la traerá esta decisión en un plazo de tiempo, es decir cómo se verá usted dentro de uno a cinco años, a partir de la decisión tomada.

Esta técnica se debe aplicar al grupo completo, el responsable recogerá todos los papeles escritos por los participantes y hará un resumen para la próxima actividad en el que organizará las respuestas en dos grupos: Causas y consecuencias.

4.5.2.2 Sesión 2. Tema a abordar. Edad adecuada para evitar riesgos preconceptionales.

Contenidos o sumarios:

- Definición de riesgo preconceptional.

- Periodo de edad con mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales para el embarazo.

Objetivos declarados para cada sesión.

Ofrecer información a los participantes sobre las condiciones biopsicosociales óptimas de la mujer para controlar riesgo preconcepcional.

Métodos y técnicas a utilizar:

Técnicas participativas:

Abanico de roles

Brainwriting o Lluvia de ideas por tarjetas

Recursos materiales y de soporte:

- Papelógrafo
- Computadora
- Infocus

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos.

Responsable: Médico familiar y comunitario.

Participantes: 25-30 participantes.

Aprendizajes esperados.

Comprensión de los cambios psicobiológicos asociados al embarazo para adoptar decisiones responsables sobre la edad adecuada para concebir.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Introducción:

La sesión comienza cuando el responsable presenta en un papelógrafo los resultados de la actividad de cierre realizada en la primera sesión.

En una columna se escribirán las principales causas descritas por los sujetos y en la otra columna las consecuencias. Se leerán las respuestas y el responsable deberá encontrar la relación entre los análisis grupales y lo aplicará a la toma de decisiones en relación al control de riesgos.

Desarrollo:

El responsable de la actividad propone utilizar la técnica de asimilación de los conocimientos denominada Abanico de roles. Esta técnica tiene como objetivo lograr que el grupo de participantes tome conciencia de los diferentes roles que pueden asumir durante su vida, sean estos atractivos o rechazados; además de lograr un avance en el conocimiento del grupo.

Para su aplicación el responsable invita a los participantes a reflexionar, durante 2 o 3 minutos acerca de los diferentes roles de todo género que han asumido durante su vida, enfatizando en los roles parentales y cual constituye la edad adecuada para cumplirlos. Transcurrido este momento inicial de reflexión, los participantes escribirán en una pancarta los diferentes roles y las edades en que deben asumirse preferentemente cada uno. Pueden escribir cuantos roles deseen, pero solo escribirán uno cada vez que se acerquen al papelógrafo. El tiempo dedicado a esta actividad no debe exceder los 15 minutos.

En un nuevo momento, también de 15 minutos, los participantes se acercarán al papelógrafo y subrayarán los roles que les resultan más atractivos y la edad en que los han asumido. Finalmente, tendrán la oportunidad de tachar aquellos roles que no les gustaría desempeñar y las edades en que creen que no están preparados para asumirlos.

Concluida esta parte inicial, el grupo se dividirá en pequeños equipos para analizar los siguientes aspectos:

¿Cuáles son los roles más aceptados y cuáles los más rechazados?

¿Cuál es la edad que considera adecuada para ser madre?

¿Qué ventajas cree usted que tiene la maternidad en la juventud?

¿Qué ventajas cree usted que tiene la maternidad en la adultez?

¿Cuál fue su reacción cuando le informaron que iba a ser madre por primera vez?

¿Cómo cree que se sentiría si le informan que va a ser madre nuevamente?

Las conclusiones a las que arribe cada equipo serán presentadas en sesión plenaria y permitirán al responsable presentar los contenidos del tema, utilizando el apoyo de una presentación en power point.

Conclusiones.

Para finalizar se propone realizar la técnica denominada Brainwriting o Lluvia de ideas por tarjetas, esta es una variante de la lluvia de ideas convencional, y se utiliza con el propósito de elaborar conclusiones sobre el tema debatido. Para implementarla el responsable recuerda los contenidos fundamentales abordados

La técnica se inicia solicitando que determinen cual resultó el aprendizaje más importante obtenido durante la sesión, una vez determinado se pasa a la generación de ideas, que se expresarán por escrito, en tarjetas que pueden elaborarse tanto individualmente como en los grupos de participación.

Posteriormente se recogerán las tarjetas por el responsable de la actividad y se repartirán aleatoriamente entre los miembros del grupo para dar lectura a algunas de ellas.

4.5.2.3 Sesión 3. Tema a abordar. Peso adecuado para la gestación.

Contenidos o sumarios.

- Relación entre índice de masa corporal de la mujer y el embarazo.

Objetivos:

Ofrecer información científica a los participantes sobre los parámetros adecuados de peso para asumir la gestación y no se presenten riesgos para la madre y el hijo.

Métodos y técnicas a utilizar.

- Videodebate

- Demostración
- Técnica participativa: lluvia de ideas

Recursos materiales y de soporte.

- Computadora
- Infocus
- Pancartas
- Materiales educativos impresos

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos

Responsable: Médico familiar y comunitario

Participantes: 25-30 beneficiarios

Aprendizajes esperados. Comprensión de la relación existente entre la adecuada nutrición, el peso y demás condiciones biológicas para minimizar los factores de riesgos preconcepcional.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Introducción:

La actividad inicia cuando el médico familiar y comunitario presenta gráficamente los resultados del análisis de las tarjetas entregadas en la actividad anterior donde se expresan los principales aprendizajes y se establece las condiciones psicobiológicas indicadas para lograr minimizar el riesgo preconcepcional.

Desarrollo:

Se comienza la actividad con la presentación del “**video salud sexual y reproductiva ginecología clase 1**” donde se ilustre la importancia del peso adecuado para asumir la futura gestación y las consecuencias negativas relacionadas a un insuficiente o excesivo aumento de peso previo a la decisión de asumir un embarazo.

Una vez concluido se procede a debatir lo observado con una guía de preguntas que movilicen el debate hacia los intereses del investigador. Las preguntas a realizar pueden ser:

- ¿Conoce cuál es su peso ideal?
- ¿Considera que este es el peso adecuado para embarazarse?
- ¿Considera que es un riesgo para un embarazo no aumentar adecuadamente de peso?
- ¿Conoce cuáles son los alimentos que debe consumir durante su periodo gestacional?

Una vez escuchadas las respuestas se va definiendo por el responsable, los conocimientos que deben ser reforzados y aquellos que deben ser corregidos para contribuir a minimizar este importante factor de riesgo preconcepcional.

Posteriormente se utilizará la demostración como técnica de educación para la salud, para enseñar a los participantes cómo elaborar menú saludable, atendiendo a las disponibilidades de alimentos, costumbres y hábitos alimentarios del grupo, para ello el responsable se apoyará en pancartas, materiales educativos (trípticos, volantes, afiches, etc.), que permitan a los participantes visualizar la relación entre la nutrición saludable como factor protector para la futura gestación.

Conclusiones.

Para finalizar se realiza una técnica participativa; lluvia de ideas para comprobar cómo ha sido la asimilación de los conocimientos por parte del grupo sobre el tema impartido y se le solicita a cada miembro del grupo que defina con una palabra un tipo de alimento que deba ser consumido durante el embarazo y uno que no deba serlo.

Las respuestas se van escribiendo en el papelógrafo, previamente estructurado en dos columnas, en cada caso el responsable deberá reforzar los conocimientos positivos o negativos sobre la relación entre el peso y el riesgo preconcepcional.

4.5.2.4 Sesión 4. Tema a abordar. Hábitos tóxicos

Contenidos o sumarios.

- El tabaquismo y su relación al riesgo preconcepcional.
- La ingestión de bebidas alcohólicas y su relación al riesgo preconcepcional.

Objetivos

Que los participantes comprendan la relación entre los hábitos tóxicos como uno de los factores de riesgo preconcepcional de mayor incidencia en la población en edad fértil.

Métodos y técnicas a utilizar.

Técnica: Banderines

Recursos materiales y de soporte:

Computadora

Infocus

Banderas de dos colores

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos

Responsable: Médico familiar y comunitario.

Participantes: 25- 30 beneficiarios.

Aprendizajes esperados.

Comprensión de la importancia de evitar los factores de riesgo asociados a los hábitos tóxicos para minimizar riesgos preconcepcionales.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Introducción:

La actividad comienza con un recordatorio de los contenidos abordados en la sesión anterior, para lo que lo que el responsable debe mostrar el listado aprobado por los participantes y graficado en la pancarta sobre los alimentos saludables o no y su relación con el peso adecuado.

Desarrollo:

Se propone la utilización de la técnica participativa denominada Banderines, que tiene como objetivo que los participantes reflexionen acerca del impacto que tienen algunas creencias relacionadas a la influencia de los hábitos tóxicos como factores de riesgo preconcepcionales.

Se utilizará como material fundamental los banderines para lo cual se entregarán a las participantes banderas de color rojo que deben levantar cuando estén de acuerdo con el planteamiento o banderas de color azul si están en desacuerdo.

Los planteamientos que serán puestos a consideración del auditorio son:

Fumar durante el embarazo no afecta a mi futuro hijo pues el humo sale para afuera y mi hijo se encuentra dentro de mí.

Fumar más de cuatro cigarrillos diarios no constituye un riesgo para cuando decida embarazarme.

Tomar cervezas no me ocasiona problemas para embarazarme.

Tomar ron, licor de caña es beneficioso para embarazarme.

Si mi pareja está bebiendo y me pide que le acompañe lo hago pues sé que no me causara ningún problema de salud.

Determinados tipos de bebida no me afectan, solamente aquellas que tiene un alto contenido de alcohol.

Si estoy participando en una actividad festiva donde estén ofreciendo bebidas, prefiero tomarla para sentirme bien en el grupo.

Conclusiones:

La actividad concluye con la aplicación de la técnica participativa conocida por sus siglas C.T.F (Considerar Todos los Factores). Su utilización se recomienda para definir los diferentes factores que influyen en los problemas abordados y desarrollados durante la sesión (cigarrillos y bebidas alcohólicas) para tomar decisiones acertadas a partir de las valoraciones realizadas sobre el papel de cada uno de ellos en la decisión de comenzar un embarazo.

Para su aplicación puede trabajarse con todo el grupo y entre todos los participantes se hará un listado de la importancia de ambos factores asignándoles una puntuación del 1 al 2 de acuerdo al valor asignado grupalmente. El responsable conducirá adecuadamente el ordenamiento de los factores y la valoración grupal sobre la importancia que se le otorga a cada uno.

4.5.2.5 Sesión 5. Tema: Métodos de anticoncepción

Contenidos o sumarios.

- Definición de métodos anticonceptivos
- Relación entre los métodos más utilizados según la edad.

Objetivos:

Que los participantes valoren las ventajas del uso de los medios de anticoncepción para evitar embarazos no deseados o con riesgo preconcepcional.

Métodos y técnicas a utilizar.

Técnica participativa: Si para mí, No para mí

Recursos materiales y de soporte.

Computadora

Infocus

Carteles

Stop de métodos anticonceptivos pertenecientes a los Subcentros de salud

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos

Responsable: Médico familiar y comunitario

Participantes: 25-30 beneficiarios

Aprendizajes esperados.

Demostrada las ventajas de una anticoncepción segura y responsable para evitar embarazos con riesgos o no planificados por la pareja.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Introducción:

La sesión comienza solicitando a los miembros del grupo que definan con una palabra cómo se han sentido durante el desarrollo de las actividades anteriores para comprobar el grado de interés y de motivación que ha despertado la aplicación de la estrategia.

Desarrollo:

Se propone la utilización de la técnica participativa: Sí para mí, No para mí, que tiene como objetivo fundamental que los participantes sean capaces de tomar sus propias decisiones en relación a la anticoncepción segura en dependencia de su edad, así como respetar las ideas y opiniones de los demás.

La técnica se desarrolla cuando la responsable pega en el local donde se desarrollan las sesiones cuatro letreros que digan: Sí para mí, No para mí, Sí para los demás y No para los demás.

A partir de aquí, se subdivide al auditorio en cuatro subgrupos a los que se les asigna que planteen las principales ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos que les correspondieron.

En dependencia de las intervenciones de los subgrupos y las ventajas o desventajas que van presentando los participantes en relación con cada método anticonceptivos eligen un letrero para cada uno de los temas, el que consideren más adecuado para cada edad, y se colocan enfrente de él. En la medida que se van ubicando los participantes frente a cada uno de los cuatro letreros, expresan las razones o motivos por los que eligieron cada lugar. Es importante que, durante la técnica, se logre establecer un clima de respeto hacia las opiniones de los demás, evitando confrontaciones innecesarias entre los participantes.

En dependencia de la cantidad de participantes ubicados frente a cada letrero el responsable reforzará los métodos más efectivos y estimulará la atención hacia aquellos de probada efectividad que no hayan sido reconocidos por el auditorio para su uso personal.

Conclusiones:

La actividad termina cuando el responsable demuestra a través del stop de métodos anticonceptivos la utilidad de cada uno de ellos, los procedimientos para su uso y los participantes tienen la oportunidad de compartir entre ellos, repetir las operaciones demostradas y fundamentalmente el uso del preservativo como método de anticoncepción seguro para evitar las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

4.5.2.6 Sesión 6. Tema a abordar. Afecciones relacionadas con el embarazo

Contenidos o sumarios.

- Principales enfermedades crónicas no transmisibles y su relación con el riesgo preconcepcional.
- Otras enfermedades asociadas a riesgo preconcepcional.

Objetivos:

Que los participantes concienticen la importancia de prevenir el riesgo preconcepcional a partir del cuidado de enfermedades previas a la gestación tanto las crónicas no transmisibles como otras de aparición aguda.

Métodos y técnicas a utilizar.

- Método de Incidente sencillo
- Técnica participativa: Foto palabra

Recursos materiales y de soporte

- Computadora
- Infocus
- Papelógrafo

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos

Responsable: Médico familiar y comunitario

Participantes: 25- 30 beneficiarios.

Aprendizajes esperados.

Introducción de medidas preventivas para evitar afecciones como factores de riesgo preconcepcionales.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.**Introducción:**

La actividad comienza con la presentación de la técnica participativa denominada Foto palabra, para lo cual el responsable de la actividad selecciona previamente algunas fotografías de mujeres embarazadas que representen diferentes expresiones emocionales o físicas para que, a partir de las impresiones que causan estas imágenes en los participantes, se pueda introducir el tema de la presente sesión.

Desarrollo:

Se propone abordar el tema a partir del uso del método de Incidente sencillo, este constituye una variante del método de situaciones problemáticas, y consiste en presentar a

los participantes un acontecimiento, problema o situación de forma breve, ante la cual los participantes deben, valiéndose de la información complementaria que brinda el responsable, descubrir el nexo entre causas y consecuencias y adoptar una decisión correcta en el problema analizado.

Para desarrollar este método, la información que se ofrece inicialmente a los sujetos es incompleta y esquemática, y los participantes deben resolverla primero individualmente antes de llevarla a un análisis grupal.

La aplicación de un incidente sencillo tiene las siguientes etapas: presentación escrita del problema, se les otorga entre 5-10 minutos a los participantes para hacer el análisis de la situación y determinan qué información complementaria deben solicitar.

Posteriormente se presenta la información complementaria y se vuelve a otorgar otros 10-15 minutos a los participantes en los que el responsable responde concretamente las preguntas relacionadas con la situación. En este tiempo los participantes trabajan individualmente, elaboran su decisión, la argumentan y finalmente se procede a la discusión y análisis colectivo que debe oscilar entre 15 a 20 minutos y siempre dirigidas y corregidas oportunamente por el médico familiar y comunitario.

Una vez resuelto el incidente el responsable de la actividad apoyado en una presentación en power point completa la información sobre el resto de las afecciones más frecuentemente asociadas al riesgo preconcepcional.

La situación a analizar puede ser:

Información básica del caso.

Una mujer de 36 años, madre de cuatro hijos de entre seis y quince años, contrae compromiso nuevamente con un hombre que no tiene hijos, y que le solicita continuamente que se embarace si quiere mantener la relación con él, ella no se decide a complacerle pues en algunos controles que le han realizado le han detectado cifras tensionales elevadas diagnosticándosele HTA para lo cual lleva tratamiento a partir de estos datos:

¿Considera usted que esta mujer debe complacer a su pareja y embarazarse nuevamente?

Información adicional:

- La mujer refiere que en el cuarto embarazo sufrió una pre eclampsia (hipertensión arterial).
- La paciente tiene sobrepeso.

¿Con los nuevos argumentos considera usted que esta mujer debe embarazarse nuevamente?

Para concluir la sesión se pide a los participantes que elaboren un mensaje educativo sobre el conocimiento más importante adquirido en el día. Para ello, se le entrega a cada equipo una hoja del papelógrafo donde podrán escribir o dibujar una acción de salud referida al tema.

4.5.2.7 Sesión 7. Tema a abordar. Consolidación de los aprendizajes adquiridos.

Objetivos:

Comprobar los conocimientos adquiridos durante la implementación de las diferentes sesiones de la estrategia.

Métodos y técnicas a utilizar.

- Conversatorio
- Técnica participativa

Recursos materiales y de soporte.

Tiempo de duración de las sesiones: 50 minutos

Responsable: Médico familiar y comunitario

Participantes: 25-30 beneficiarios.

Aprendizajes esperados.

Satisfacción de los beneficiarios con los aprendizajes obtenidos.

Propuesta para el desarrollo de las sesiones.

Introducción:

La sesión comienza recordando que es la actividad final por lo que se espera que todos los participantes hayan obtenido un nuevo aprendizaje y que este sirva para incorporarlo inmediatamente a su vida, por lo que se les solicita que nombren a la persona dentro de su círculo familiar con la que consideran que es imprescindible compartir estos conocimientos. Una vez escuchadas las respuestas individuales el responsable reforzará la importancia de que los miembros más cercanos de la familia participen en la toma de decisiones relacionadas a la planificación familiar y contribuyan a disminuir los factores de riesgo preconcepcional.

Desarrollo:

Se realizará un conversatorio final donde todos los participantes expresen sus vivencias, experiencias y nivel de satisfacción con los aprendizajes.

El responsable una vez escuchada las opiniones hará un breve resumen de los principales aspectos tratados durante el desarrollo de la intervención educativa.

La actividad concluye agradeciendo a los participantes su asistencia a las sesiones y evaluando el grado en que sus expectativas iniciales fueron cumplidas. Para ello el responsable puede pedir a cada miembro del grupo que responda utilizando solamente una palabra la siguiente pregunta: ¿Cómo me he sentido durante todo el tiempo que he estado participando en las actividades incluidas en esta intervención?

Las respuestas se pueden escribir en un papelógrafo en la medida en que son expresadas y quedar como evidencias del sentir individual y grupal.

4.5.3 Fase 3: Implementación de la estrategia.

- Se trabajará en un total de 7 sesiones.

- El local de trabajo debe poseer las características indispensables para acoger entre 25 a 30 miembros que trabajarán en cada grupo.
- Las sesiones no excederán los 50 minutos de trabajo.
- Se realizará un registro fotográfico del desarrollo de las sesiones de trabajo y todos los productos elaborados por los participantes se mostrarán en el local de trabajo para que sirvan de reforzadores positivos y el grupo corrobore la importancia de sus aportes.
- Cada sesión será conducida por el médico familiar y comunitario apoyado por un promotor de salud que domine el idioma nativo.
- La decisión de reestructurar el grupo inicial de 125 personas en subgrupos de 25 a 30 miembros, obedece a la concepción de que el trabajo con pequeños grupos es más efectivo que con grupos numerosos, pues favorece la interacción cara a cara entre sus miembros, el desarrollo de un proceso colectivo de discusión y reflexión y resulta más atractivo e interesante por el estrecho contacto que se establece entre las personas.
- El responsable de la actividad debe garantizar la existencia de todos los recursos necesarios que ayuden la transmisión de los conocimientos y favorezcan los aprendizajes.
- Las actividades que se declaran en la estrategia basarán su efectividad en el uso de métodos y técnicas participativas atendiendo a la composición y características del grupo de trabajo.
- Al comenzar cada sesión se dará a conocer el objetivo de trabajo del día, el que debe ser comprendido y aceptado por todos los miembros.
- Los métodos y técnicas que se declaren en la estrategia educativa deben constituir herramientas efectivas para la comunicación interpersonal, la expresión emocional y la valoración de los aprendizajes adquiridos.
- Se asumen las siguientes reglas de trabajo en grupo, las que se establecerán en cada sesión de trabajo y serán aceptadas y aprobadas por todos los miembros.
- Creación de una atmósfera distendida y un clima agradable que estimule la expresión oral y el intercambio de opiniones.
- Los criterios y experiencias de todos los participantes tienen el mismo valor para el avance grupal.

- Todos los participantes tendrán las mismas oportunidades para expresarse, pero se seguirán procedimientos elementales como: solicitar la palabra, esperar que el otro concluya su intervención, mostrar acuerdo o desacuerdo, etc.
- Como parte del trabajo grupal se debe estimular la realización de todas las preguntas, dudas y comentarios cuando los beneficiarios de la intervención no estén convencidos o no comprendan los aspectos que se han abordado.
- Se respetarán las diferencias individuales y los criterios propios independientemente de los contenidos de la comunicación.
- Se nombrará a un relator en cada sesión de trabajo que tendrá la responsabilidad de transmitir las opiniones del grupo.

4.5.4 Fase 4: Evaluación de la efectividad de la estrategia.

La estrategia se evaluará atendiendo a los siguientes criterios:

- La efectividad de las dinámicas que se desarrollen durante la aplicación de la estrategia deben lograr cambios en la toma de decisiones como instancia reguladora fundamental de la personalidad.
- Asistencia y puntualidad a las actividades programadas.
- Evaluación continua una vez culminada cada sesión de trabajo.
- Aplicación del cuestionario de diagnóstico inicial transcurridos un mes de aplicada la estrategia.

Una vez concluida la implementación de la estrategia se procederá a su divulgación y la donación de los materiales impresos a los subcentros de salud del distrito.

Se publicarán los resultados de esta propuesta en revistas científicas de las ciencias médicas.

CONCLUSIONES

El grupo etario que predominó en el estudio fue de 20 a 35 años con pareja. El nivel de escolaridad medio bajo (escuela y colegio) prevaleció sobre el nivel superior. Fueron más frecuentes las mujeres con antecedentes de embarazo de uno y tres hijos y el aborto se evidenció más en las mayores de 35 años. Las encuestadas mostraron conocimientos inadecuados sobre esta problemática.

RECOMENDACIONES

Implementar la propuesta de intervención educativa con la participación del Equipo de atención integral de salud. Socializar los resultados de la misma con las autoridades de la comunidad del cantón y distrito de salud y, evaluar a mediano plazo el impacto de la misma en los indicadores de salud de esta comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfredo, A.** (2004). *Adolescencia e interrupciones de embarazo*. Hospital Docente Ginecoobstétrico "América Arias"
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología
- Almarales, G.** (2008). *Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del centro de salud Soibada en Timor Leste*. Recuperado:
<http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>
- Arenas, J, Vásquez, A.** (2010). *Factores de riesgo preconceptionales en las Mujeres en Edad Fértil usuarias del C.S. Villa Norte*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos escuela académico profesional de obstetricia. Recuperado:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3018/1/arenas_aj.pdf
- Armas, T.** (2010). *Asistencia preconceptional, su relación con las complicaciones en el embarazo y el resultado de la gestación*. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital central universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto. Recuperado:
<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TWP240DV4T572010.pdf>
- Álvarez, M. Hinojosa, S. Salvador, A.** (2011). *Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual*. Recuperado:
Revista Cubana de Higiene y Epidemiología
- Colombiana De Salud S.A.** (2012). *Guía de atención de obstetricia y recién nacido riesgo preconceptional*. Segunda edición. Recuperado:
<file:///C:/Users/Jorge%20PC/Downloads/RIESGO%20PRECONCEPCIONAL.desbloqueado.pdf>
- De La Cruz, M.** (2013). *"Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el hospital ginecobstetrico enrique c. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013"*. Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Obstetricia: Recuperado.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>
- Fernández, L. Guevara, C.** (2011). *Factores de riesgo asociados a mortalidad en Neonatos menores de 1500 g utilizando la escala CRIB II*. Hospital Infante México. Recuperado:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v68n5/v68n5a4.pdf>

- Gómez, C. Hernández, M. Jiménez, J.** (2009). *Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control*. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana. Recuperado:
http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%281%29_18/p18.html
- González, S. Fonseca, J. Rodríguez, C.** (2010). *Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la ESBU "Nguyen Van Troi" del municipio de Morón*. Mediciego. Recuperado:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_02_10/pdf/t5.pdf
- González, M. Quintero, M. Caballero, T.** (2011). *Comportamiento del riesgo preconcepcional. Policlínico Armando García Aspuru. Santiago de Cuba. Revista médica portales médicos.com*. Recuperado:
<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/riesgo-preconcepcional/>
- Hernández, P.** (2007). *Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control*. Facultad de Ciencias Médicas Gaceta Médica Espirituana. Recuperado:
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/p18.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html)
- Haro, M.** (2016). *"Mujeres Con Riesgo Preconcepcional Atendidas En El Hospital Regional Docente Ambato"*. Universidad Regional Autónoma De Los Andes Facultad De Ciencias Médicas. Recuperado:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3504/1/TUAMED005-2016.pdf>
- Instituto nacional de estadísticas y censos.** (INEC 2010). *Características de las madres*. Recuperado:
http://inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495%3AAs-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68%3ABoletines&Itemid=51&lang=es
- Instituto nacional de estadísticas y censos INEC.** (2014). *Ecuador en cifras*. Recuperado:
www.ecuadorencifras.gob.ec/
- Leyva, R. Zamora, M. Mojena, O.** (2011). *Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional*. MEDISAN. Recuperado:
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n3/san08311.pdf>
- Matías, D.** (2013). *Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años*. Hospital ginecoobstétrico Enrique c. Sotomayor. URL recuperado:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>

- Mazarrasa, L. Gil, S.** (2013). Salud sexual y reproductiva. España: programa de formación de formadores en perspectiva de género y salud. Recuperado: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
- Lugo, D. Rodríguez, M. Veras, I.** (2012). *Morbimortalidad en los recién nacidos muy bajo peso*. Revista portales médicos enero 2011 a diciembre 2012. Recuperado: <https://www.com/revista-medica/morbimortalidad-en-los-recien-nacidos-muy-bajo-peso/>
- Ministerio de salud pública del Ecuador.** (MSP 2013). *Norma cuidado obstétrico neonatal CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal*. Quito, 18 de julio, 1 ed. Recuperado: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>
- Organización Mundial de la Salud.** (2003). *Salud reproductiva*. 113ra reunión. Recuperado: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
- Organización mundial de la salud OMS.** (2014). Embarazo en la adolescencia. Recuperado: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS.** (2015). *Encuesta en línea para definir las Estrategias Mundiales del Sector de la Salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para 2016-2021*. Asamblea mundial. Recuperado: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- Organización mundial de la salud OMS.** (2015). *Tasas de cesárea 2015: Recuperado* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Organización mundial de la salud OMS.** (2015). Nacimientos prematuros. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Riquelme, M.** (2012). *Metodología de educación para la salud. vol.14 supl.22 Madrid jun. 2012* Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012002200111
- Sánchez, R. Luis, G.** (Marzo, 2015). *“Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el hospital general docente Ambato durante el periodo septiembre 2014 enero 2015”*. Universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera de medicina. Recuperado: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9262/1/S%C3%A1nchez%20Reyes,%20Luis%20Gabriel.pdf>

Ministerio de salud Argentina. (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal.* Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 1 ed. Recuperado:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>

Varona, D. (2012). *Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal.* Revista Cubana Obstet Ginecológica habana. Recuperado:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400010

ANEXOS

Anexo A.- 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 pueden influenciarse entre ellos.

Hago constar por este medio mi disposición y consentimiento informado para participar en el estudio.

Declaro que he sido informada del estudio por el cual se me aplicará 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 ____ del mes de _____ del año 200__

_____ Firma

Anexo B.- Encuesta



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**TEMA: DISEÑO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO
PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL**

ENCUESTA

1. Edad:
 - a. ____ Años
2. Estado civil.- Marque con una (x) según corresponda:
 - a. ____ Soltera
 - b. ____ unión libre
 - c. ____ Casada
 - d. ____ Divorciada
 - e. ____ Viuda
3. Escolaridad.- Marque con una (x) según corresponda:
 - a. ____ Ninguna
 - b. ____ Escuela
 - c. ____ Colegio
 - d. ____ Universidad
4. ¿Ha estado embarazada alguna vez?- Marque con una (x) según corresponda:
 - a. ____ SI
 - b. ____ NO
5. De ser afirmativa la pregunta anterior complete con números según corresponda
 - a. ____ Embarazos
 - b. ____ Abortos
 - c. ____ Partos
 - d. ____ Cesáreas
6. ¿Sabe usted si alguna de las siguientes son complicaciones del embarazo y parto?- Marque con una (x) según corresponda:
 - a. Recién nacido pequeño _____
 - b. Muerte del bebe al nacer _____
 - c. Muerte del bebe en la barriga _____
 - d. Parto con salida de los pies antes que la cabeza del bebe _____
7. ¿Considera usted que alguna de las siguientes enfermedades afectan al embarazo?- Marque con una (x) según corresponda:

- a. Anemia
- b. Infección de vías urinarias
- c. Presión alta
- d. Azúcar en la sangre
- e. Enfermedades de transmisión sexual

8. ¿Conoce usted el tiempo ideal que debe esperarse entre un embarazo y otro? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. SÍ
- b. NO

9. ¿Conoce usted cual es el tiempo apropiado a esperar entre un embarazo y otro? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. 1 año
- b. 2 años
- c. 3 años
- d. 4 o mas

10. ¿Conoce usted si el embarazo en la adolescencia (13-19 años) y en edades tardías (más de 35 años) tiene algún riesgo para su bebe o usted? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. SÍ
- b. NO

11. ¿Tiene usted alguna de las siguientes Enfermedades? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. Diabetes
- b. Convulsiones
- c. Problemas del corazón
- d. Daño del riñón
- e. Ninguna

12. ¿Fuma? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. SI
- b. NO

13. ¿En caso de ser afirmativa, cuantos cigarrillos fuma al día? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. ocasional
- b. una cajetilla
- c. dos cajetillas o más

14. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. SI
- b. NO

15. ¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas? - Marque con una (x) según corresponda:

- a. Ocasional
- b. Una vez por semana
- c. Los fines de semana
- d. Fechas importantes

16. ¿Conoce usted que fumar e ingerir bebidas alcohólicas provocan daños en su bebe?- Marque con una (x) según corresponda:

- a. Daño en el cuerpo
- b. Daño en la cabeza
- c. Daño en el corazón

17. ¿Sabe usted que se encuentra su peso?- Marque con una (x) según corresponda:

- a. Bajo
- b. Normal
- c. Alto
- d. Muy Alto

18. ¿Conoce cuáles son las complicaciones para él bebe cuando existe sobrepeso?- Marque con una (x) según corresponda:

- a. Bebe muy grande
- b. Diabetes del embarazo
- c. Presión alta

19. ¿Conoce usted los métodos para no quedar embarazada?- Marque con una (x) según corresponda:

- a. Preservativo
- b. Pastillas
- c. Inyecciones
- d. Implante
- e. T de cobre

20. ¿Considera usted que es importante planificar los embarazos?- Marque con una (x) según corresponda:

- a. SI
- b. NO

Anexos C.- Criterios de Moriyama

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Validación del contenido y apariencia del constructo

Evaluación por especialistas

A los _____

Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

Que forma parte de la investigación que se titula:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez:

Formación académica:

Especialista:

Área de experiencia profesional:

Tiempo de experiencia: años **Cargo actual:** **Institución:**

Objetivo de la investigación:

Objetivo de la prueba/juicio:

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas.

Cualitativo: los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

CRITERIOS DE MORIYAMA					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10					
11					
12					

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho:3, Suficiente:2, Poco:1 Nada:0.

1. **Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente **razonables**: Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
5. Si deriva de datos **factibles** de obtener: Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluaran la sencillez y amenidad del formato:

Evaluaran el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas:

Si el enunciado es correcto y comprensible

Si las preguntas tienen la extensión adecuada

Si es correcta la categorización de las respuestas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

Si el ordenamiento interno es lógico

El tiempo empleado en el llenado:

Posgradista

Especialista/juez

Bioestadística

Anexo D. Guía de atención de obstetricia y recién nacido riesgo preconcepcional, Colombia. 2012

