



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. BARRIO DE LOURDES, ENERO A JUNIO 2016”

AUTORA: ADRIANA DEL CARMEN CÁCERES CABRERA

**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

Noviembre, 2016.

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado: “DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. BARRIO DE LOURDES, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la médico Adriana del Carmen Cáceres Cabrera, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

PhD Fredy Proaño Ortiz

PRESIDENTE

Dr Rubén García Núñez

DIRECTOR DE TESIS

Dr Reinerio Rubio Rojas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra Sandra López González

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado: “DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. BARRIO DE LOURDES, ENERO A JUNIO 2016”, de responsabilidad de la Médica Adriana del Carmen Cáceres Cabrera, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal

PhD Fredy Proaño Ortiz

PRESIDENTE

Dr Rubén García Núñez

DIRECTOR DE TESIS

Dr Reinerio Rubio

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra Sandra López González

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Adriana del Carmen Cáceres Cabrera, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior de Chimborazo.

ADRIANA DEL CARMEN CÁCERES CABRERA

No de Cédula: 060334846-7

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Adriana del Carmen Cáceres Cabrera, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Especialidad.

ADRIANA DEL CARMEN CÁCERES CABRERA

No de Cédula: 060334846-7

DEDICATORIA

El siguiente trabajo realizado con esfuerzo y cariño se lo dedico a Dios que me ha dado la fortaleza para seguir día a día, a mis padres quienes han sido el pilar fundamental para formarme y a mis hijos David Alonso y Jorge Adrián los cuales se han convertido en la inspiración de mi vida para seguir adelante.

Adriana

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica institución que se encargó de mi formación, a mi tutor Doctor Rubén García quien me acompañó durante varios meses con paciencia en mi trabajo diario, a la Doctora Liana Rodríguez gran apoyo para la realización de esta investigación, al Doctor Luis Mederos que coordinó cada detalle para llegar a donde hoy estamos, a los docentes a cargo de esta noble misión de enseñar las doctrinas a los nuevos médicos familiares para el bienestar del país y a cada una de esas personas que con un granito de arena colaboró para llegar a esta nueva etapa de mi vida.

Adriana

INDICE

	Pág.
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
 CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	2-3
1.1.1 Formulación del problema	3
1.2 Justificación de la investigación	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.4 Hipótesis	5
 CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	6-27
2.1 Antecedentes del problema	6-12
2.2 Bases teóricas	13
2.2.1 Salud sexual y reproductiva	13
2.2.2 Riesgo preconcepcional	13-19
2.2.2.1 Definición	13
2.2.2.2 Utilización del riesgo	14
2.2.2.3 Riesgo preconcepcional en Medicina Familiar	14-15
2.2.2.4 Clasificación del riesgo	15-19
2.2.3 Planificación familiar	19-20
2.2.3.1 Historia de la planificación familiar	20-21
2.2.3.2 Planificación familiar en Ecuador	21-22
2.2.4 Métodos anticonceptivos	22-23
2.2.4.1 Definición	22
2.2.4.2 Clasificación	23
2.2.5 Mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe	23-24
2.2.6 Conocimiento	24-25
2.2.6.1 Concepto	25-27
2.2.6.2 Niveles de conocimiento	24-25

2.2.7	<i>Estrategia de intervención educativa</i>	25-27
CAPÍTULO III		
3.	METODOLOGÍA	28-35
3.1	Tipo y diseño de la investigación	28
3.2	Localización y temporalización	28
3.3	Población de estudio	28
3.4	VARIABLES DE ESTUDIO	28
3.4.1	<i>Identificación</i>	28
3.4.2	<i>Operacionalización</i>	29-32
3.5	Etapas de la investigación	32-33
3.6	Diseño de la estrategia	33-35
3.7	Procedimientos de recolección de la información	35
3.7.1	<i>Características del instrumento</i>	35
3.7.2	<i>Validación del instrumento</i>	36
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	36-37
3.9	Aspectos éticos	37
CAPÍTULO IV		
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38-65
4.1	Resultados y Discusión	38-65
CAPÍTULO V		
5.	PROPUESTA	66-82
CONCLUSIONES		83
RECOMENDACIONES		84
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

LISTA DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1 -2: Enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres en edad fértil...	16-17
Tabla 2 -2: Hábitos tóxicos en mujeres de edad fértil.....	18-19
Tabla 1 -3: Operacionalización de variables.....	29-32
Tabla 1 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas. Lourdes, enero - junio 2016.....	40
Tabla 2 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.....	42
Tabla 3 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según dimensiones del conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.....	48
Tabla 4 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.....	52
Tabla 5 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre concepto de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.....	53
Tabla 6 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre período intergenésico. Lourdes, enero - junio 2016.....	54
Tabla 7 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre edad adecuada de embarazo. Lourdes, enero - junio 2016.....	55
Tabla 8 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre hábitos tóxicos. Lourdes, enero - junio 2016.....	57
Tabla 9 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre enfermedades crónicas. Lourdes, enero - junio 2016.....	59

Tabla 10 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre peso ideal. Lourdes, enero - junio 2016.....	61
Tabla 11 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos. Lourdes, enero - junio 2016.....	64
Tabla 12 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre antecedentes obstétricos desfavorables. Lourdes, enero - junio 2016.....	65

LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1 -2 Clasificación de métodos anticonceptivos	23
Figura 1 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.....	42
Figura 2 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según dimensiones del conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.....	48

RESUMEN

El control de riesgo preconcepcional es importante, el objetivo del presente trabajo fue diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Se realizó un estudio descriptivo correlacional, de corte transversal en el universo de 50 mujeres en edad fértil, barrio Lourdes, enero a junio 2016. Los datos fueron recolectados mediante entrevista estructurada a mujeres, con un cuestionario validado por un grupo de expertos. El análisis se realizó en el programa SPSS, se utilizó la prueba estadística de Fisher para determinar la relación entre las variables con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los resultados fueron: 52% mujeres se encontraron entre los 25-34 años, 82% fueron mestizas, el 40% eran casadas, 50% fueron bachilleres, en un 50% eran amas de casa y su nivel socioeconómico regular en un 72%. Predominó el conocimiento no satisfactorio en las mujeres en edad fértil con 76% sobre factores de riesgo preconcepcional. Existió correlación de $p = 0,03$ entre el conocimiento sobre dimensión concepto de riesgo preconcepcional y la etnia así como con el estado civil y la ocupación con el conocimiento de la dimensión hábitos tóxicos con $p = 0,018$. Se concluye que el conocimiento de las mujeres en edad fértil, sobre factores de riesgo preconcepcional, es no satisfactorio por lo que es importante el realizar y aplicar una estrategia de intervención educativa sobre este tema. Se recomienda aplicar esta investigación en el barrio Lourdes y posteriormente evaluarla para determinar sus beneficios.

PALABRAS CLAVE: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, < MEDICINA FAMILIAR >, <FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL>, <VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS>, <CONOCIMIENTO>, <PLANIFICACIÓN FAMILIAR>

SUMMARY

Preconception risk is important; the objective of the present study was to design an education intervention strategy on preconception risk factors in women of childbearing age. A cross – sectional and descriptive study was performed in the universe of 50 women of childbearing age in Lourdes neighborhood, from January to June 2016. Data were collected through a structured interview with women, with a questionnaire validated by a group of experts. The analysis was performed in the SPSS program, Fisher´s statistical test was used to determine the relationship between 25 – 34 years old, 82% were mestizos, 40% were married, 50% were high school graduates, occupation was 50% were housewives and their regular socioeconomic level was 72%. Prevalence of unsatisfactory knowledge in women of childbearing age with 76% on preconception risk factors. There was a correlation between the knowledge about the concept of preconception risk and ethnicity ($p= 0,03$) as well as the civil status and occupation with knowledge of the toxic habit dimension. It is concluded that the knowledge of women of childbearing age on preconception risk factors is not satisfactory, so it is important to carry out and implement an educational intervention strategy on this topic.

Key words: <PRECONCEPTION RISK FACTORS> <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES> <SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES> <KNOWLEDGE> <FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE> <FAMILY PLANNING>

CAPITULO I

1.- INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más grandes que afectan hoy en día a la sociedad son las altas tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal convirtiéndose en un problema de salud público mundial que es potencialmente prevenible, en el 2013 en América Latina murieron 9,300 mujeres por causa de la maternidad, en el Ecuador la muerte materna es un problema ya que se describe que mueren 160 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, Chimborazo es la segunda provincia en el Ecuador con más muertes en el período de maternidad. Una de las mejores formas de evitar esta situación es trabajar arduamente desde la atención primaria y que mejor mediante la intervención de los médicos familiares cuya labor se basa en la prevención, de esta manera se facilita ocuparse en un área tan susceptible como es el riesgo preconcepcional en la población de mujeres en edad fértil , permitiendo saber cuáles son los factores de riesgo individualizados de cada mujer y cómo reaccionar en ellos mediante una buen asesoramiento de planificación familiar y anticoncepción, lo que reconoce una correcta labor sobre la pareja que forma una familia direccionando y buscando el momento propicio para que ocurra un embarazo en caso de así desearlo disminuyendo al máximo las complicaciones para la madre y el nuevo ser.

A partir de esta situación anteriormente planteada, surge la necesidad de conocer si las mujeres tienen los suficientes conocimientos sobre este tema tan importante que puede salvar vidas y las dimensiones que ello conlleva. En el barrio de Lourdes al realizar un levantamiento de información se evidencia la alta natalidad existente y la prevalencia de un gran número de factores de riesgo preconcepcional, que pueden producir un aumento en la población en edad fértil de complicaciones materno-fetales.

Al realizar una revisión de estudios similares se han encontrado varios realizados en Latinoamérica pero no existe trabajos propios en la provincia ni en la ciudad de Riobamba por lo que este proyecto está realizado con el fin de diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el barrio Lourdes .

1.1 Planteamiento del problema.

El actual siglo ha sido testigo de un marcado descenso de la mortalidad materno-infantil a nivel mundial gracias a la percepción de riesgo existente sobre las mujeres en edad fértil. En países con un nivel social y económico alto así como una cultural mayor hacen ostensible tasas más bajas de 10 y en otros como Japón y Suecia de 3 y 4 respectivamente donde la utilización de métodos anticonceptivos y un buen asesoramiento por parte del médico es el pilar fundamental para estos logros. Sin embargo, aquellos países subdesarrollados han llegado a tener tasas por encima de 100 por cada mil nacidos vivos

La salud materno infantil es una de las prioridades de salud del gobierno en Ecuador debido a las altas tasas de mortalidad en esta parte de la población y como una estrategia el Ministerio de Salud Pública (MSP) crea el Programa de Planificación Familiar el cual busca un acceso universal a la salud sexual y reproductiva considerando uno de los pasos más importantes para alcanzar el “Buen vivir”, por lo cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse de este programa.

Se debe saber que esta actuación es permanente, ya que siempre habrá alguien que requiera de planificación familiar en uno de sus componentes que pueden ser anticoncepción, control prenatal o atención de la infertilidad. Las estadísticas señalan que por cada madre muerta hay treinta (30) que sobreviven a las complicaciones, pero sufren algún tipo de discapacidad o problema de salud temporal o permanente. Se debe tener en cuenta que muchas de las muertes podrían ser prevenibles trabajando en los factores de riesgo que muchas mujeres presentan desde antes del embarazo. Se establece que las provincias con mayor índice de mortalidad en el Ecuador son Zamora, Sucumbíos, Loja, Cañar, Carchi, Los Ríos y Chimborazo.

En nuestro país la medicina preventiva es un concepto aún naciente sin embargo es un pilar importante en la lucha contra la muerte materna ya que el trabajar en los riesgos que tengan las mujeres en edad fértil atenuándolos, concientizando a las señoras y planificando un embarazo cuando el riesgo este minimizado disminuiría la tasa de morbi – mortalidad materno infantil.

A nivel del Consultorio de Medicina Familiar del Centro de Salud Lizarzaburu donde se observa que el universo de mujeres en edad fértil está constituido por trecientos setenta y ocho (378), de ellas ciento sesenta y tres (163) están dispensarizadas dentro

del riesgo preconcepcional lo que representa el 43.2 % y de estas el 65.6% se encuentran sin controlar a pesar de existir los recursos necesarios para ello, existiendo un riesgo incrementado en nuestra población de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, de ahí la importancia de trabajar en este problema, que además fue priorizado en el Análisis de la Situación Integral de Salud en el año 2014. Se escoge el Barrio Lourdes por ser uno de los más accesibles geográficamente pero sobretodo es donde se encuentra mayor cantidad de factores de riesgos biológicos, sociales y ambientales.

1.1.1. Formulación del problema.

¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional, y las variables sociodemográficas en las mujeres en edad fértil, barrio Lourdes de enero a junio 2016?

¿Qué elementos pueden ser incluidos en la estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional?

1.2 Justificación

El Programa de Planificación Familiar como estrategia de trabajo priorizado por el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador, busca reducir las tasas de alta natalidad existentes en el país, así como los indicadores de morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas y neonatos teniendo en cuenta que según reportes estadísticos ocurren aproximadamente setenta y siete (77) muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, lo cual hace lejano aún el logro de los objetivos del milenio de rebajar un 75% de la mortalidad materna. Uno de los ejes fundamentales u objetivo de trabajo de este programa son principalmente las mujeres con riesgo preconcepcional para minimizarlos antes de un embarazo lo cual es básico como acción preventiva en la salud materna.

Dentro de las actividades fundamentales del médico familiar está el realizar anualmente el Análisis Integral de la Situación de Salud (ASIS), lo que permite priorizar problemas de salud de su comunidad. En la población perteneciente al consultorio médico de la familia del Centro de Salud Lizarzaburu fue identificado como un problema priorizado en el ASIS del 2014, las mujeres con riesgo preconcepcional muchas de ellas no llevan controles ni anticoncepción de manera que los riesgos se encuentran potencializados, lo que pudiera traer como consecuencias: aumento de la morbilidad materno- infantil, malformaciones genéticas, bajo peso al nacer, entre otras

Cada centro de salud del país se encuentra dotado de material humano capacitado en el tema de planificación familiar y cuenta con material educativo suficiente para asesorar a los pacientes en este tema y de igual forma dispone de los métodos anticonceptivos que se entregan de forma gratuita lo que hace que el proyecto a realizar sea aplicable y los resultados a obtenerse sean de gran importancia en la salud de la comunidad ya que este es un problema que involucra a toda la sociedad.

Se debe reconocer el valor que tiene la medicina familiar y comunitaria en la sociedad para un buen trabajo en el área de prevención en los grupos vulnerables, por lo tanto es indispensable ofrecer a las mujeres con factores de riesgo preconcepcional la asesoría profesional y los controles médicos adecuados para disminuir los riesgos presentes tratando de llevar a las mujeres lo más estables posibles a un embarazo controlado que culmine de manera exitosa.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 *Objetivo General*

Diseñar una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil en el barrio Lourdes.

1.3.2 *Objetivos Específicos*

1. Caracterizar a las mujeres en edad fértil según variables seleccionadas sociodemográficas.
2. Determinar el conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil
3. Identificar la posible relación entre el conocimiento sobre riesgo preconcepcional y variables seleccionadas sociodemográficas.
4. Diseñar estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional.

1.4 Hipótesis

Existe asociación entre los conocimientos sobre riesgo preconcepcional, y las variables sociodemográficas: edad, estado civil, etnia, escolaridad, ocupación, y nivel socioeconómico en las mujeres en edad fértil del barrio de Lourdes.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

Valdez, Aldrete, y Cabrera, C (2001) realizaron una investigación llamada “Atención prenatal: conocimientos, actitudes y cuidados alternativos, Jalisco”

El objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y los cuidados alternativos sobre el embarazo y su atención en 3274 mujeres usuarias del sector salud, y establecer su relación con la atención prenatal institucional, el material y método se obtuvo a través de un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos, atención prenatal institucional, conocimientos sobre embarazo y atención prenatal , actitudes hacia la atención prenatal institucional y actividades alternativas de atención. Se dividió la población en atención prenatal satisfactoria y no satisfactoria, se estableció la fuerza de asociación utilizando el OR y la regresión logística incondicional los principales resultados fueron que 68 % de las mujeres tuvieron atención prenatal satisfactoria. Las variables asociadas al no satisfactorio fueron; edad, escolaridad, estado civil, nivel económico social, número de embarazos, escolaridad de la pareja, conocimiento inadecuado sobre atención prenatal, actitudes negativas hacia el mismo y presencia de cuidados alternativos. El lugar de residencia, no tener seguridad social, y conocimiento inadecuado de síntomas de embarazo se comportaron como factores protectores. El modelo de regresión mostró asociaciones e interacciones complejas entre los conocimientos, actitud y la seguridad social (Valdez, et al, 2001).

Durán, y Gonzalez (2002) desarrollaron un estudio titulado “Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud”.

Este estudio se llevó a cabo en los Centros de Salud de Villagarcía de Arosa y Marín UAP II, ambos correspondientes al área sanitaria norte de la provincia de Pontevedra, durante el período comprendido entre el 14 de julio y el 11 de agosto de 1999. Los participantes en el estudio fueron mujeres en edad fértil (entendiendo como tal el grupo de mujeres entre 15 y 49 años). Se tomó una muestra de 200 mujeres escogidas

aleatoriamente según acudían a nuestras consultas por diferentes motivos, o en salas de espera de otras consultas, especialmente de matronas y pediatría. En los resultados obtenidos la edad media fue de 30,89 años; la moda es 26, la edad mínima fueron 15 y la máxima 45. En la muestra el 69,6% estaban casadas, 24,2% solteras, 4,1% separadas/divorciadas y un 2,1% eran viudas, el 94,9% tiene estudios. Sólo 28 de las encuestadas presentan algún tipo de enfermedad crónica; en este caso fueron cuadros de hipertensión arterial, diabetes, lupus, artritis reumatoide, glomerulonefritis, entre otras. De la población estudiada, 81 eran fumadoras, de las cuales el 45,67% dejó de fumar en sus embarazos y afirman que lo hicieron por su propia voluntad. La Asistencia Preconcepcional debería ser uno de los pilares principales dentro de la prevención primaria en el programa de la mujer. (Durán y Gonzalez, 2002).

Arenas y Vásquez (2010) fueron autoras de una investigación llamada “Factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del c.s Villa Norte en el periodo febrero – julio 2010.

El objetivo fue determinar los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil usuarias del C.S. Villa del Norte en el periodo Febrero – Julio 2010. Materiales y métodos: Se presenta un estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal, prospectivo, cuantitativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La población de estudio está conformada por 53 usuarias nulíparas que acudieron al consultorio externo de obstetricia del centro de salud “Villa Norte” durante el periodo de Febrero - Julio del 2010, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, los resultados más sobresalientes observados que el 96.2% de la población no se realiza el examen de Papanicolaou en la primera consulta prenatal. La falta de inmunizaciones representaron el segundo factor de riesgo más frecuente en esta población con 82.4%. En tercer lugar se encuentran los antecedentes patológicos familiares con 70.1%. La frecuencia del índice de masa corporal anormal que se registró en el estudio fue del 67.9%. El 52.8% de las usuarias entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 19 años. El menos del 50% de la población presento: la edad inadecuada para la gestación, el nivel de instrucción, hábitos nocivos en la pareja, estado civil, el ingreso mensual bajo, los trastornos del ánimo en las pacientes, número de las parejas sexuales mayor a 3, la anemia, las alteraciones de los niveles de glucosa, examen de orina patológico y los antecedentes patológicos personales. No se registraron casos de VIH+,

grupo sanguíneo con factor Rh (-), sífilis, ni hábitos nocivos en las usuarias entrevistadas del centro de salud Villa del Norte (Arenas y Vásquez, 2010).

González, Salgado y Rodríguez (2010) realizan el siguiente estudio “Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la ESBU Nguyen Van Troi del municipio de Morón”

En el período comprendido entre septiembre del año 2008 y agosto del año 2009 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. El universo estuvo constituido por 202 estudiantes de noveno grado, de ellos 66 constituyeron la muestra a estudiar, los cuales fueron seleccionados por un muestreo aleatorio simple. Las variables estudiadas fueron la identificación y clasificación de los riesgos, los métodos anticonceptivos, posibilidades de embarazo, responsabilidad de la maternidad/paternidad y preparación para tener un hijo. Los resultados obtenidos fueron Se pudo constatar la existencia de poca, y en muchos casos ninguna, información sobre el tema que se quería tratar; después de la intervención un 97.0% de los participantes consideró que poseía conocimientos sobre el riesgo preconcepcional. Se demuestra el bajo conocimiento de los factores que se consideran riesgos para la mujer o el feto en caso de concebir un hijo; antes de producirse la intervención son más conocidos factores como la edad y la talla (21.2% y 15.1%) respectivamente que otros factores poco divulgados como el de riesgos sociales y el de haber tenido abortos anteriores (3% y 6.1%); luego de la intervención el nivel de conocimiento en estos aspectos aumenta, sobrepasando el 90% de los encuestados. Después de la intervención educativa el nivel de conocimientos con respecto al riesgo preconcepcional aumentó y el 92.4% de los adolescentes que participaron en el estudio obtuvo calificación de bien en cuanto a su nivel de conocimiento (González, et al, 2010).

Vélez, Herrera, Gómez, Betancourt y Peña (2011) en España realizan un estudio “Resultados maternos perinatales en la consulta de Alto Riesgo, Hospital de Caldas, 2009-2011.”

El objetivo del estudio es describir el resultado materno perinatal de las usuarias de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, atendidas desde septiembre 1 de 2009 hasta el 31 de agosto de 2011; estableciendo un comparativo con los resultados perinatales de las pacientes no consideradas de riesgo, dadas de alta de la

consulta. Materiales y Métodos: Estudio de tipo prospectivo, descriptivo. Para la recolección de la información se consultaron historias clínicas hospitalarias, obteniendo información telefónica de aquellas pacientes que no presentaron su parto en la ciudad. Resultados: Se analizan 108 pacientes de la consulta, de las cuales 31 (28,18%) no continuaron en la consulta, por descartarse condiciones de riesgo. De las 77 embarazadas de riesgo, la edad promedio fue 29 años, con frecuencias de embarazo en adolescentes del 13,15%, y primigestación tardía del 28,94%, el 31,6% eran nulíparas, y el 23,4% tenían antecedente de aborto previo. Los antecedentes patológicos más significativos fueron: hipotiroidismo, hipertensión arterial crónica, epilepsia, y preeclampsia-eclampsia. No se encontraron diferencias en las pacientes de bajo y alto riesgo, con respecto a edad, gravidez, escolaridad o procedencia; observándose mayores frecuencias de bajo peso al nacer, macrosomía, prematuridad, parto por cesárea, ingreso a UCI neonatal y muerte perinatal, en las de alto riesgo (Velez, et al, 2011).

Ramírez, Sosa, Guerra, Mojena, y Gómez (2011) realizan una investigación denominada “Modificación de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional”

El objetivo fue modificar conocimientos sobre salud sexual, los métodos y materiales se realiza un estudio de intervención en 30 adolescentes con riesgo preconcepcional atendidas en la consulta de planificación familiar en el Policlínico “Josué País García” de Santiago de Cuba desde enero a diciembre del 2007 fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple, de un total de 84 pacientes que acudieron a la consulta. La investigación se dividió en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación. Los principales resultados fueron que el 40% de las adolescentes iniciaron las relaciones sexuales a la 14-15 años, el 80% de las pacientes tuvo conocimiento inadecuado sobre riesgos del embarazo adolescente, luego de la intervención el 90% obtuvo conocimiento adecuado. En cuanto al tema del aborto el 60% tuvo conocimiento inadecuado pero luego de la intervención el 100% de las encuestadas tuvo conocimiento adecuado. En cuanto a las infecciones de transmisión sexual la falta de conocimiento fue 70% y luego de la intervención se llegó a adquirir un conocimiento del 90% (Ramírez, et al, 2011).

Pecero (2012) en México realizó un estudio llamado “Factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF, 73 del IMSS Poza Rica”

El objetivo fue identificar los Factores del riesgo reproductivo en mujeres adolescentes de 15 a 19 años adscritas a la UMF 73. Los material y métodos utilizados es un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo en mujeres adolescentes de 15 a 19 años que acuden a consulta a la UMF 73. La aplicación de las encuestas será en los pasillos de la UMF 73 a pacientes adolescentes de 15 a 19 años de edad que se encuentren en ese momento en los pasillos de la clínica. En mujeres adolescentes de 15 a 19 años adscritas a la UMF 73 que firmen el consentimiento informado que contesten adecuadamente las encuestas. Los resultados obtenidos se realizaron 89 encuestas para conocer el riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF 73, con edad promedio de 56 ± 1 año, en 46% (41), sin pareja, 82% (73), tabaquismo y alcoholismo presentes en 6% (5) cada uno, además se mostraron con Vida Sexual activa 17% (15), Nuligestas 93% (83), y algunos riesgos como preeclampsia en 7% (6), y cirugía previa de 6% (5). No se observaron resultados neonatales adversos. Así, con 6% (5) de alto riesgo (Pecero, 2012).

Núñez (2012) realizó un trabajo de investigación en Ambato con el nombre de “Factores de riesgo preconcepcional y emergentes en la relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 años de edad atendidas en el HPDA período enero – noviembre del 2011”.

Cuya hipótesis fue: las pacientes con preeclampsia, presentan más factores preconcepcionales y emergentes que las pacientes con embarazo normal con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el HPDA período enero-noviembre del 2011. El objetivo fue: establecer los principales factores de riesgo preconcepcionales y emergentes en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el HPDA. Métodos La investigación fue cuali- cualitativa. El estudio fue descriptivo de corte Transversal. Población y muestra: las mujeres embarazadas normales y con preeclampsia que asistieron al servicio de Ginecología del HPDA que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el período enero-noviembre del 2011. Los principales resultados fueron: la edad varió entre los 15y 34 años, con un promedio de 25 años. Predominaron las mujeres casadas (71,7 %). El nivel de escolaridad que prevaleció fue el de secundaria incompleta(45 %), eran amas de casa el 37, 4 %. Hubo

relación estadísticamente significativa entre la aparición de la preeclampsia y los antecedentes personales y familiares de la misma ($p= 0,02$) (Nuñez, 2012).

Mastroiaocovo, et al. (2014) publican un estudio con el nombre “Prevalencia de factores de riesgo preconcepcional materna: un estudio multicéntrico italiano”.

Fue un estudio transversal realizado entre enero y junio de 2012, en siete clínicas de maternidad italianas ubicadas en seis regiones. El estudio incluyó muestra de conveniencia de las mujeres embarazadas en su primera visita prenatal ($n = 320$, Verbania solamente). Se pidió a todas las mujeres que llenaran un cuestionario autoadministrado y sin identidad en su primera visita prenatal o antes del alta de la clínica de maternidad. Al regresar el cuestionario, las respuestas fueron revisadas por el médico tratante. Se utilizó la prueba de chi- cuadrado de homogeneidad con valores de p menores de 0,05. Los principales resultados fueron: la media de edad de la madre al momento del parto fue de 33 años, el 6,1% eran menores universitario como el nivel de educación más alto y la escuela primaria 15,4%; 90.2% era o en unión libre, y el 14,5% era de origen extranjero; 81.9% tenían un trabajo a tiempo de 25 años, mientras que el 40,9% eran mayores de 35 años; 40.7% tenían título completo o parcial fuera del hogar. La prevalencia del tabaquismo fue en general 26,4 % y la prevalencia de trastornos nutricionales fue del 14 %, así como la prevalencia de enfermedades crónicas pregestacionales fue del 9.5 %. El 3,3 % de las madres no tuvieron factores de riesgo (Mastroiaocovo, et al, 2014).

Alvino (2015) realiza un trabajo hecho en Lima Perú titulado “Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015”,

Su objetivo fue Identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero.2015, la metodología utilizada es un estudio tipo aplicada, de corte transversal y prospectivo, con diseño descriptivo, con una población constituida por usuarias que acuden a los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, la muestra estuvo conformada por 73 usuarias, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Los

resultados de este estudio se identificó que el 15.1% de las usuarias son mayores de 35 años y el 6.8% son menores de 19 años; el 23.3% se encuentra en sobrepeso, según su Índice de Masa Corporal. Al analizar los antecedentes personales patológicos, el 4.1% de las encuestadas refirieron nefropatías. En cuanto a los antecedentes familiares, el 35.6 % refirió diabetes mellitus; con respecto a los antecedentes ginecológicos obstétricos; el 43.8% son multíparas, el 42.5% de las encuestadas tuvo por lo menos 1 aborto, el periodo intergenésico corto se presentó en el 50.7% de las usuarias. El 71.2% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-19 años. En cuanto al examen de Papanicolaou, el 19.2% nunca se lo realizó; el 49.3% de las pacientes utiliza como método de planificación familiar las píldoras anticonceptivas. El 47.9% de las encuestadas refirió ser ama de casa y el 52.1% refirió como estado civil, la convivencia. Además el 64.4% no realiza actividad física y el 46.6% refirió un ingreso mensual entre los 750-1000 nuevos soles (Alvino, 2015).

Haro (2016) realiza en Ambato una tesis llamada “Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital Regional Docente Ambato”

El objetivo trazado fue Aplicar una estrategia educativa para disminuir el embarazo en mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital Regional Docente Ambato en el periodo Noviembre 2015 - Enero 2016. Esta investigación utilizó diseño retrospectivo, no experimental y de tipo descriptivo. El Universo: estuvo conformado por un total de 390 pacientes adolescentes embarazadas primigestas entre 14 a 19 años, de las cuales 210 pacientes, su gestación terminó en cesárea, en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de estudio. La Muestra: estuvo conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años; el 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional (Haro, 2016).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Salud sexual y reproductiva

En 1994 las Naciones Unidas define salud reproductiva como “un estado de completo bienestar físico, mental y social en todo lo referente al sistema reproductor, así como sus funciones y procesos y no la mera ausencia de enfermedad o defecto” (p.17).

La OMS (1996) la define como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean enriquecedores y que potencien en las personas, la comunicación y el amor” (p.17).

“La salud sexual y reproductiva incluye que los humanos tienen la capacidad de una vida sexual satisfactoria y segura debido a que la reproducción depende de su libre elección” (Zapata y Gutierrez, 2016, p.17).

2.2.2 Riesgo preconcepcional

2.2.2.1 Definición

La definición de riesgo preconcepcional es la probabilidad que tiene una mujer en edad fértil no gestante de presentar alguna alteración en el transcurso del proceso de reproducción. Por lo tanto todo esto está establecido por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o unidas que pueden implicar desfavorablemente a la madre o el feto, en el proceso de embarazo, parto o puerperio. (Herrear, Oliva y Dominguez, 2010, p.24).

De lo antes mencionado se puede decir, el riesgo se clasifica en psicológico, biológico, y social, no se aprecia por igual en cada caso, debido a que la misma condición de riesgo no trasciende de forma igual en cada mujer, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individual de cada una.

Se debe tener en cuenta que no se debe categorización de manera rígida el riesgo preconcepcional pero si se puede observar una serie de criterios principales que nos lleven a identificarlos.

“Factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Son todos aquellos elementos o circunstancias preconditionantes o desencadenantes de morbilidad o mortalidad relacionados con el proceso reproductivo, tanto para la pareja como para el producto” (Alvarez, Baster, Hernandez y García, 2014, p. 655).

2.2.2.2 Utilización del riesgo

El conocimiento de los factores de riesgo y la información tienen objetivos:

1. Predicción: cuando se presenta un factor de riesgo hay una probabilidad de aumentar en un futuro el riesgo de presentar una enfermedad en comparación con otras personas no expuestas.
2. Causalidad: cuando existe un factor de riesgo no siempre es causal. Al existir incremento del número de enfermedades en caso de relación entre un grupo de personas expuestas con uno de no expuestas se supone que es un factor de riesgo, pero se debe considerar una tercera variable en este caso las llamamos variables de confusión.
3. Diagnóstico: en caso de presentarse un factor de riesgo crece la probabilidad de la aparición de una enfermedad. Debido a la utilidad se convierte en un aspecto de gran importancia por tener un valor predictivo positivo más elevado en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad.
4. Prevención: Al reconocer un factor de riesgo se supone se la debe asociar a la futura aparición de la enfermedad por lo tanto al erradicar el riesgo se debería reducir la posibilidad de enfermar. Esta es la meta de la prevención primaria. (Núñez, 2012).

2.2.2.3 Riesgo preconcepcional en la Medicina Familiar.

Para Zurro, Pérez, Badía (2014) en toda sociedad hay individuos, familias y hasta grupos, conocidos como vulnerables, cuya probabilidad de enfermar es mayor que la de otros. Estos grupos deben ser identificados en la medicina preventiva, para que al reconocer el riesgo, se puedan ejercer acciones de salud que tiendan a disminuir la probabilidad de enfermar. Gracias a la Atención Primaria de Salud, con el desarrollo de la medicina comunitaria, en el subsistema de atención del Médico de Familia, y a través de la dispensarización, se logra una profundización en la identificación de los factores de riesgo en grupos vulnerables de la población dentro de los cuales el materno infantil ocupa un lugar de alta prioridad.

Conociendo su importancia y que la medicina familiar y comunitaria persigue como objetivo trascendental la prevención, se hace indispensable proporcionarle a las mujeres en edad fértil y con algún riesgo, la forma de controlar la fertilidad, por este motivo se

crea el programa de planificación familiar y de anticoncepción, constituyendo un instrumento indispensable de trabajo en el Programa de Riesgo Preconcepcional, el cual persigue mediante sus acciones propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, y tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial (González, 2010).

2.2.2.4 Clasificación del riesgo

Edad

Se considera que un embarazo de riesgo antes de los 20 y después de los 35 años. El embarazo adolescente implica un riesgo biológico pero además un gran riesgo de tipo social no solo para la futura madre, también para el producto lo que lo convierte en un problema de salud pública, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (Rodas y Toalongo, 2015).

Nutrición

Las mujeres con déficit de peso es recomendable que aumenten antes de la concepción, ya que se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas y sobrepeso se presentan complicaciones que están asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, la prematuridad y bajo peso (Rodas y Toalongo, 2015).

Condiciones socioeconómicas desfavorables

Esto constituye un riesgo para la mujer embarazada y el feto. Podemos identificar dentro de estas el alcoholismo, tabaquismo, múltiples parejas, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, nivel económico bajo, violencia, entre otras.

Antecedentes obstétricos

Paridad: se debe valorar el número de hijos que la mujer ha procreado, la primera gestación tiene más riesgo, aún más si se unen a otros riesgos, la gesta de más de 3 hijos es también un riesgo.

Intervalo intergenésico: se puede considerar que un periodo corto menor de 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años es un riesgo ya que puede presentar parto pretérminos y anemias durante el embarazo. Un tiempo mayor a 5 años también es un riesgo (Rodas y Toalongo, 2015).

Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: en algunos casos pueden estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes de un nuevo embarazo (Rodas y Toalongo, 2015)

Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden ser repetitivos en nuevas gestaciones y pueden ser asociadas a otros factores como enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas (Rodas y Toalongo, 2015)

Toxemia: puede repetirse debido a que pocas veces hay un mejor control de los hábitos higiénicos y dietéticos (Rodas y Toalongo, 2015)

Cesárea anterior: en caso de cualquier actividad quirúrgica sobre el útero debe ser un factor que no podemos modificar hasta dos años (Rodas y Toalongo, 2015)

Rh negativo sensibilizado: un riesgo poco frecuente y con varias complicaciones.

Enfermedades crónicas.

Al recoger los datos durante la historia clínica en las embarazadas resulta de gran interés el tener conocimiento sobre la presencia de enfermedades crónicas ya que ellas pueden afectar en gran manera el proceso del embarazo si estas patologías no están debidamente controladas, así como la vigilancia del fármaco que se administra ya que muchos pueden causar efectos adversos en el feto. Dentro de las principales enfermedades podemos encontrar:

Tabla 1 -2 Enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres en edad fértil

Enfermedad	Descripción
Diabetes	Las embarazadas con esta patología tienen más riesgo de presentar complicaciones como son el aborto espontáneo, malformaciones congénitas, preeclampsia, parto prematuro, macrosomías. La causa no es bien conocida pero se sabe que un buen control de la glucosa en el período preconcepcional y de la ontogénesis reduce los riesgos. Por lo tanto, es importante que las pacientes diabéticas planifiquen sus embarazos de forma que mantengan una hemoglobina glicosilada pregestacional <6%. Con respecto a la medicación, el uso de hipoglicemiantes orales es controversial, siendo la recomendación vigente cambiarlos por insulina (Donoso y Oyarzún, 2012).
Hipertensión	Cuando la gestante es hipertensa el objetivo a seguir es normalizar la

Arterial	presión. La prioridad es evaluar el tratamiento antihipertensivo, ya que algunos medicamentos como los IECA (Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina), están contraindicados durante todo el embarazo por sus efectos adversos para el feto, por lo que se deben cambiar por fármacos de seguridad establecida (Donoso y Oyarzún, 2012).
Asma	En mujeres en edad fértil el asma su prevalencia es alta. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas, no existen diferencias significativas en la incidencia de preeclampsia, mortalidad perinatal, partos pretérmino, Retardo del Crecimiento Intra Uterino o malformaciones congénitas entre los dos grupos. Se puede dar tratamiento con corticoides sistémicos ya que su uso durante el embarazo es bastante seguro, y su beneficio es mayor al pensar las consecuencias en caso de hipoxia fetal por crisis asmáticas (Donoso y Oyarzún, 2012).
Enfermedad tiroidea	Tanto el hiper como el hipotiroidismo pueden afectar el resultado del embarazo. En particular, puede haber alteraciones del desarrollo neurológico fetal incluso en mujeres con hipotiroidismo subclínico. Las mujeres que padecen de alguna patología tiroidea deben controlar de manera periódica frecuentemente su función hormonal, ya que las dosis de medicamentos generalmente deben ser ajustadas durante el embarazo (Donoso y Oyarzún, 2012).
Epilepsia	Se debe tener en cuenta que la enfermedad y los fármacos utilizados para su control son teratógenos, aunque se conoce que en la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas que los efectos adversos asociados a los medicamentos (Donoso y Oyarzún, 2012).

Elaborado por: Adriana Cáceres

Fuente: Donoso y Oyarzún, 2012

Hábitos tóxicos.

Los estilos de vida que puedan ser modificados para bien y pueden contribuir a mejorar las posibilidades de concebir en mejores condiciones.

Existen sustancias que al ser ingeridas se consideran como hábitos tóxicos dentro de estas tenemos el café, tabaco, alcohol y drogas. Es de conocimiento que su ingesta puede afectar de mayor o menor forma la capacidad reproductiva y a la gestación.

Tabla 2 -2 Hábitos tóxicos en mujeres de edad fértil

Sustancia	Efecto preconcepcional	Efecto gestacional
Café	Aumenta el riesgo de cualquier adversidad reproductiva.	La vasodilatación en las arterias uterinas provocada por la ingesta de cafeína podría provocar abortos espontáneos (Acevedo, Manzanares, Manau y Chávez, M, 2012).
Alcohol	Afecta al aparato genital y la función reproductiva. La ingesta excesiva de alcohol puede provocar disminución del tamaño del ovario, ausencia del cuerpo lúteo, amenorrea y todo esto asociado a esterilidad (Acevedo, et al, 2012).	Mayor riesgo de aborto.
Drogas Cannabis	Es un anovulatorio, por su acción antigonadotrópica, sin embargo al suspender su consumo se puede ovular a los 6 meses (Acevedo, et al, 2012).	Existe una elevación de niños con bajo peso al nacer.
Cocaína	Las mujeres que consumen cocaína tienen riesgo de infertilidad por daño tubárico, debido a la mayor incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual, además produce trastornos del folículo	Produce parto prematuro, rotura prematura de membranas.

Heroína	<p>y que en la estimulación ovárica se requieren mayores dosis de gonadotropinas, los niveles de estrógenos y progesterona están disminuidos (Acevedo, et al, 2012).</p> <p>En las mujeres que consumen esta sustancia se presentan síntomas como oligomenorrea, amenorrea y disfunción sexual debido a hipogonadismo (Acevedo, et al, 2012).</p>	<p>Se presenta abortos, parto pretérmino, pérdida de bienestar fetal e infecciones neonatales, en algunos casos los recién nacidos pueden presentar síndrome de abstinencia (Acevedo, et al, 2012).</p>
Tabaquismo	<p>Cuando una mujer es fumadora existe dificultad para concebir un embarazo debido a un ambiente nocivo para el crecimiento folicular y la maduración del ovocito por un aumento de nicotina en el líquido folicular (Acevedo, et al, 2012).</p>	<p>Existe menos posibilidad de embarazo, más abortos y embarazos ectópicos (Acevedo, et al, 2012).</p>

Elaborado por: Adriana Cáceres

Fuente: Acevedo, Manzanares, Manau y Chávez, 2012

2.2.3 Planificación familiar

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el consejo anticonceptivo como.

La práctica sanitaria, dirigida a personas sanas, en la que se aporta "información equilibrada y objetiva de cada método anticonceptivo para que en el contexto del individuo o la pareja se escoja el más idóneo, y así conseguir un óptimo estado de salud sexual y reproductivo. (Soriano, Rodenas y Moreno, 2012, p. 207)

La planificación familiar significa, como primer aspecto, una toma de conciencia y control del individuo sobre sus procesos y capacidad reproductiva, lo que contribuye a

una participación más efectiva en su propio destino, su función en la familia, en la comunidad y en la estructura de la sociedad.

La fecundidad, además de ser un fenómeno biológico, tiene mucho que ver con lo social y lo cultural. Como se sabe, el comportamiento de los individuos está determinado, en gran medida, por la sociedad en que viven y su conducta guarda estrecha relación con los aspectos culturales, los valores sociales y otras normas de conducta. Así puede comprenderse como influye la sociedad en el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el uso o no de los métodos anticonceptivos, la frecuencia de las relaciones sexuales, etc.

2.2.3.1 Historia de la planificación familiar

La necesidad de limitar la fertilidad viene de muchos años atrás incluso antes del cristianismo como lo demuestran muchos escritos antiguos hebreos, chinos y egipcios muestran como se utilizaba pastas y sustancias que evitaban el embarazo las cuales se han demostrado hoy en día eran espermaticidas. Pero para fines más explícitos en el siglo XVI Falopio describe una funda hecha de lino como medio protector de sífilis, siendo esta posiblemente el precursor para que dos siglos después en Inglaterra se fabrique el condón que al principio se lo hizo a base de intestino animal disecado, en 1776 este producto ya era famoso en Francia, España, Italia y Portugal, siendo un siglo después conocido en todo el mundo ya que en 1840 se crea el hule material utilizado para fabricarlo (Planned Parenthood, 2012).

En 1834 Blundell en Londres sugiere un acto quirúrgico que consistía en la resección de una parte de las trompas como un posible método de anticoncepción y no es sino hasta 50 años después que en Estados Unidos, Lundgren lo pone en práctica en una mujer luego de realizar una cesárea aduciendo un posible riesgo de hemorragia si la mujer se volvía a embarazar.

En 1903 Fraenkel describe la extirpación de los cuerpos amarillo en las conejas como método para evitar la anidación del óvulo fecundado, investigación que culmina 30 años después con el descubrimiento del progestágeno, seis años después Richard en Alemania inicia con la anticoncepción intrauterina al sugerir la introducción de un dispositivo hecho a base del intestino de gusano de seda, pero causó mucho revuelo al pensar que puede ser un método abortivo (Planned Parenthood, 2012).

En los años 30 comienza el auge de la abstinencia periódica, mientras en Inglaterra y Alemania aíslan el estrógeno y en Estados Unidos y Suiza descubren la progesterona.

Algunos países de Latinoamérica en 1960 crean e impulsan estrategias de planificación familiar, buscando como objetivo disminuir el número de hijos y las tasas de abortos todo esto liderado por organismos internacionales. El Seminario “Las Políticas de Planificación Familiar en la Guerra Fría latinoamericana: Argentina, Chile y Perú” dio cuenta de cómo un fenómeno internacional —la discusión de las políticas poblacionales y de planificación familiar dirigida por organismos como la Rockefeller Foundation, la Fundación Ford, el gobierno de los Estados Unidos o la International Planned Parenthood Federation tuvieron impacto en distintas comunidades políticas y científicas y fueron una especie de caja de resonancia del periodo conocido como Guerra Fría. Estas políticas fueron estudiadas en cada país y adaptadas a su realidad. Por los mismos años la planificación familiar ingresa al Ecuador pero no fue hasta años después que se le da la verdadera prioridad que está amerita (Planned Parenthood, 2012).

2.2.3.2 Planificación Familiar en el Ecuador.

Según el Ministerio de Salud Pública es una acción del estado para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, en este marco, el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. En estos se brindara educación, consejería, en sexualidad y planificación familiar.

El gobierno ecuatoriano estableció como política de estado la Planificación Familiar teniendo como meta de la estrategia la disminución de tasa de fecundidad un 7% anual; embarazo en adolescentes al 2013 en un 25% y la mortalidad materna en un 2% anual. Según los datos del MSP en el Ecuador el promedio de fecundidad es de 3.3 hijos/as por mujer, sin embargo, las mujeres que pertenecen a los quintiles más pobres tienen 5 hijos/as por mujer”. A través de las acciones desarrolladas por la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla), en Ecuador, en el período 2011 y 2012 se incrementaron las consultas para prevenir el embarazo no deseado en un 16,18%; mientras que las consultas por morbilidad en 15,36% y las atenciones en planificación familiar en 9,53% (MSP, 2012).

Al no cumplirse aún a nivel nacional las metas propuestas se hace necesario incrementar las acciones de promoción y prevención en relación con la planificación familiar en su

componente de anticoncepción fundamentalmente en la población femenina en edad fértil identificadas con riesgo preconcepcional.

2.2.4 Métodos Anticonceptivos

2.2.4.1 Definición

Un método anticonceptivo es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad (Soriano; Rodenas; García y Moreno, 2010).

El médico de familia goza de un lugar privilegiado ya que se encuentra totalmente preparado para dar consejería anticonceptiva, no solo por la preparación científica sino también por conocer los antecedentes patológicos, la situación familiar y los factores socioculturales que rodean a sus pacientes.

Para ayudar a elegir es preciso escuchar, informar y transmitir adecuadamente esa información sobre las distintas opciones existentes, siempre teniendo en cuenta las prioridades de la paciente y de su pareja.

Es imprescindible que previo a la elección del anticonceptivo se realice una anamnesis y examen físico completo que permita decidir de la mejor manera el rumbo a seguir.

2.2.4.2 Clasificación de métodos anticonceptivos

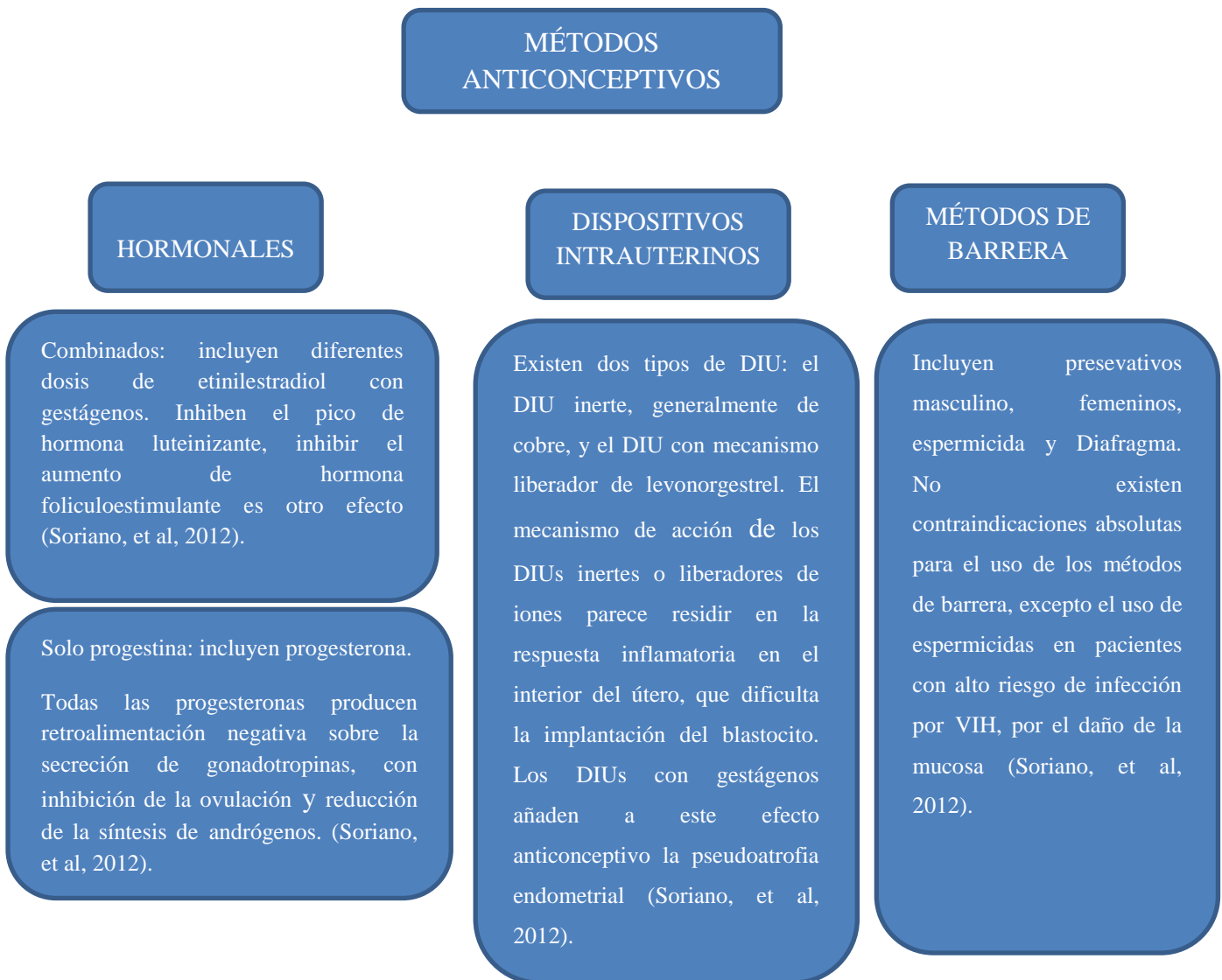


Figura 1 -2. Clasificación de métodos anticonceptivos

Fuente: Soriano, 2012

2.2.2 Mortalidad Materna en Latinoamérica y Caribe.

La planificación familiar se establece como una herramienta que ayuda a disminuir las altas tasas de mortalidad materna en Latinoamérica, en mayo del 2014 se publica un boletín de las Naciones Unidas donde muestra que se redujo un promedio de 40% la mortalidad materna entre los años 1990 y 2013 y que once países de Latinoamérica y el Caribe han logrado significativos cambios Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%). A pesar de

esto ninguno ha llegado a cumplir los objetivos del milenio que es una disminución del 75% en muerte materna (OMS, 2014).

En el 2013 9.300 mujeres murieron en Latinoamérica y el Caribe por causas relacionadas al embarazo a pesar de todos los esfuerzos, a nivel mundial las estadísticas refieren que la mortalidad materna cayó en un 45% desde 1990 (OMS, 2014).

Hoy en día las causas de defunciones maternas han cambiado debido que en la actualidad más de una cada cuatro defunciones maternas son provocadas por afecciones preexistentes, como la diabetes, la infección por el VIH, el paludismo y la obesidad, cuyos efectos para la salud se pueden agravar por la gestación (OMS, 2014).

En América Latina el riesgo de una mujer de morir en algún momento de su vida por una causa materna 1 en 570 y en el Caribe, 1 de cada 220, son más altos que el riesgo en los Estados Unidos (1 en 1.800) y en Canadá (1 en 5.200). En el 2013 se estimó que existió 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en Latinoamérica por lo que se considera que se encuentra entre las regiones en desarrollo con mortalidad baja. Cinco países de las Américas pasaron a la categoría de "baja" mortalidad materna (menos de 100 muertes por 100.000) entre 1990 y 2013: Barbados (de 120 a 52), Brasil (de 120 a 69), Ecuador (de 160 a 87), El Salvador (110 a 69), Perú (250 a 89) (OMS, 2014).

2.2.6 Conocimiento.

Flores y Melendez, (2012) define al conocimiento como todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno como resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de forma única para cada persona.

La palabra conocimiento es ampliamente empleada en nuestros tiempos, se puede escuchar frecuentemente expresiones como "el hombre moderno posee amplios conocimientos", "en comparación con fines del siglo pasado, nuestros conocimientos han aumentado decenas de veces", "cometió el error por no tener conocimiento de esa norma". Como se puede observar el significado del vocablo cambia según el contexto y circunstancias en que se usa. Todos los conocimientos que disponemos corresponden de algún modo a determinados fenómenos, procesos, acciones y tipos de actividad de las personas.

Niveles del conocimiento:

Flores y Melendez (2012), hablan de los tipos de conocimientos describiendo a cada uno de ellos

- El conocimiento descriptivo: Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones.
- Conocimiento conceptual: También llamado empírico, con el riesgo de muchas confusiones. En este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición
- Conocimiento teórico: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel descriptivo y el teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal.

2.2.7 Estrategia

La Organización Mundial de la Salud definió en el artículo 11 de su Carta constitutiva (1946) a la salud como “el más completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” lo que representó un verdadero cambio cualitativo respecto a las concepciones anteriores y amplió ilimitadamente el horizonte de la salud y las inversiones necesarias para lograrlo. Aprender la salud de manera diferente a la tradicional tiene importantes implicaciones prácticas: entender la salud de tipo holístico, global, centrada en los determinantes sociales y los factores personales que influyen en ella, permiten apreciarla en toda su complejidad y en consecuencia, posibilita incidir en la capacidad de los diversos actores sociales para afrontar los problemas de salud, tanto las formas de comportamiento individual y colectivas que afectan todo el entramado vital y social, y no solo las cuestiones biológicas y de la organización del sistema de salud. La inclusión de factores de tipo cognitivo y actitudinales apuntan a la creación de una nueva cultura de salud, que implica la posibilidad de transmisión social de los mismos, y el instrumento socialmente

más extendido para ello sigue siendo la educación en su sentido más amplio. (García, Saez y Escarbajal, 2000, p. 2)

Desde los inicios de estas propuestas de la Organización Mundial de la Salud y las sucesivas reformas sanitarias subsecuentes (que permitieron la organización y generalización de la Atención Primaria de Salud como base del sistema sanitario) se ha destacado la especial importancia otorgada a las actividades de promoción y prevención en el tratamiento de la salud y la enfermedad poblacional. En estas iniciativas se han incluido, desde lo individual y lo colectivo, procesos y estrategias generales de movilización y gestión comunitaria, dirigidas al fomento de la participación y la cohesión social, la potenciación de los propios recursos personales y comunitarios o la formación de coaliciones como forma de colaboración entre diferentes agentes comunitarios para hacer frente a los problemas y necesidades de salud de la población. (García, Saez y Escarbajal, 2000, p. 2)

Cuando el trabajo es intenso a nivel de la educación para la salud se puede producir cambios en el conocimiento, de la comprensión o de las maneras de pensar mejorando los valores de tal forma que existan cambios de actitudes y de creencias y de comportamientos de forma voluntaria. La estrategia busca de manera esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde su estado actual hasta un estado deseado. La estrategia se crea con el fin de planificar y dirigir las acciones para alcanzar determinados objetivos (Mavel, Beltrán y González, 2007).

La estrategia busca vencer dificultades con la optimización de tiempo y recursos. Así definimos que hacer para transformarla situación mediante un proceso de planificación con un plan trazado teniendo en cuenta metas, objetivos a desarrollar en un plazo dado con escasos recursos y métodos indicados para el cumplimiento de las metas.

Intervención es la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. En la situación analizada, al proceso de educación para la salud. En este caso se observa: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia concebida. El

otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la estrategia para incidir en el cambio. Cuando se habla de intervención se persigue la idea del cambio intencionalmente provocado se requiere del diagnóstico de los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento (Ramírez, 2012).

En la elaboración de la estrategia de intervención deben estar presentes los siguientes pasos:

1. Un diagnóstico de la situación actual, que informe acerca del estado real del objeto de estudio y sobre el problema en torno al cual se desenvuelve la estrategia.
2. Una descripción del estado deseado, expresado en la formulación de objetivos y metas previstos para un período de tiempo en un contexto determinado.
3. Una planeación estratégica que identifique las actividades y acciones que respondan a los mencionados objetivos propuestos y a los recursos logístico-materiales que se emplearán, así como a los recursos humanos e instituciones a cuyo cargo está el cumplimiento de esos objetivos.
4. La instrumentación de la estrategia, que consiste en explicar cómo y en qué condiciones se aplicará, durante qué tiempo, y con la participación de los factores claves.
5. La evaluación de la estrategia, contentiva de indicadores e instrumentos de medición y validación de los resultados esperados y obtenidos, así como para identificar los logros alcanzados y los obstáculos encontrados, teniendo como referente axiológico el de la aproximación lograda al estado deseado (Gonzalez, V, 2014).

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Se realizó una investigación no experimental y aplicada, por el interés en la aplicación de los resultados de manera inmediata en la solución del problema objeto de la investigación (Artiles, Iglesias y Barrios, 2008), con enfoque cuantitativo y un diseño de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

Diseño del estudio: El tipo de estudio fue correlacional con un nivel descriptivo

3.2 Localización y temporalización: Barrio Lourdes de la ciudad de Riobamba desde enero a septiembre 2016.

3.3 Población de estudio: La población de estudio fue constituida por las mujeres con riesgo preconcepcional. Se trabajó con el universo

Criterios de inclusión:

1. Todas las mujeres que aceptaron participar en la investigación.
2. Mujeres en edad de 15 a 49 años dispensarizadas con riesgo preconcepcional
3. Residir en el barrio Lourdes al momento del estudio
4. Tuvieron el consentimiento informado, en caso de ser menor de edad consentimiento por parte de los progenitores o tutores.

Criterios de exclusión:

1. Toda mujer que no aceptó participar en la investigación
2. Mujeres que tengan algún tipo de discapacidad mental o física que impidan su participación en las sesiones de trabajo.

3.4 Variables de estudio

3.4.1 *Identificación*

1. Variable dependiente: conocimiento sobre riesgo preconcepcional
2. Variables independientes: edad, nivel de instrucción, autoidentificación, estado civil, ocupación y nivel económico

3.4.2 Operacionalización.

Tabla 1 -3 Operacionalización de variables

Variable	Tipo variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	15-24 años 25-34 años 35-45 años	Según años cumplidos y se agruparan en grupos quinquenales a partir de los 15 años a los 49 años	Porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional según grupo de edad.
Etnia	Cualitativa nominal	Mestizo Indígena	Según autoidentificación de la paciente	Porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional según grupo étnico.
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión estable Divorciada	Se tendrá en cuenta según categorías de percepción por la paciente independientemente de la cédula	Porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional según estado civil.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Alfabetizada Primaria completa Secundaria Superior	Se tendrá en cuenta según el último año cursado, teniendo en cuenta los niveles de educación vigentes en el país o centros de alfabetización	Porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional según nivel de escolaridad.
Ocupación	Cualitativa nominal	Ama de casa Trabajadora Estudiante	Según función o tarea que desempeña sea esta remunerada o no, puede estar relacionado con su nivel de educación o no.	Porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional según ocupación.
Nivel socioeconómico	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo	Se tendrá en cuenta las condiciones de la vivienda y el ingreso económico	Porcentaje de mujeres con riesgo preconcepcional según nivel socioeconómico

Variables del conocimiento				
Conocimiento sobre concepto de riesgo reproductivo.	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas sobre Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre concepto de riesgo reproductivo
Conocimiento sobre edad intergenésica	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre edad intergenésica
Conocimiento sobre nutrición	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas.	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre nutrición

			No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	
Conocimiento sobre enfermedades crónicas	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre enfermedades crónicas
Conocimiento sobre hábitos tóxicos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas. No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre hábitos tóxicos
Conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Respuesta a un conjunto de preguntas Satisfactorio:	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre uso de

			<p>Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas.</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	métodos anticonceptivos
Conocimiento sobre antecedentes obstétricos desfavorables	Cualitativa nominal	<p>Satisfactorio</p> <p>No satisfactorio</p>	<p>Respuesta a un conjunto de preguntas</p> <p>Satisfactorio: Cuando responde correctamente el 60% o más de las preguntas realizadas.</p> <p>No satisfactorio: Cuando responde correctamente menos del 60% de las preguntas realizadas</p>	Porcentaje de mujeres con adecuado conocimiento sobre antecedentes obstétricos desfavorables

Realizado por: Adriana Cáceres

Fuente: cuestionario

3.5 Etapas de la investigación

En una primera etapa, se intercambié con las partícipes, las cuales recibieron una breve explicación sobre el estudio y la confiabilidad de los datos, protegiendo sus identidades, lo que quedó validado a través del consentimiento informado. (Anexo A)

Con la aplicación de la entrevista en el primer encuentro se caracterizó al grupo de estudio según las variables sociodemográficas seleccionadas que dio salida al primer objetivo específico y se determinó el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil que dio salida al segundo objetivo específico.

Seguidamente se procedió a identificar la relación existente entre el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional y las variables sociodemográficas en mujeres en edad fértil que da salida al tercer objetivo específico.

Para dar salida al cuarto objetivo específico, a partir de los resultados obtenidos se diseñó una estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil con acciones de educación para la salud.

3.6 Diseño de la estrategia

En términos generales y como primera aproximación el programa educativo en salud es prácticamente un programa, que necesita de los elementos que la planificación de un proceso docente demanda (objetivos, contenidos, estrategia educativa, actividades, cronograma, ejecutores, lugar y recursos, así como el diseño de la evaluación y los indicadores, entre otros elementos pertinentes). El programa educativo se concibe a partir de un paradigma o modelo de enseñanza y debe corresponder con los valores sociales generales y los principios del sector a que responde, en este caso de tipo activo participativo incorporando todos los elementos del proceso de enseñanza aprendizaje centrado en el desarrollo humano: auto-estima, trabajo en grupos, desarrollo de capacidades, planificación conjunta, responsabilidad compartida. En cualquiera de los casos la base de un buen programa educativo es una investigación exhaustiva, la que generalmente algunos la denominan como diagnóstico educativo y comunicacional.

Para la presentación de la estrategia de intervención educativa se partió de plantear los fundamentos teóricos y metodológicos que le servirán de base y de un diagnóstico educativo, el cual justificó el propósito de modificar la situación actual para incrementar los conocimientos fundamentales de las mujeres en edad fértil, para el abordaje del tema conocimiento de los factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil, logrando modificaciones en sus aptitudes y las prácticas asumidas.

La propuesta de metodología para la estrategia de intervención educativa se estableció a partir de dos momentos:

1. Fase de introducción. Fundamentación y justificación, diagnóstico y análisis de los problemas y de las necesidades.

- Se establece el contexto y ubicación de la problemática a resolver, ideas y puntos de partida que fundamentan la estrategia
- Información sobre la situación cultural e informativa relativa a conocimientos y motivaciones de los sujetos y demás necesidades de aprendizaje.
- Definición de los riesgos y situaciones de malestar respecto al tema de acuerdo con las informaciones halladas.

2. Fase de programación. Diseño de la estrategia

- Definición de los objetivos a corto, medio y largo plazo que permiten la transformación del sujeto desde su estado real hasta el estado deseado.
- Elección de la metodología de actuación en relación a los objetivos definidos y a las condiciones presentes, a través de acciones, métodos, medios y recursos a través de los cuales es posible introducir conocimientos y experiencias dirigidos a modificar actitudes y comportamientos de forma consciente y duradera cumpliendo los objetivos.
- Explicar cómo se aplicará, bajo qué condiciones, durante qué tiempo, responsables, participantes.
- Fomentar procesos de comunicación, destinados a reducir factores de riesgo y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud de forma sostenible.
- Evaluación de los procesos, actividades y los resultados

La estrategia de intervención educativa está constituida por un conjunto de técnicas educativas, afectivo-participativas, de educación para la salud, sociométricas, de afrontamiento, estrategias multimodales, incluyendo técnicas de corte terapéutico con énfasis en la consideración de las particularidades de los sujetos.

Los temas seleccionados se agrupan por sesiones, que responden a los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo.

La evaluación de la estrategia se realizara de tres formas, para la evaluación de los resultados se utilizara el mismo instrumento aplicado para el diagnóstico; para la evaluación de las actividades se empleara la técnica del PNI (Positivo, Negativo e Interesante), consiste en que los participantes al final de cada encuentro expresen su

criterio del mismo; y para la evaluación del proceso se utilizara una encuesta que incluirá aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos; el cumplimiento de la planificación(cronogramas y tareas previstas para cada fase), adecuación de los recursos y técnicas empleadas.

3.7 Procedimientos de recolección de información

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista por parte del investigador. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado por el investigador, que fue sometido a consideración de expertos y pilotaje de prueba con veinte (20) mujeres con características similares a las del grupo de estudio y que no formaron parte de la investigación, con el fin de valorar su claridad y aprobación.

3.7.1 Características del instrumento

El cuestionario estuvo estructurado dos partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables sociodemográficas la cual incluyó 7 preguntas y otra que contempló un test de conocimientos que estuvo conformada por 20 preguntas de las 6 dimensiones, distribuidas de la siguiente manera: dimensión conocimiento sobre el concepto de factores de riesgo preconcepcional; 2 preguntas, periodo intergenésico 2 preguntas , edad óptima para embarazarse 3 preguntas, enfermedades crónicas 3 preguntas, hábitos tóxicos 3 preguntas, para la dimensión nutrición 3 preguntas, para la dimensión antecedentes obstétricos desfavorables 1 pregunta y para la dimensión conocimientos sobre métodos anticonceptivos otras 3 preguntas. El conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se considera en algunos casos un alternativa correcta y en otros varias alternativas. El sistema de puntuación que se empleó es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados. (Anexo B)

3.7.2 Validación del instrumento

Para comprobar la validez de forma y contenido se consultó a peritos seleccionados considerando la práctica profesional e investigativa, con conocimiento sobre el concepto a medir: Violencia psicológica y desempeño profesional en los diferentes

centros de salud, para con ello permitir un análisis exhaustivo del problema y el conocimiento de los profesionales. Se seleccionaron entre 7 a 10 jueces expertos conformados por Médicos familiares, psicólogo y médico Internista.

A través de un formulario, se les pidió la evaluación de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el análisis de la organización básica del instrumento, el número y trascendencia de las preguntas; y añadir cualquier otro aspecto que en su juicio fuera significativo. Los criterios para la evaluación fueron:

“Comprensible: Aquí el encuestado debe entender lo que se pregunta en el ítem” (Moriyama, 1968).

Sensible a variaciones: Las posibles respuestas del ítem deberán mostrar diferencias en la variable a medir (Moriyama, 1968).

Pertinencia: Se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada una de las categorías que se incluyen en el instrumento (Moriyama, 1968).

Derivable de datos probables a conseguir: Obtener toda la información que se requiere para responder a cada uno de los ítems (Moriyama, 1968). (Apéndice C)

Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor según la escala ordinal siguiente:

Satisfactorio > 60 puntos

No satisfactorio: < 60 puntos

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en cualquiera de los parámetros estimados consiguieron evaluación inferior al 60 % según los expertos. Esos ítems fueron analizados, reformados y valorados de nuevo a la opinión de los expertos hasta conseguir el 60 % o más de ellos. (Anexo C)

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. Se utilizó el Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versión 17 para la tabulación de los datos de la base creada. La descripción de los resultados se hizo utilizando porcentajes. Se empleó el estadígrafo Chi-Cuadrado (χ^2) y prueba de Fisher para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables de estudio, con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados se reflejaron en tablas y gráficos para su mejor representación y comprensión.

3.9 Aspectos éticos

Previo a la realización de la intervención, se expuso a las partícipes la finalidad del proyecto, y se solicitó la autorización a través de un consentimiento informado. Se aplicó los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio y la información recolectada fue utilizada con fines científicos de acuerdo a los postulados éticos de la Convención de Helsinki.

El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la institución vinculada.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados y discusión.

Las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil involucradas en la investigación son las siguientes: el 52% mujeres se encontraban entre los 25-34 años, 82% son mestizas, de las mujeres en edad fértil el 40% son casadas, 50% son bachilleres, la ocupación en un 50% son amas de casa y su nivel socioeconómico regular en un 72%.

La edad es un importante factor de riesgo para la concepción de un embarazo, si bien en la población estudiada, predominaron las mujeres en el grupo de 25-34 años, lo que habla a favor de que la etapa donde se aconseja que la mujer se embarace, ya que el organismo femenino se encuentra preparado para el mismo. Sin embargo no hay que perder de vista que en el barrio en que se realizó este estudio, el 34 % de la población en edad fértil se encuentra entre los 15- 19 años de edad, que es el período de la adolescencia y donde se presentan las mayores complicaciones durante el embarazo como son: el bajo peso al nacer, parto prematuro y restricción del crecimiento de ahí la importancia de este trabajo. Concordando con un estudio realizado durante el año 2012 en la Universidad Técnica de Ambato por Torres Luzdari el Hospital Regional Docente Ambato donde indica que el rango más frecuente de edad es de 25.7 ± 5.7 años con un intervalo de 16 hasta 37 años. En estudios similares realizados en otros países como Brasil reportó un mayor riesgo de mortalidad post neonatal e infantil en adolescentes de 15-19 años debido a la existencia de riesgos sociales y ambientales. En Britania se reporta más partos prematuros menor de 32 semanas en mujeres embarazadas menores de 18 años.

En esta tabla también se muestra la autoidentificación étnica de las mujeres en el grupo de estudio, donde se encontró que el 82 % de las mismas se identificaron como mestizas, lo que se corresponde con las cifras reportadas por el último censo realizado en el país con un 71,7%. A pesar de que la provincia de Chimborazo tiene una alta representación de la población indígena, en el estudio realizado en este barrio, semiurbano de la ciudad de Riobamba, esto no se comportó de esta manera.

En relación con el estado civil, en este estudio prevaleció el que las mujeres fueran casadas (20 mujeres que representan el 40 %), lo que en realidad es una fortaleza para

que la mujer enfrente un embarazo, porque además de su estabilidad psicológica, le representa que el esposo aporte los ingresos económicos necesarios. Otros estudios realizados en países como Timor Leste, encontraron que el estado civil que prevaleció fue el de unión estable, que se explicaba en ese contexto por el grado de pobreza de esa población, donde se tiene como costumbre que para el casamiento el esposo aporte una dote a la familia. En un estudio llevado a cabo en la provincia de Tungurahua, la mayor proporción de pacientes eran casadas con un 42%, seguida de pacientes solteras con un 35%.

En cuanto a la escolaridad su análisis es importante debido a que de eso depende lo que la paciente comprenda de las instrucciones del médico, encontrándose relación con la letalidad fetal. Esta variable se muestra en la Tabla # 1, donde hubo un predominio de bachilleres con un 50 % seguido por la primaria que representó un 26 %. Este resultado no se corresponde con otros estudios realizados como en el de Timor Leste donde el mayor porcentaje de mujeres se encontraban sin instrucción (analfabetas). Sin embargo, estos resultados de la investigación sí se relacionan con otros dos efectuados en la provincia de Tungurahua donde el nivel de instrucción que predominó fue el de instrucción secundaria con un 50%, seguido de educación primaria con un 27,5% y por último estudio superior con un 22,5%.

En cuanto a la ocupación se puede observar que predominó que fueran amas de casa con 25 mujeres que representan el 50 %. Esto puede estar explicado por las conductas machistas que aún imperan en el país, donde la mujer tiene toda la responsabilidad de los quehaceres domésticos, incluso cuando tenían niveles de instrucción de bachilleres que le permiten ocupar responsabilidades laborales en otros lugares. La actividad de las amas de casas no es despreciable, en ocasiones son las máximas responsables de la familia, lo cual dificulta el cumplimiento de las orientaciones médicas para el control de los factores de riesgo. Estos datos concuerdan con una investigación llevada a cabo en Jalisco, México, donde del total de mujeres estudiadas el 62 % se dedicaban a labores domésticas. Sin embargo en otra investigación llevada a cabo en Cuba, el mayor porcentaje de mujeres se encontraba en el grupo de las trabajadoras, lo que puede ser explicado porque en este país el grado de liberación de la mujer es mayor y además el grado de instrucción mayormente del nivel superior hace que las mismas se incorporen a trabajar.

El nivel económico es un factor que influye directamente en el acceso a la información que las pacientes pueden recibir a través de medios de comunicación que no se pueden adquirir si la situación económica de las familias es mala o regular, 36 mujeres para el 72 % tenían condiciones regulares. Esto concuerda con un estudio desarrollado en Perú en el año 2015, donde el ingreso del 46, 6 % de las mujeres estaba por debajo de lo necesario para adquirir la canasta básica que se corresponde con una situación económica mala y el otro por ciento tenían una situación regular.

Tabla 1 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas. Lourdes, enero - junio 2016

Características sociodemográficas	N=50	
	N°	%
Grupos de edad		
15-24 años	17	34,000
25-34 años	26	52,000
35-45 años	7	14,000
Identificación		
Mestizo	41	82,000
Indígena	9	18,000
Estado civil		
Casada	20	40,000
Unión estable	16	32,000
Soltera	12	24,000
Divorciada	2	4,000
Escolaridad		
Alfabeta	2	4,000
Primaria	18	36,000
Bachiller	25	50,000
Superior	5	10,000
Ocupación		
Ama de casa	25	50,000
Trabajadora	15	30,000
Estudiante	10	20,000
Nivel económico		
Bueno	6	12,000
Regular	36	72,000
Malo	8	16,000

En la tabla 2 -4 y figura 1 -4 se puede observar que el conocimiento no satisfactorio predominó con un 76% es decir 38 pacientes.

En la bibliografía consultada se hallaron pocos trabajos en los cuales se haga referencia a la evaluación del conocimiento existente sobre el Riesgo preconcepcional, lo que dificultó realizar la comparación con el presente trabajo y a su vez limitó la discusión, por tanto este trabajo será un acercamiento a la temática de manera más profunda, que permitirá en un futuro cercano a la disminución de complicaciones mateno-fetales.

Uno de los trabajos relacionados con el tema que se aborda en esta investigación fue el que se realizó en la ciudad cubana de Morón en el año 2012 refiere que el conocimiento no satisfactorio va en contra del control y manejo adecuado del riesgo en mujeres en edad fértil debido a que, debe involucrarse el equipo básico de atención integral en salud y la pareja para un correcto manejo, donde esta haga parte activamente y tome las decisiones según sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales.

El conocimiento no satisfactorio impide una correcta adopción de conductas saludables y de autocuidado provocando una incorrecta toma de decisiones para saber cuándo es el momento más adecuado del embarazo, de ahí radica la importancia de su educación y quien más adecuado que el Médico Familiar que conoce la realidad de la comunidad y la familia.

En una investigación llevada a cabo con adolescentes en el Colegio Experimental “Jacinto Collahuazo” sección nocturna del cantón Otavalo, provincia Imbabura, periodo 2006 – 2007 se evidenció que el conocimiento sobre qué es riesgo reproductivo se observó que solamente el 35% tenía conocimientos satisfactorios.

Tabla 2 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.

Conocimiento general	N	%
No satisfactorio	38	76,0
Satisfactorio	12	24,0
Total	50	100,0

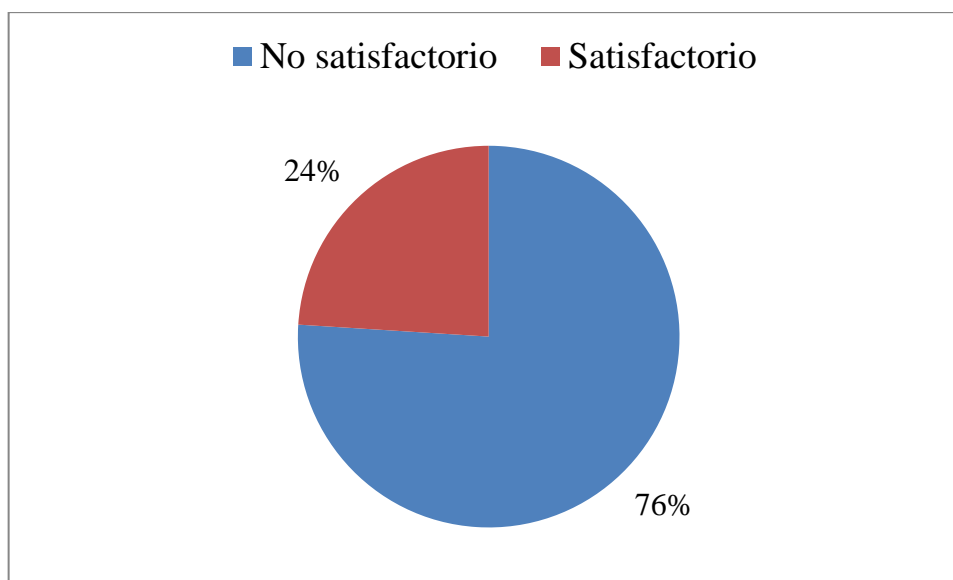


Figura 1 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.

Fuente: cuestionario

La tabla 3 -4 y figura 2 -4 nos muestra la distribución de las mujeres en edad fértil y su conocimiento sobre las diferentes dimensiones de factores de riesgo preconcepcional en la que se puede observar que el conocimiento satisfactorio fue acerca de las dimensiones concepto de riesgo preconcepcional con un 56%, peso ideal con similar resultado, enfermedades crónicas en el embarazo con el 58% al igual que hábitos tóxicos. Sin embargo hay que resaltar que la dimensión edad adecuada para el embarazo alcanzó un 88% de conocimiento no satisfactorio lo cual evidencia por qué existe en esta población un alto número de embarazos en la adolescencia. Las dimensiones antecedentes obstétricos desfavorables con un 64% edad intergenésica del último parto con 58% y uso de anticonceptivos con 56% muestran también un conocimiento no satisfactorio.

Al realizar un análisis del comportamiento por las diferentes dimensiones de conocimientos de los factores de riesgo preconcepcional hay que señalar que en los trabajos revisados en ninguno de ellos se ha estructurado la evaluación del conocimiento teniendo en cuenta varias dimensiones, ya que la mayoría de ellos hacen mención a factores de riesgo de manera individual, lo que dificulta la comparación con los mismos.

Si las mujeres sabrían reconocer la edad adecuada se podría evitar las complicaciones que este trae. En el caso de la adolescencia, no hay una madurez biológica por que no se ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos reproductivos. Se plantean que la toxemia se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia. En una madre adolescente existe más riesgo de anemia, parte pretérmino, parto prolongado. Por otra parte en el grupo de edad por encima de 35 años son frecuentes también otras alteraciones como son: restricción del crecimiento intrauterino y las malformaciones congénitas.

En cuanto a la dimensión antecedentes obstétricos desfavorables se evidenció que el conocimiento acerca del mismo también fue no satisfactorio. Esta es una dimensión de gran importancia si se tiene presente que cuando estos se hallan en una mujer que se embaraza el riesgo de sufrir una complicación es mayor. En estudios que se han desarrollado en otros contextos, esta dimensión no se ha evaluado como tal, sino que solamente se ha identificado como un factor de riesgo para la concepción. En la investigación llevada a efecto en el municipio cubano de Morón, en la provincia de Ciego de Ávila, se encontró que entre los antecedentes obstétricos desfavorables el de más alta prevalencia lo constituyó el de partos distócicos en el 15,7%, seguido por los

partos instrumentados en un 12,9 % y la preeclampsia en el 5,7. En otro estudio llevado a cabo en el consultorio # 39 del policlínico Omar Ranedo Pubillones en el periodo comprendido desde el 1° de septiembre del 2008 al 31 de agosto del 2009, de las 238 mujeres encuestadas solamente 76 mujeres manifestaron haber tenido antecedentes obstétricos desfavorables con la mayor incidencia en la cesárea con un 42.2%, seguida del aborto con 18.4% y en un tercer lugar los embarazo de riesgo con 14.5% posteriormente el periodo intergenésico con un 13.2%.

Un factor de riesgo de alta trascendencia y que evidenció que las mujeres tenían un conocimiento no satisfactorio fue el de la edad intergenésica del último parto. Como es conocido cuando el período intergenésico es menor de 2 años se asocia a una estrecha relación con el bajo peso al nacer, más en multíparas y asociado a otros factores de riesgo, por lo que desde que la puerpera se capte en el consultorio de Medicina Familiar se debe explicarle que ella está susceptible para un nuevo embarazo e instruirle para que escoja un método anticonceptivo de forma que se aplazé la gestación. Es de resaltar que otra de las dimensiones donde el nivel de conocimientos fue no satisfactorio lo constituyó el de uso de anticonceptivos, algo que llama la atención, pues esta es una temática que ha tenido gran difusión en el país, y para la cual se han creado estrategias de intervención como el Programa de Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo en la adolescencia (ENIPLA), que después se ha constituido como el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Gracias a la dotación de anticonceptivos eficaces se puede ofrecer a la mujer la posibilidad de planificar ser madre en el momento más oportuno. Se debe tomar en cuenta que no todas las pacientes tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos, estos resultados concuerdan con otros que se han desarrollado en diversos contextos, por ejemplo en Argentina, se desarrolló una investigación con estudiantes del último año de Medicina y para el asombro de muchos, el 55 % de estos tenían falencias relacionadas con el tema y dentro de estos el mayor porcentaje lo constituían las mujeres. Sin embargo se debe tener cuidado al hacer comparación ya que son estudiantes de una carrera superior

En otra investigación llevada a cabo entre un grupo de mujeres en edad fértil en un centro de Salud de Albacete, España, solamente el 42,7 % de la población estudiada tenían conocimientos satisfactorios acerca de estos métodos y el método que más conocían era el del condón.

En Ecuador, en la última encuesta de ENSANUT, se evidenció que el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan los métodos anticonceptivos se elevó hasta el 80,1 %, en el año 2012, comparado con el 72,7 % que lo hacían en el 2004.

En cuanto a la dimensión del conocimiento relacionada con el concepto de riesgo preconcepcional, para los investigadores fue un hallazgo interesante el que predominara el conocimiento satisfactorio acerca del mismo en el 56 % de las mujeres entrevistadas. Teniendo en cuenta este resultado, se hace evidente que el trabajo a realizar con este grupo poblacional se puede ver facilitado por la concepción que tengan acerca del mismo. En varias de las investigaciones realizadas no se encontró que esta dimensión se hubiera explorado.

Relacionada con la dimensión peso ideal, se determinó que también las mujeres tenían conocimiento acerca de este factor de riesgo, pues 28 de las entrevistadas respondió satisfactoriamente, lo que constituye el 56 % del total. La necesidad de evaluar el estado nutricional de la gestante se ha convertido en una prioridad, debido a que en los últimos años numerosos estudios han demostrado la relación entre el estado nutricional materno con el peso bajo al nacer, incremento de la morbilidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de retraso psicomotor posterior, fundamentalmente en los países subdesarrollados y en los en vías de desarrollo. Es de gran importancia determinar el estado nutricional inicial de la madre ya que se utiliza para predecir el riesgo inicial de peso bajo al nacer y para determinar las recomendaciones en relación con la ganancia de peso materna durante el embarazo y la intervención nutricional requerida.

La prevalencia de desnutrición en mujeres gestantes se ha determinado en diferentes regiones del mundo, existiendo considerables variaciones de un lugar a otro: 75% en la India, 39,2% en Egipto, 25,0% en Viena y 12,3% en Adelaide. En Estados Unidos se han reportado cifras de 12 % en la ciudad de los Ángeles, 9,7% en San Francisco con prevalencias más altas (32,0%) cuando se trata de adolescentes. En Latinoamérica las cifras de desnutrición son variables: 20,0 % al inicio del embarazo en Chile y 39,1% en Dominicana. En Venezuela, la prevalencia de desnutrición en gestantes varía de 15,2% a 16,9%.

Según el Sistema Integrado de Indicadores sociales del Ecuador (SIISE), la desnutrición es uno de los principales problemas de salud en los países en desarrollo, que contribuye directamente a la mortalidad infantil y a rezagos en el crecimiento físico

y desarrollo intelectual de las personas. La frecuencia de desnutrición es un indicador de resultado que sirve para identificar grupos de intervención prioritarios de las políticas de salud y, específicamente, a niños/as con alto riesgo de muerte. Siendo un fiel reflejo del grado de desarrollo de un país es uno de los mejores instrumentos para describir la situación socio sanitaria de una población. Los factores que provocan esta situación incluyen la falta o desigual acceso a los alimentos, falta de disponibilidad o acceso de servicios de salud, inadecuada atención pre y post-natal, deficiencias educativas de adultos y menores y la dieta y costumbres alimenticias inapropiadas. Un elemento creciente tiene que ver con el consumo de alimentos industrializados poco nutritivos que compite, y a veces supera, el de alimentos tradicionales adecuados.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen un efecto directo sobre el embarazo, de ahí la importancia de que si estas se encuentran presentes en una mujer en edad fértil, debe estar bien controlada para que en el momento en que sea oportuno la mujer quede embarazada. Estas enfermedades durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de descompensación, porque a pesar de ser un acto fisiológico constituye una sobrecarga para el organismo que afecta todos los aparatos y sistemas del organismo lo cual trae efectos secundarios como son: la morbilidad materna y la mortalidad materna, perinatal o infantil. En este estudio se evidenció que las mujeres tenían conocimientos satisfactorios sobre las principales enfermedades crónicas no transmisibles que puede padecer una mujer, ya que 29 de ellas que corresponden al 58 % respondieron satisfactoriamente. Hay que señalar que el conocimiento que se evaluó fue el relacionado con cuáles eran las principales enfermedades crónicas y no la influencia de estas en el embarazo. En varios estudios realizados en otros países y en el Ecuador, lo que se describe es la presencia de estas enfermedades como factores de riesgo en la mujer ya embarazada, pero en ninguna se investigó acerca del conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil acerca de estas enfermedades.

En los estudios realizados y que fueron revisados para esta investigación, se evidenció que las principales ECNT que estuvieron presentes en las embarazadas fueron: La hipertensión arterial con 41.31% seguida de la diabetes mellitus con 29.35%, en el estudio sobre Factores de riesgo preconcepcional llevado a efecto en el Policlínico Omar Ranedo Pubillones, en el municipio El Salvador, provincia de Guantánamo en Cuba. Otra de las investigaciones revisadas señala que la principal ECNT encontrada en el grupo de mujeres estudiadas fue: el asma bronquial en el 15%, seguido por la

hipertensión arterial con un 7, 2 % y la diabetes mellitus en un 1,3 %, estos resultados fueron hallados en la investigación que se desarrolló en el Consejo Popular de Mamonal del municipio Majagua en la provincia de Ciego de Ávila, Cuba.

Relacionado con la dimensión hábitos tóxicos es también muy significativo que las mujeres entrevistadas tuvieran conocimientos satisfactorios sobre la misma, teniendo en cuenta que este es un factor de riesgo muy importante que influye directamente tanto en la mujer gestante como en el fruto de la concepción. Se evidenció que el 58 % de las entrevistadas tuvieron conocimientos satisfactorios sobre este factor de riesgo.

Las mujeres fumadoras o las no fumadoras pero que están expuestas al humo del tabaco, tienen mayor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, así como el mayor riesgo de contraer infecciones y otros problemas de salud como: Malformaciones congénitas como el labio leporino, el paladar hendido y malformaciones cardiacas. Otras como el riesgo de muerte súbita ya que se ha comprobado que los recién nacidos de madres fumadoras tienen el doble de riesgo de muerte blanca o muerte en la cuna.

Otro de los riesgos de fumar es que las madres fumadoras tienen menor probabilidad de amamantar y mayor probabilidad de amamantar por menor tiempo que las no fumadoras. Otra de las sustancias nocivas para la madre y el feto es el consumo del alcohol durante este período, pues este puede causar problemas físicos y de conducta para toda la vida en los niños, inclusive el síndrome de alcoholismo fetal. No se debe consumir tampoco drogas ilegales. El consumo de drogas ilegales puede dar como resultado recién nacidos con poco peso, defectos congénitos o síntomas de abstinencia después del nacimiento. En los estudios realizados en otros países como el llevado a cabo por Campbell MM en el policlínico Pasteur de la Ciudad de la Habana, se evidenció que un gran número de mujeres fumaban y tomaban café. En un estudio llevado a cabo en el Colegio Experimental Jacinto Collahuazo, del cantón Otavalo en la provincia de Imbabura, se evidenció que las adolescentes involucradas en el estudio no conocían acerca de los efectos nocivos que algunas sustancias pueden producir en la mujer y en el producto de su concepción, así solamente el 5 % del grupo de estudio conocía que el tabaco y el alcohol son factores de riesgo de este período.

Tabla 3 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según dimensiones de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.

Dimensiones	Conocimientos			
	N=50			
	No Satisfactorio		Satisfactorio	
	N°	%	N°	%
Edad adecuada para el embarazo	44	88,000	6	12,000
Antecedentes obstétricos desfavorables	32	64,000	18	36,000
Edad intergenésica del último parto	29	58,000	21	42,000
Uso de anticonceptivos	28	56,000	22	44,000
Concepto de riesgo preconcepcional	22	44,000	28	56,000
Peso ideal	22	44,000	28	56,000
Enfermedades crónicas y embarazo	21	42,000	29	58,000
Hábitos tóxicos y embarazo	21	42,000	29	58,000

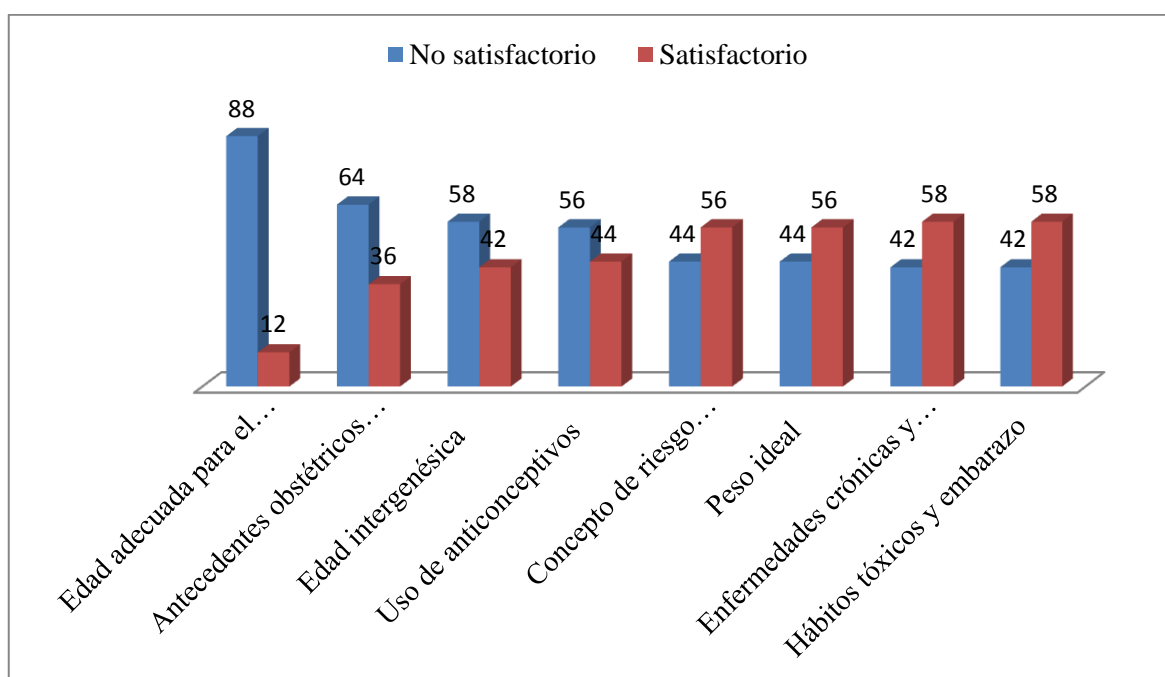


Figura 2 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según dimensiones de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.

Fuente: cuestionario

En la siguiente tabla 4 -4 se puede observar que no hubo ninguna correlación entre conocimiento y variables sociodemográficas.

En los múltiples estudios que se han revisado para esta investigación no se han encontrado otros de este tipo, en que se relacione el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional con variables sociodemográficas, sin embargo es necesario realizar algunos comentarios interesantes sobre los mismos.

En relación con la edad y los conocimientos es de todos conocido que a medida que la edad aumenta, los conocimientos de una persona deben incrementarse, pues además de que se tiene una mayor experiencia, se adquieren conocimientos en los estudios que se cursan y se aprende de las experiencias de sucesos que se presenten en el entorno familiar y social.

Ecuador, es un país multiétnico y multicultural, por lo que la presencia de varias etnias es muy frecuente en cualquier localidad del país. En el estudio que se realizó, sin embargo, solamente estuvieron representados dos autoidentificaciones étnicas: la mestiza, que predominó en el 82 % de los casos y la indígena en el 18 %. Este es un factor sociodemográfico que puede influir en el conocimiento de determinadas áreas del saber aunque en este caso no se encontró asociación estadísticamente significativa, pero hay que señalar que la etnia indígena se ha demostrado en otros estudios que debido a sus creencias y cultura tienen menos información acerca del tema, ya que se considera un tabú los aspectos relacionados con el embarazo.

Aunque en esta investigación tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional y el estado civil, es importante acotar que el tener una relación estable permite a la mujer tener mejores condiciones socioeconómicas y además menos complicaciones psicológicas. En investigaciones llevadas a cabo en otros países cabe resaltar la que se desarrolló en el Hospital clínico de Santiago de Chile por Salinas Portillo en el año 2009, donde se constató que el mayor porcentaje de mujeres que tenían conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional eran casadas en un 38 % de la muestra estudiada y en menor porcentaje las divorciadas con un 4 % y las viudas con un 2 %.

Una importante variable sociodemográfica que se ha demostrado tiene una relación significativa con el conocimiento es la del nivel cultural, sin embargo en nuestro estudio esto no se comportó de esta manera. El nivel de escolaridad es importante, si se tiene en cuenta criterio al respecto de otros autores como Matos,S; Rodríguez, Ferrá R, Santana

R y Sosa Uria D que plantean que un insuficiente desarrollo intelectual tiene gran influencia para la comprensión y seguimiento por parte de las mujeres con factores de riesgo reproductivo y decidan embarazarse.

Los servicios de educación con que cuenta la población están cargados de barreras económicas, culturales, geográficas y lingüísticas por lo que toda la población no está dotada del conocimiento necesario para enfrentar o conocer los factores de riesgo. Otros estudios, desarrollados en Bolivia, reportan resultados similares.

A criterio de los autores la instrucción deficiente o insuficiente desarrollo intelectual, trae consigo una influencia indirecta de la comprensión y seguimiento de las orientaciones médicas y como efectos que se le atribuyen a los embarazo de madres con bajo nivel cultural está la letalidad fetal, coincidiendo con los doctores Salinas Portillo, Hugo. En su trabajo: Salud Reproductiva. En el Hospital Clínico de la Universidad de Santiago de Chile en el año 2009.

Además la educación es un derecho humano fundamental y un requisito indispensable para avanzar por la senda del desarrollo ya que mayores niveles de educación son necesarios para que las mujeres puedan acudir a mejorar su empleo, lograr mayor autonomía económica, incrementar su capacidad de decisión sobre diferentes aspectos de su vida, de su hogar y de la sociedad.

Otra de las variables sociodemográficas que se correlacionaron en el presente estudio fue el de ocupación de la mujer en edad fértil. No se encontró tampoco relación estadísticamente significativa entre las variables conocimiento y ocupación. Sin embargo, hay que reconocer que la mujer que se encuentra incorporada a la vida laboral posee mayores posibilidades para conocer de varios aspectos relacionados tanto con la vida social como con la salud. En Ecuador, aún el machismo es una secuela de anteriores sistemas sociales por lo que la mayor parte de las mujeres, incluso teniendo un nivel educacional alto no se incorporan a trabajar y se quedan como amas de casa. Además la discriminación social por género todavía es un fenómeno que se presenta en el país y se prefiere dar ocupación a los hombres más que a las mujeres. Esta situación presente en el país es similar a la que se presenta en otros países de América Latina y África.

El nivel socioeconómico que tenga una persona en determinada sociedad está relacionado directamente con el conocimiento que se tenga acerca de una problemática determinada. En el presente estudio predominó el nivel socioeconómico regular en el 72

% de las mujeres, lo que está muy relacionado con el área donde se realizó el estudio, que es un barrio urbano, donde la clase trabajadora es la que predomina y por tanto el nivel de ingreso per cápita familiar no es muy alto. El nivel socioeconómico elevado está asociado a mayor acceso a estudios de nivel superior y por ende a una mayor oportunidad para la adquisición de conocimientos. En esta investigación no se encontró asociación estadísticamente significativa entre esta variable y el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional que tenían las mujeres entrevistadas. El nivel socioeconómico bajo está también asociado al riesgo de tener recién nacidos bajo peso y/o pretérmino, con o sin afectación del desarrollo fetal.

En un estudio llevado a cabo en el Área de Salud Sur del municipio de Florencia, en la provincia de Camagüey en Cuba, se evidenció que el 11,1 % de las mujeres que tenían un conocimiento no satisfactorio acerca de factores de riesgo preconcepcional tenían una situación económica no favorable, lo que concuerda con esta investigación.

Tabla 4 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento						p
	No Satisfactorio N=38		Satisfactorio N=12		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	13	34,211	4	33,333	17	34,000	1
25-34 años	20	52,632	6	50,000	26	52,000	
35-45 años	5	13,158	2	16,667	7	14,000	
Etnia							
Mestizo	30	78,947	11	91,667	41	82,000	0,425
Indígena	8	21,053	1	8,333	9	18,000	
Estado civil							
Soltera	10	26,316	2	16,667	12	24,000	0,583
Casada	16	42,105	4	33,333	20	40,000	
Unión estable	11	28,947	5	41,667	16	32,000	
Divorciada	1	2,632	1	8,333	2	4,000	
Escolaridad							
Alfabeta	1	2,632	1	8,333	2	4,000	0,747
Primaria	13	34,211	5	41,667	18	36,000	
Bachiller	20	52,632	5	41,667	25	50,000	
Superior	4	10,526	1	8,333	5	10,000	
Ocupación							
Ama de casa	19	50,000	6	50,000	25	50,000	0,829
Trabajadora	12	31,579	3	25,000	15	30,000	
Estudiante	7	18,421	3	25,000	10	20,000	
Nivel económico							
Bueno	4	10,526	2	16,667	6	12,000	0,87
Regular	28	73,684	8	66,667	36	72,000	
Malo	6	15,789	2	16,667	8	16,000	

En la tabla 5 -4 se puede observar que existió una relación significativa entre el conocimiento de concepto de riesgo preconcepcional y la etnia ($p=0,030$).

En las diversas investigaciones que se han revisado para poder efectuar esta discusión no se ha encontrado ninguna en la que se haya estudiado la misma, pues como se refirió en otro momento, la dimensión concepto de riesgo reproductivo preconcepcional no se ha valorado en ninguna otra de las que se han consultado.

Sin embargo, a criterio de los investigadores es de gran importancia que la población en la que se realizó el estudio tenga un conocimiento satisfactorio de este concepto, pues de esa manera será más fácil llevar a cabo un programa de intervención para mejorar..

Tabla 5 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre concepto de riesgo preconcepcional. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No Satisfactorio N=22		Satisfactorio N=28		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	8	36,364	9	32,143	17	34,000	0,793
25-34 años	12	54,545	14	50,000	26	52,000	
35-45 años	2	9,091	5	17,857	7	14,000	
Etnia							
Mestizo	21	95,455	20	71,429	41	82,000	0,030
Indígena	1	4,545	8	28,571	9	18,000	
Estado civil							
Soltera	5	22,727	7	25,000	12	24,000	0,936
Casada	8	36,364	12	42,857	20	40,000	
Unión estable	8	36,364	8	28,571	16	32,000	
Divorciada	1	4,545	1	3,571	2	4,000	
Escolaridad							
Alfabeta	0	0,000	2	7,143	2	4,000	0,611
Primaria	7	31,818	11	39,286	18	36,000	
Bachiller	12	54,545	13	46,429	25	50,000	
Superior	3	13,636	2	7,143	5	10,000	
Ocupación							
Ama de casa	13	59,091	12	42,857	25	50,000	0,312
Trabajadora	4	18,182	11	39,286	15	30,000	
Estudiante	5	22,727	5	17,857	10	20,000	
Nivel económico							
Bueno	1	4,545	5	17,857	6	12,000	0,247
Regular	16	72,727	20	71,429	36	72,000	
Malo	5	22,727	3	10,714	8	16,000	

En la tabla 6 -4 se observa que el conocimiento sobre período intergenésico no tuvo ninguna relación con las características sociodemográficas.

A pesar de los resultados encontrados es de gran importancia resaltar que el periodo intergenésico corto es muy frecuente en la población en estudio, pues según el Análisis de la Situación de Salud efectuado durante el año 2014 por Cáceres Cabrera A, el tiempo que media entre un embarazo y otro en la mayoría de las mujeres de este barrio es de un año. Es de esta manera que hay que concienciar a las mismas para que este período de recuperación en la madre se prolongue hasta después de los dos años y así obtener un producto de la concepción con mejores condiciones de salud.

Tabla 6 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre período intergenésico. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No Satisfactorio N=29		Satisfactorio N=21		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	9	31,0	8	38,1	17	34,0	0,492
25-34 años	17	58,6	9	42,9	26	52,0	
35-45 años	3	10,3	4	19,0	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	22	75,9	19	90,5	41	82,0	0,271
Indígena	7	24,1	2	9,5	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	7	24,1	5	23,8	12	24,0	0,830
Casada	13	44,8	7	33,3	20	40,0	
Unión estable	8	27,6	8	38,1	16	32,0	
Divorciada	1	3,4	1	4,8	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	3,4	1	4,8	2	4,0	0,668
Primaria	9	31,0	9	42,9	18	36,0	
Bachiller	15	51,7	10	47,6	25	50,0	
Superior	4	13,8	1	4,8	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	16	55,2	9	42,9	25	50,0	0,558
Trabajadora	7	24,0	8	38,1	15	30,0	
Estudiante	6	20,7	4	19,0	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	3	10,3	3	14,3	6	12,0	0,729
Regular	22	75,9	14	66,7	36	72,0	
Malo	4	13,8	4	19,0	8	16,8	

En la siguiente tabla se puede observar que las características sociodemográficas no presentaron ningún tipo de relación con el conocimiento sobre edad adecuada de embarazo. Estos resultados no se pueden comparar con otras investigaciones llevadas al efecto pues en ninguna de ellas se habían propuesto establecer esta correlación.

Es menester señalar que el grupo de edad más representado en la investigación fue el de mujeres adultas jóvenes (que incluye el grupo de 25-34 años) un total de 26 mujeres que representan el 52 %, que es donde se debe estimular que ocurra el embarazo, pues ya el organismo femenino se encuentra en completo estado de desarrollo biológico y la mujer tiene las características psíquicas adecuadas para enfrentar el mismo.

Tabla 7 -4. Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre edad adecuada de embarazo. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No Satisfactorio N=44		Satisfactorio N=6		Total N=50		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edades							
15-24 años	16	36,4	1	16,7	17	34,0	0,325
25-34 años	23	52,3	3	50,0	26	52,0	
35-45 años	5	11,4	2	33,3	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	36	81,8	5	83,3	41	82,0	0,707
Indígena	8	18,2	1	16,7	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	10	22,7	2	33,3	12	24,0	0,299
Casada	18	40,9	2	33,3	20	40,0	
Unión estable	15	34,1	1	16,7	16	32,0	
Divorciada	1	2,3	1	16,7	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	2,3	1	16,7	2	4,0	0,338
Primaria	15	34,1	3	50,0	18	36,0	
Bachiller	23	52,3	2	33,3	25	50,0	
Superior	5	11,4	0	0,0	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	23	52,3	2	33,3	25	50,0	0,631
Trabajadora	13	29,5	2	33,3	15	30,0	
Estudiante	8	18,2	2	33,3	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	5	11,4	1	16,7	6	12,0	0,632
Regular	31	70,5	5	83,3	36	72,0	
Malo	8	18,2	0	0,0	8	16,8	

En la tabla 8 -4 se puede observar que existió correlación estadísticamente significativa entre la dimensión del conocimiento hábitos tóxicos y estado civil ($p=0,018$). Como se ha señalado anteriormente no se han encontrado otras investigaciones que se hayan establecido como objetivo el comprobar esta asociación, pero es muy importante que las mujeres tengan conocimiento satisfactorio sobre los hábitos tóxicos que pueden influir en el embarazo y en el recién nacido. El estado civil al parecer en esta investigación se ha correlacionado con el conocimiento sobre esta dimensión pues el mayor porcentaje de las mujeres entrevistadas tenían una relación estable, lo que determina que tengan una estabilidad psíquica y emocional que les permite reconocer el efecto deletéreo que tienen los hábitos tóxicos en este periodo de la vida.

Otra de las correlaciones que se evidenció a través de las pruebas estadísticas utilizadas fue el del conocimiento sobre hábitos tóxicos y la ocupación ($p=0,018$), lo cual no se ha encontrado en las revisiones efectuadas sobre el tema. Es cierto que la ocupación tiene una gran relación con los conocimientos pues las mujeres que se desempeñan como trabajadoras tienen mayor acceso a informaciones que se brindan a través de los medios de comunicación y además en el intercambio de ideas que se produce en el ámbito laboral. Además hay que señalar que las amas de casa si bien, no tienen la facilidad para el intercambio de información con otras mujeres, dedican gran tiempo en la casa a ver televisión y escuchar la radio, a través de los cuales se trasmite información importante relacionada con hábitos tóxicos que pueden incidir en el embarazo.

Por último en esta tabla se evidenció la relación estadísticamente significativa entre la dimensión del conocimiento hábitos tóxicos y el nivel económico de la mujer ($p=0,001$), que al igual que en los comentarios anteriores no se ha evidenciado esta relación en estudios consultados para realizar esta discusión. Como se ha señalado en tablas comentadas anteriormente, el nivel económico influye en la adquisición de conocimientos en la población, pues mientras más elevado sea este, el acceso a los medios más modernos de la comunicación como las nuevas tecnologías de la información es mucho mayor y por supuesto mayores posibilidades para el ingreso a la educación superior

Tabla 8 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre hábitos tóxicos. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento					Total N=50 %	P
	No Satisfactorio N=21		Satisfactorio N=29		N°		
	N°	%	N°	%			
Grupos de edades							
15-24 años	9	42,9	8	27,6	17	34,0	0,262
25-34 años	11	52,4	15	51,7	26	52,0	
35-45 años	1	4,8	6	20,7	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	16	76,2	25	86,2	41	82,0	0,464
Indígena	5	23,8	4	13,8	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	1	4,8	11	37,9	12	24,0	0,018
Casada	9	42,9	11	37,9	20	40,0	
Unión estable	10	47,6	6	20,7	16	32,0	
Divorciada	1	4,8	1	3,4	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	4,8	1	3,4	2	4,0	0,546
Primaria	9	42,9	9	31,0	18	36,0	
Bachiller	8	38,1	17	58,6	25	50,0	
Superior	3	14,3	2	6,9	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	15	71,4	10	34,5	25	50,0	0,018
Trabajadora	5	23,8	10	34,5	15	30,0	
Estudiante	1	4,8	9	31,0	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	1	4,8	5	17,2	6	12,0	0,001
Regular	12	57,1	24	82,8	36	72,0	
Malo	8	38,1	0	0,0	8	16,8	

En la tabla 9 -4 podemos ver que las características sociodemográficas no presentaron ningún tipo de relación con el conocimiento sobre enfermedades crónicas.

En un estudio realizado en el Consultorio Independencia del municipio de Barinas, en el estado del mismo nombre, en Venezuela durante el año 2011, Hourrutinier Masó Jorge, encontró que en la investigación llevada al efecto sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres estudiadas, prevaleció la hipertensión arterial como principal enfermedad crónica que tenían las mismas, en 36 que correspondían al 29 %, seguida por el asma bronquial en 22 mujeres para el 23, 3 %.

La autora de la investigación considera que es muy importante el conocimiento acerca de estas entidades pues es conocido que se asocian a una alta morbilidad materno-fetal cuando la mujer se embaraza y las padece y no recibe la atención necesaria para su control.

Algunos autores como Shulman, Vickie MD; Elizabeth Alderman, MD han encontrado que el Asma Bronquial conlleva un significativo riesgo de bajo peso al nacer. Lesept Legret, O 2012 y otros concluyeron una revisión reciente donde refieren que los ataques agudos de Asma constituyen un peligro para la oxigenación fetal y que el control deficiente de este padecimiento está asociado a la hipertensión arterial de origen gestacional a preeclampsia, la hemorragia uterina; así como a mayor frecuencia de cesárea, parto pretérmino, crecimiento uterino retardado y bajo peso al nacer.

Tabla 9 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre enfermedades crónicas. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No Satisfactorio N=21		Satisfactorio N=29		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	7	33,3	10	34,5	17	34,0	1,000
25-34 años	11	52,4	15	51,7	26	52,0	
35-45 años	3	14,3	4	13,8	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	17	81,0	24	82,8	41	82,0	1,000
Indígena	4	19,0	5	17,2	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	5	23,8	7	24,1	12	24,0	1,000
Casada	8	38,1	12	41,4	20	40,0	
Unión estable	7	33,3	9	31,0	16	32,0	
Divorciada	1	4,8	1	3,4	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	4,8	1	3,4	2	4,0	0,205
Primaria	9	42,9	9	31,0	18	36,0	
Bachiller	11	52,4	14	48,3	25	50,0	
Superior	0	0,0	5	17,2	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	12	57,1	13	44,8	25	50,0	0,653
Trabajadora	5	23,8	10	34,5	15	30,0	
Estudiante	4	19,0	6	20,7	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	3	14,3	3	10,3	6	12,0	0,729
Regular	14	66,7	22	75,9	36	72,0	
Malo	4	19,0	4	13,8	8	16,8	

En la siguiente tabla 10 -4 se puede observar que existió una relación estadísticamente significativa entre la dimensión conocimiento sobre peso ideal y grupos de edades ($p=0,019$), lo cual no se ha descrito en otras investigaciones,

El peso ideal antes de comenzar un embarazo es de gran importancia para que este transcurra sin problemas. Es de todos conocido que un bajo peso al momento de la captación del embarazo se asocia a recién nacidos con bajo peso al nacer y anemia en la madre. Por su parte el sobrepeso y la obesidad se suelen asociar a diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia y alteraciones al momento del parto.

El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Hay pruebas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional y la talla de la madre antes del embarazo.

La importancia de la nutrición materna en el transcurso del embarazo ha sido demostrada, con amplitud aunque la mayor parte de los esfuerzos en los países en vía de desarrollo se han orientado a analizar la relación con el déficit de peso materno. La creciente epidemia de obesidad existente en la población femenina, pone a los expertos a realizar estudios sobre el aumento exagerado de peso, donde se presentan diversos problemas asociados. En la mayor parte de revisiones la ganancia de peso gestacional contribuyó a explicar que el peso inicial determina una fracción importante de los riesgos asociados a la obesidad

En el análisis realizado para esta investigación se han encontrado varias publicaciones que han considerado el peso ideal como un factor de riesgo preconcepcional, así en el trabajo llevado a cabo en Perú por la investigadora Alvino Mamani Jaclyn Lauren, 2015 relacionada con factores de riesgo preconcepcional en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que el 23,3 % de las mismas tenían sobrepeso y un 9,6 % de obesidad.

Una investigación que se desarrolló en el Hospital Isidro Ayora, en Loja, por Masache P, J, 2011 con adolescentes embarazadas que acudían al Servicio de Atención integral

de adolescentes de este centro hospitalario se identificó que el 14,2% tenían sobrepeso y el 28,8% estaban desnutridas.

Otra investigación llevada a cabo por Ardevol C. D y otros en el 2011 en el Hospital Amalia Simoni, del municipio de Florida en la provincia Camagüey en Cuba, relacionada con labor educativa con mujeres que tenían riesgo preconcepcional, se encontró que el 15,6 % de las mujeres se encontraban desnutridas y el 12,4 % eran obesas.

Tabla 10 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre peso ideal. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento				Total		P
	No Satisfactorio N=22		Satisfactorio N=28		N=50		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grupos de edades							
15-24 años	7	31,8	10	35,7	17	34,0	0,019
25-34 años	15	68,2	11	39,3	26	52,0	
35-45 años	0	0,0	7	25,0	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	17	77,3	24	85,7	41	82,0	0,481
Indígena	5	22,7	4	14,3	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	4	18,2	8	28,6	12	24,0	0,199
Casada	7	31,8	13	46,4	20	40,0	
Unión estable	9	40,9	7	25,0	16	32,0	
Divorciada	2	9,1	0	0,0	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	4,5	1	3,6	2	4,0	0,883
Primaria	8	36,4	10	35,7	18	36,0	
Bachiller	10	45,5	15	53,6	25	50,0	
Superior	3	13,6	2	7,1	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	12	54,5	13	46,4	25	50,0	0,652
Trabajadora	5	22,7	10	35,7	15	30,0	
Estudiante	5	22,7	5	17,9	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	2	9,1	4	14,3	6	12,0	0,598
Regular	15	68,2	21	75,0	36	72,0	
Malo	5	22,7	3	10,7	8	16,8	

En la tabla 11 -4 se puede observar que el conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos no tiene ninguna relación con las características sociodemográficas.

En la tabla 11 se puede observar que el conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos no tuvo ninguna correlación estadísticamente significativa con las características sociodemográficas, aunque un estudio llevado a cabo en Ecuador por el Instituto Nacional de Censo y Estadísticas (INEC) relacionó que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos se correspondía con factores sociodemográficos, pero no se aplicó prueba estadística para verificar esta correlación.

El uso de métodos anticonceptivos en Ecuador ha tenido una evolución favorable según se constata en la investigación llevada a cabo por el INEC, donde el (92,5)% de mujeres en edad fértil tenían conocimiento sobre la planificación familiar y el porcentaje restante desconoce sobre esta práctica.

El conocimiento sobre la metodología de la Planificación Familiar no necesariamente implica el uso de la misma. La relación de las variables Conoce sobre Métodos Anticonceptivos por Nivel de Instrucción mostró que el porcentaje asciende a medida que las mujeres avanzan en su nivel de instrucción, así, el porcentaje más alto se ubica en aquellas mujeres con nivel de instrucción Superior con un (99,2%). El porcentaje mayor de desconocimiento sobre estos métodos recae en las mujeres cuyo nivel de instrucción es Ninguno. El efecto directo de la instrucción sobre la probabilidad del no uso del método no debe ser descartado ya que la educación junto con otros factores socioeconómicos tienen un mayor efecto explicativo de manera que las mujeres analfabetas que viven en las condiciones sociales y económicas más pobres resultan ser las que tienen la mayor probabilidad de no haber practicado nunca la anticoncepción. Se señala que el analfabetismo permanece como una variable de pronóstico de no uso de los métodos anticonceptivos.

En la propia investigación se evidenció que por Grupos de Edad, los porcentajes de conocimiento de los métodos anticonceptivos que engloba al total de todos los niveles de instrucción recae en los grupos de 25 a 39 (96,0%) y de 40 a 49 años (93,1%); este porcentaje es menor en el grupo de 15 a 24 años (88,1%). El mayor porcentaje (11,9%) de desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos y que engloba a todos los niveles de instrucción se observa en el grupo de mujeres de entre los 15 a 24 años.

Los mayores porcentajes de conocimiento del Método de Anticoncepción se observa en los grupos étnicos Afroecuatoriano, Blanco, Mestizo, y el menor en la población indígena siendo relevante el desconocimiento de esta práctica (34,7%).

Según quintiles de Ingreso en el medio social influyen factores de distinta índole como es el económico que permite tener acceso a recursos necesarios que satisfacen las necesidades fundamentales alcanzando niveles aceptables de bienestar en la salud, educación, alimentación, seguridad y la integración social, entre ellos, el acceso al Uso de los Métodos de Planificación Familiar. El conocimiento no necesariamente indica que él o los métodos sean usados por las mujeres; pero sí constituye un estímulo para la planificación familiar en comparación con las mujeres que no trabajan o no perciben ningún ingreso, las cuales tienen mayores porcentajes de desconocimiento de estos métodos.

Tabla 11 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento				Total		P
	No Satisfactorio N=32		Satisfactorio N=28		N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	8	25,0	9	50,0	17	34,0	0,151
25-34 años	20	62,5	6	33,3	26	52,0	
35-45 años	4	12,5	3	16,7	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	25	78,1	16	88,9	41	82,0	0,459
Indígena	7	21,9	2	11,1	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	7	21,9	5	27,8	12	24,0	0,526
Casada	15	46,9	5	27,8	20	40,0	
Unión estable	9	28,1	7	38,9	16	32,0	
Divorciada	1	3,1	1	5,6	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	3,1	1	5,6	2	4,0	0,781
Primaria	13	40,6	5	27,8	18	36,0	
Bachiller	15	46,9	10	55,8	25	50,0	
Superior	3	9,4	2	11,1	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	16	50,0	9	50,0	25	50,0	0,130
Trabajadora	12	37,5	3	16,7	15	30,0	
Estudiante	4	12,5	6	33,3	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	4	12,5	2	11,1	6	12,0	0,892
Regular	22	68,8	14	77,8	36	72,0	
Malo	6	18,8	2	11,1	8	16,8	

En la tabla 12 -4 se observa que el conocimiento sobre antecedentes obstétricos no tiene ninguna relación con las características sociodemográficas.

En un estudio realizado en Cuba en el 2001 sobre riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar, el 52 % de la muestra tenía nivel de conocimiento bajo sobre sus factores de riesgo dentro de ellos estaba el conocimiento sobre antecedentes obstétricos, los cuales coinciden con este estudio al tener un nivel no satisfactorio, sin embargo no hubo estudios de correlación con variables sociodemográficas, 6 meses después se observó un incremento en el nivel de conocimientos donde predominó la evaluación de bueno en el 60 % de los casos.

Tabla 12 -4: Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre antecedentes obstétricos desfavorables. Lourdes, enero - junio 2016.

Características sociodemográficas	Conocimiento				Total N=50		Fisher	P
	No Satisfactorio N=32		Satisfactorio N=18					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Grupos de edades								
15-24 años	8	25,0	9	50,0	17	34,0	4,182	0,151
25-34 años	20	62,5	6	33,3	26	52,0		
35-45 años	4	12,5	3	16,7	7	14,0		
Etnia								
Mestizo	25	78,1	16	88,9	41	82,0	0,459	
Indígena	7	21,9	2	11,1	9	18,0		
Estado civil								
Soltera	7	21,9	5	27,8	12	24,0	2,182	0,526
Casada	15	46,9	5	27,8	20	40,0		
Unión estable	9	28,1	7	38,9	16	32,0		
Divorciada	1	3,1	1	5,6	2	4,0		
Escolaridad								
Alfabeta	1	3,1	1	5,6	2	4,0	1,336	0,781
Primaria	13	40,6	5	27,8	18	36,0		
Bachiller	15	46,9	10	55,8	25	50,0		
Superior	3	9,4	2	11,1	5	10,0		
Ocupación								
Ama de casa	16	50,0	9	50,0	25	50,0	3,997	0,130
Trabajadora	12	37,5	3	16,7	15	30,0		
Estudiante	4	12,5	6	33,3	10	20,0		
Nivel económico								
Bueno	4	12,5	2	11,1	6	12,0	0,571	0,892
Regular	22	68,8	14	77,8	36	72,0		
Malo	6	18,8	2	11,1	8	16,8		

CAPITULO V

5. PROPUESTA

5.1 Fundamentos

La fundamentación de una estrategia de intervención educativa se la realiza desde el punto de vista filosófico, sociológico y psicológico las cuales deben unirse para sustentarla. Si se habla sobre el punto de vista filosófico se parte por que el hombre es un ser social que se desarrolla por las relaciones dialécticas. En cuanto a la parte sociológica se dice que el hombre es producto del desarrollo de la cultura que el mismo va creando dando lugar a la relación existente entre educación – cultura – sociedad, la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. La perspectiva psicológica asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica.

La estrategia educativa busca correlacionar los aspectos antes mencionados, luego de identificar un problema que afecta a una determinada población, se crea mediante una planificación un programa que enseñe y eduque al sector afectado mediante temas específicos dirigidos a la mejor comprensión de la situación con el fin de crear un aprendizaje que repare el problema existente y que a la final cree un impacto con el cambio de conductas de manera positiva

Se asume que el tema de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil es hoy un importante problema de salud, por la relación que guarda con los indicadores de morbimortalidad materno-infantil en el país, a pesar de que varios programas implementados durante estos años han abordado el tema para disminuir los mismos principalmente el de la muerte materna.

Una vez que se realizó el análisis de los resultados obtenidos a través de la entrevista diseñada como instrumento investigativo se logró llegar a un diagnóstico de la situación inicial.

Diagnóstico educativo:

El conocimiento no satisfactorio que tienen las mujeres en edad fértil del barrio de Lourdes acerca de los factores de riesgo preconcepcional.

Objetivo general: Incrementar los conocimientos acerca del riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del barrio Lourdes.

Objetivos específicos:

- Explicar la importancia de un periodo intergenésico adecuado para el logro de un embarazo exitoso.
- Elevar el conocimiento relacionado con la edad óptima para que la mujer se embarace.
- Reconocer los principales antecedentes obstétricos desfavorables que complican el embarazo.
- Identificar los principales métodos anticonceptivos que son utilizados para la planificación familiar en la Atención Primaria de Salud.

La estrategia de intervención contempló la organización de la muestra en 2 grupos (25 integrantes en cada uno) y la ejecución de las sesiones de trabajo (16 horas al mes, distribuidas en 2 frecuencias por semana: miércoles en las tardes y sábado en las mañanas), con un total de 28 horas de capacitación. Se utilizarán técnicas participativas, tales como: tormentas de ideas, clases de grupo, pancartas, laminarias y videos relacionados con el tema.

Estrategia:

Esta estrategia estará realizada en base acciones instructivo – educativas para enseñar de forma organizada y responsable sobre el tema en discusión de manera que los participantes aprendan lo esencial sobre factores de riesgo preconcepcional dentro del tiempo acordado y al finalizar se aplicara una evaluación para ver el cumplimiento de los objetivos. El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS.

Se aplicará métodos de enseñanza activos de manera que se adquiera capacidades individuales y grupales de manera consciente y participativa

La forma docente empleada será el taller. Se tendrá en cuenta que el lugar de la reunión sea accesible y adecuado para todos, así como la fecha y hora que se establezca deberá ser acordada previamente con las integrantes.

Todo los contenidos se presentarán de forma dinámica, sencilla, sin dejar de incluir todos los elementos necesarios para su comprensión, estimulando la realización de preguntas para erradicar las dudas existentes o profundizar en algunos aspectos, se establecerá prácticas tomando en cuenta las nociones culturales de las mujeres participantes a través de “aprender haciendo”, motivándolas para lograr un cambio de actitud.

El material didáctico empleado serán diapositivas, transparencias, láminas y videos y se utilizarán técnicas que permitan actuar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual de los individuos.

Actividades:

Se organizan los grupos en función de los objetivos mediante una adecuada coordinación de los recursos y contenidos, seleccionando de forma correcta las técnicas, espacios y medios con el fin de que el mensaje llegue en este proceso educativo en concordancia con lo planificado.

Recursos:

Este será seleccionado en función de las actividades, los medios didácticos o los soportes para el aprendizaje, más aptos para las mujeres que serán parte de esta estrategia.

Cronograma:

Se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas siempre y cuando se tome en cuenta la opinión de las participantes para adecuar un horario al cual puedan asistir

Sistema de evaluación:

1. Evaluación de resultados: Se realizará tipo test –post test, utilizando el mismo instrumento con el cual se realizó el diagnóstico inicial. Se aplicará 15 días luego de la última capacitación.
2. Evaluación de actividades: Se realizará al final de cada sección mediante la técnica PNI (lo positivo, lo negativo y lo interesante) de Edward de Bono, así como otras que sean pertinentes.
3. Evaluación de proceso: Se realizará en el último encuentro del curso taller, se aplicará una encuesta que incluirá los aspectos relacionados con el análisis y cumplimiento de los objetivos propuestos, el cumplimiento de la planificación

(cronograma y tareas previstas para cada fase), adecuado uso de los recursos y técnicas empleadas.

Para poder verificar cambios y poder efectuar la evaluación, pueden ser cualitativos, cuantitativos, de conocimientos, actitudes o prácticas, en general de todo tipo siempre que respondan a los objetivos trazados. Los indicadores deben ser alcanzables, formulados de forma tal que permitan medir el cambio, ser sencillos y medir el cambio que demanda el objetivo. Identificar indicadores claves.

Presentación del programa

Para el desarrollo del programa se prevén cinco encuentros, con una periodicidad semanal, pueden desarrollarse en una o más sesiones de varias horas de duración (entre 1 y 2 horas cada sesión) en dependencia de la complejidad y extensión de los objetivos a lograr.

Se utilizarán métodos activos que propicien el protagonismo, la toma de decisiones y el compromiso con la tarea, por lo que deben emplear situaciones dilemáticas y asignarse roles y tareas individuales y grupales, propiciando la aceptación de la diversidad y del criterio ajeno (alteridad) en un ambiente de fraternidad, se estimula la actividad creadora y la independencia, que promuevan a los participantes a presentar sus ejercicios con iniciativas, sugiriéndose aplicar técnicas de animación para restablecer la capacidad de trabajo y la atención.

Los estilos de comunicación utilizados por el coordinador, deben estar orientados hacia la participación social, la cual se considera fundamental para los procesos de desarrollo comunitario y en la atención primaria de salud, es un requisito previo esencial para que los individuos y las familias asuman la responsabilidad de desarrollar el bienestar y la propia salud de la comunidad.

Por lo que constituye un elemento indispensable a tener en cuenta para el diseño de talleres que contribuyan a incrementar el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del barrio Lourdes, durante el período de septiembre a diciembre del 2016.

Para su realización se tendrá en cuenta las condiciones de infraestructura que permitan un desarrollo de los talleres según los fines previsto. El local en el que se trabaje debe reunir los siguientes requisitos: espacioso, ventilado y con iluminación adecuada,

factores que permiten la correcta interacción entre los participantes de los talleres. Se debe tener en cuenta la privacidad del local, para que no puedan ser interrumpidos y evitar distracciones por ruidos o sonidos del exterior.

Las sillas serán dispuestas en círculo, lo más cerca posible, se incluye en el grupo al facilitador. Esta estructura permite un ambiente afectivo para los sujetos, y logra un clima de trabajo favorable mediante la cercanía física y la disposición de visibilidad entre los participantes.

En general los talleres se caracterizan por incrementar el conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil, mediante la utilización de métodos de elaboración conjunta, demostración y el método expositivo, con la ayuda de las técnicas de apertura y cierre del taller, las cuales motivan la actividad logrando la retroalimentación de las vivencias y opiniones de los participantes, al finalizar se realizará un taller de cierre donde se evaluarán los conocimientos impartidos en los talleres, para comprobar la adquisición de conocimientos en las mujeres en edad fértil sobre factores de riesgo preconcepcional.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA.

Título: Los factores de riesgo preconcepcional. Su planificación y control para lograr un embarazo seguro.

Objetivo General: Incrementar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del barrio Lourdes.

Dirigido a: mujeres en edad fértil del barrio Lourdes.

Horas totales: 28 horas

Responsables: Dra. Adriana del Carmen Cáceres Cabrera.

Centro de salud: ESPOCH - Lizarzaburu.

Recursos: computadoras, videos, pizarrón, carteles, textos e infocus.

Forma organizativa docente: conferencias y talleres.

Métodos: métodos activos de enseñanza.

PLAN TEMÁTICO

Tema 1: Introducción al programa educativo.

Objetivos: Estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

Tema 2: Los factores de riesgo preconcepcional

Objetivos: Identificar los principales factores de riesgo preconcepcional y su relación con las complicaciones del embarazo.

Tema 3: El periodo intergenésico entre embarazos. Su importancia para la consecución de un embarazo normal.

Objetivos: Explicar la influencia del periodo intergenésico en el embarazo.

Tema 4: La edad óptima para embarazarse.

Objetivos: Reconocer la edad óptima para que las mujeres se embaracen y el riesgo de que esto ocurra en edades extremas.

Tema 5: Los antecedentes obstétricos desfavorables como factor de riesgo preconcepcional.

Objetivo: Explicar la influencia de los antecedentes obstétricos desfavorables para los embarazos subsiguientes.

Tema 6: Los métodos anticonceptivos para una correcta planificación familiar.

Objetivo: Identificar los principales métodos anticonceptivos que existen en Ecuador.

Tema 7: Taller de consolidación.

Objetivo: Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

Tabla 1-5: Distribución de actividades para la estrategia de intervención educativa

Tema	Forma organizativa de la estrategia	Horas	Responsable
Sesión 1: Introducción a la estrategia educativa	Taller	2	Md Adriana Cáceres
Sesión 2: Factores de riesgo preconcepcional	Taller	2	Md Adriana Cáceres
Sesión 3: El periodo intergenésico entre	Taller	2	Md Adriana Cáceres

embarazos. Su importancia para la consecución de un embarazo normal.			
Sesión 4: Edad óptima para embarazarse	Taller	2	Md Adriana Cáceres
Sesión 5: Los antecedentes obstétricos desfavorables como factor de riesgo preconcepcional.	Taller	2	Md Adriana Cáceres
Sesión 6: Los métodos anticonceptivos para una correcta planificación familiar	Taller	2	Md Adriana Cáceres
Sesión 7: Taller de consolidación	Taller	2	Md Adriana Cáceres

Elaborado por: Adriana Cáceres

Metodología de la estrategia

Taller No. 1: Introducción al programa educativo.

Objetivos: estimular la participación e integración entre los miembros del grupo, para propiciar la creación de un ambiente fraterno y de confianza.

Técnica de presentación: “Esto es un qué? “

Material: objetos pequeños que se puedan pasar de mano en mano, computadora e infocus

Metodología:

Las mujeres participantes se pueden sentar en círculo en ese momento se explica la dinámica a realizar en este caso la facilitadora se encarga de mantener en su mano un objeto que solo ella sabrá, comienza por su mano derecha diciendo: “*Esto es un lápiz (por ejemplo), quien recibe pregunta, un qué; un lápiz, responde el facilitador*”. Entonces quien recibió, repite lo mismo a su compañero/a, *esto es un lápiz...un qué?* Como él no sabe lo que es debe preguntar al facilitador, *un qué, un lápiz, responderá y el otro repite al último que preguntó*. Entonces una vez que se pasa el objeto ninguna sabe lo que es de esta mera la pregunta debe volver al facilitador. Se debe cambiarle el nombre, si tenemos un lápiz decimos estos es un *paralelepípedo* u otras cosas, el facilitador parte con un objeto por mano derecha y otro diferente por mano izquierda (Gómez, 2007).

Momento inicial o de introducción

Presentación de la estrategia .Los temas que se tratarán en los talleres serán descritos mediante presentación de power point, se preguntara sobre las expectativas surgidas posteriormente.

Momento central o de desarrollo

Es este momento donde se definen los objetivos que se persiguen, los temas, las funciones de los participantes y del coordinador, las evaluaciones, la duración de los talleres, la frecuencia de los encuentros, hora, lugar, entre otras condiciones que se consideren necesarias. Esto se realizará en forma de diálogo, escribiendo en la pizarra cada dato en particular (Gómez, 2007).

Momento final o de cierre

Se realiza una reflexión grupal y mediante una lluvia de ideas se va reflejando en la pizarra las opiniones de los participantes acerca de las fortalezas, debilidades y amenazas que tienen para ellos esta estrategia de intervención.

Taller No. 2: Los factores de riesgo preconcepcional

Objetivos: Identificar los principales factores de riesgo preconcepcional y su relación con las complicaciones del embarazo.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con la presentación del sumario que se abordará en el transcurso de la clase.

Posteriormente el coordinador presentará una situación problemática (caso clínico) relacionada con algún factor de riesgo preconcepcional y conocer si el auditorio sabe identificarlo.

Momento central o de desarrollo

Se procederá a la construcción grupal del concepto de factores de riesgo preconcepcional. Posteriormente se conforman tres grupos, de ocho integrantes cada uno, los cuales aportarán sus ideas relacionadas con el tema, para posteriormente en plenaria y utilizando la técnica de la lluvia de ideas expongan sus conocimientos acerca del término riesgo preconcepcional. El coordinador irá reflejando las mismas y en el caso de que algunas sean parecidas lo señala. Los participantes construirán colectivamente el concepto sobre factores de riesgo preconcepcional. En otro momento el profesor a través de una presentación en power point expondrá el concepto más acabado y enumerará cómo se clasifican los factores de riesgo preconcepcional.

Momento final o de cierre

Una vez concluida la actividad el coordinador indagará en el grupo acerca de sus expectativas sobre el tema si fueron o no cumplimentadas y que en caso de no haber

sido satisfechas que lo expresen y se procede a explicar las dudas existentes.

Taller No. 3: El periodo intergenésico entre embarazos. Su importancia para la consecución de un embarazo normal.

Objetivos: Explicar la influencia del periodo intergenésico corto en el logro de un embarazo normal.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller utilizando la técnica de completamiento de frases para comprobar la asimilación de los contenidos abordados en la actividad anterior. Se preguntara sobre el concepto de riesgo preconcepcional y los diferentes factores

Momento central o de desarrollo

Se utilizará la técnica del método de caso la que consiste en la presentación al grupo de un determinado problema o caso que parte de una situación lo más cercana a la realidad. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Se utilizará el caso de una integrante del grupo de mujeres, sin identificar su nombre, que se haya embarazado antes de los dos años del anterior parto, haciendo énfasis en el desconocimiento de este aspecto.

Se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de seis mujeres cada uno.

La exposición del caso la lleva a cabo la coordinadora y se la realizara mediante power point y fotografías impactantes.

Para el desarrollo de la técnica utilizaremos la siguiente estrategia: Las participantes, después de haber escuchado el caso, dan su opinión inmediata; esta fase servirá para que el grupo se dé cuenta de que existen diferentes opiniones o formas de enfocar un mismo problema. A continuación, se vuelve al punto de partida y se realiza un análisis más estricto, teniendo en cuenta aspectos más concretos, las situaciones que se dan en el caso, las causas y los efectos de las conductas que generan.

Mediante este análisis final con todo el grupo se pueden llegar a determinar los hechos significativos del caso y trabajar los objetivos de la sesión (Gómez, 2007).

Momento final o de cierre

Una vez concluido el momento anterior la coordinadora utilizará como técnica de evaluación y cierre: “Reflexiones del día”. Con el objetivo de llegar a fomentar la experiencia vivencial de lo que significó el día para las participantes.

Tema 4: La edad óptima para embarazarse.

Objetivos: Reconocer la edad óptima para que las mujeres se embaracen y el riesgo de que esto ocurra en edades extremas.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora, video sobre embarazo en la adolescencia e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Para lograr la animación en el grupo se propone utilizar la técnica:

“Mar adentro, mar afuera”, para la cual el coordinador deberá seguir los siguientes pasos:

- a) Pedirá a los miembros del grupo que se pongan de pie. Pueden ubicarse en círculos o en una fila, en dependencia del espacio del salón y del número de participantes.
 - b) Se marca una línea en el suelo que representará la orilla del mar. Los participantes se ponen detrás de la línea.
 - c) Cuando el coordinador le da la voz de "Mar adentro", todos dan un salto hacia delante sobre la raya. A la voz de "Mar afuera", todos dan salto hacia atrás de la raya.
 - d) Las voces se darán de forma rápida; los que se equivocan salen del juego.
- (Gómez, 2007, p 11)

Momento central o de desarrollo

La actividad central del taller estará encaminada a realizar un análisis de un video relacionado con el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias biológicas y psicológicas. En un primer momento se proyecta el vídeo y se indica a cada equipo una tarea diferente relacionada con la identificación de las causas que condujeron a que la adolescente quedara embarazada (Equipo # 1), al Equipo # 2 se le indicará que identifiquen las consecuencias biológicas que el embarazo ha producido en la adolescente y por último el Equipo # 3, identificará las consecuencias psicológicas y sociales del embarazo en estas edades.

Posteriormente el coordinador realizará las acotaciones necesarias relacionadas con la edad en que es más factible que la mujer quede embarazada, haciendo énfasis en que es tan peligroso que este ocurra en la adolescencia como en edades superiores a los 35 años y expondrá las complicaciones que se presentan en ambos períodos.

Momento final o de cierre

Se realizará mediante la técnica: “La liga del saber”

Objetivo: Evaluar el conocimiento y manejo de cualquier tema trabajado.

La dinámica se va a realizar como un concurso.

Pasos a seguir:

- a) Se forman 5 equipos.
- b) La coordinadora prepara de antemano una serie de preguntas sobre el tema edad adecuada para el embarazo.
- c) Se establece el orden de participación de los grupos. El equipo que responda a mayor número de preguntas correctamente es el que gana.
- d) Inicia el facilitador con una de las preguntas que tiene elaborada. Cada equipo tiene un tiempo límite para responder (de 1 a 3 minutos).
- e) Cada equipo tiene un representante para cada pregunta. En caso que el representante no pueda responder, los miembros del equipo tienen la posibilidad de discutir entre sí para dar la respuesta dentro del límite de tiempo acordado con anterioridad.
- f) Cada respuesta correcta significa dos puntos, cuando es contestada por el compañero que le correspondía por el equipo, y de un punto cuando es respondida en la segunda oportunidad por el equipo.

g) En caso que al equipo que le corresponda no conteste correctamente, cualquiera de los otros equipos que lo solicite primero, lo puede hacer. Se gana un punto.

h) Las preguntas no deberán ser formuladas sobre la memorización de conceptos, sino presentar problemas o situaciones concretas, cuyas respuestas requieran de la aplicación correcta de los conceptos (Gómez, 2007).

Utilidad:

Esta dinámica resulta útil cuando se ha estudiado un tema que el grupo debe asimilar, tanto desde el punto de vista docente para reafirmar, consolidar y para evaluar la asimilación y comprensión. Permite integrar los contenidos de un tema a partir de las preguntas que elabore el educador y llegar a elementos conclusivos del mismo. (Gómez, 2007)

Tema 5: Los antecedentes obstétricos desfavorables como factor de riesgo preconcepcional.

Objetivo: Explicar la influencia de los antecedentes obstétricos desfavorables para los embarazos subsiguientes.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, computadora e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Se puede utilizar cualquier técnica de animación para lograr la cohesión del grupo en caso de que se perciba que hay algún problema. En este caso se utilizara el teléfono descompuesto que consiste en dar un mensaje por parte del coordinador en el oído de una participante y se debe pasar de una en una hasta que la última que escuche dice el mensaje a la coordinadora va existir una distorsión del mismo.

Momento central o de desarrollo

La actividad central del taller estará encaminada a realizar un juego de roles relacionado con la temática de los antecedentes obstétricos desfavorables. Es una técnica dramática interpretativa que consiste en representar una situación concreta para que ésta pueda ser

vivida por las personas que la están representando. Conlleva una fuerte implicación personal, ya que no se pide una colaboración lógica y racional sino de tipo emotivo.

El juego de roles es una técnica que puede ayudar a:

- Promover cambios de actitudes.
- Entrenar una conducta que se tendrá que llevar a cabo en la vida real.
- Comprender el porqué de los comportamientos ajenos.
- Ampliar puntos de vista.
- Vivir las propias emociones ante un hecho concreto.

Se ha de plantear de manera que el grupo esté interesado y motivado para realizar el papel que debe desempeñar; de esta manera, se podrán introducir en el personaje y, a partir de ahí, recoger los datos y observaciones que serán útiles para el análisis y la discusión posterior. Para iniciar el juego de roles se ha de describir la situación y problemática de una mujer embarazada con algún antecedente obstétrico desfavorable.

Los papeles que hay que representar deben quedar muy definidos, si damos una definición precisa del personaje nos aseguramos el abordaje de todos los problemas que interesan; además, proporcionamos a la persona que interpreta un guión orientativo.

En este caso, se solicita la colaboración de una parte del grupo y la otra observará para analizar y discutir posteriormente la situación.

Durante la interpretación, la coordinadora no ha de intervenir, y sólo en casos especiales debe cortar o realizar alguna indicación para reconducir al grupo. También decidirá cuándo el tiempo de la acción que se está desarrollando es suficiente para poder iniciar la discusión. Cuando se finaliza, se solicita a las personas que han interpretado la situación que expliquen sus impresiones y cómo se han sentido con su personaje y con los demás. Posteriormente, se analiza en grupo grande. Aquí el papel de la coordinadora muy importante, ya que es quien dirige la discusión y señala al grupo los puntos importantes (Gómez, 2007).

Momento final o de cierre

Se culminará con la técnica participativa Mirada Retrospectiva, la cual tiene como objetivo: Evaluar la experiencia vivida en el taller y para que cada participante del grupo exprese los aspectos positivos y negativos.

En un primer momento la coordinadora presentará a los participantes las siguientes interrogantes, para ser respondidas individualmente: ¿Me gustó? ¿No me Gustó? ¿Qué

aprendí? ¿Qué otras cosas me gustaría aprender? ¿Cómo la pasé? ¿Cómo me sentí? U otras preguntas que puedan ser factibles realizar.

En un segundo momento se formarán grupos de 5 integrantes. A nivel grupal, cada participante comentará las respuestas y, entre todos producirán un afiche que de cuenta de los aspectos positivos y negativos de la experiencia vivida. En un tercer momento cada grupo expondrá su producción y la coordinadora dará su opinión respecto de la experiencia (Gómez, 2007).

Tema 6: Los métodos anticonceptivos para una correcta planificación familiar.

Objetivo: Identificar los principales métodos anticonceptivos que existen en Ecuador.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, rotafolio, computadora e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Se utilizará una técnica para animar al grupo que puede ser la denominada “El correo”.

El procedimiento a utilizar será: a) Se forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante, menos uno quién se queda de pie parado en el centro del círculo e inicia el ejercicio. b) La participante del centro dice, por ejemplo, "Traigo una carta para todas las señoras o señoritas que tienen el pelo largo; las señoras o señoritas que tengan pelo largo deben cambiar de sitio. La que está en el centro trata de ocupar una silla. La que se queda sin sitio pasa al centro y hace lo mismo, inventando una característica nueva, por ejemplo: "Traigo una carta para todos los que tienen zapatos negros", etcétera. La coordinadora debe tener cuidado de que las instrucciones sean bien comprendidas y de que las características no se repitan. (Gómez, 2007, p 14)

Momento central o de desarrollo

La actividad central del taller estará encaminada a identificar los principales métodos anticonceptivos que se utilizan en el Ecuador, para lo que se propone la técnica de lluvia de ideas. En un primer momento se divide al grupo en cuatro subgrupos y se les pide que listen los principales métodos anticonceptivos que conocen, además de sus usos y

reacciones adversas más frecuentes. La coordinadora posteriormente a través de un rotafolio explicará cuáles son estos y sus principales usos y contraindicaciones.

Momento final o de cierre

Se utilizará la técnica participativa: “La palabra clave”. El objetivo de la misma es que permite a la coordinadora retroalimentarse de las vivencias y opiniones del grupo en relación con las sesiones realizadas.

Para su realización se efectuarán los siguientes pasos: a) Se le dice al grupo por la coordinadora que cada uno exprese con una palabra lo que piensa o siente en relación con la sesión que se ha trabajado. b) A continuación se inicia la ronda. El coordinador debe poner cuidado en recoger cada palabra expresada y quien la dijo. (Gómez, 2007)

Tema 7: Taller de consolidación.

Objetivo: Consolidar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la estrategia educativa.

Materiales y recursos: Hojas, lápices, rotafolio, computadora e infocus.

Metodología:

Momento inicial o de introducción

Se da inicio al taller con un pequeño recuento de la actividad anterior para después enunciar el tema que se abordará en la sesión de hoy. Se utilizará una técnica para animar al grupo que puede ser la denominada el descalabro la cual consiste en escribir en una tarjeta acciones como cantar, silbar, bailar, etc se hace que escoja una tarjeta cada una de las participantes y haga la acción que está escrita.

Momento central o de desarrollo

Se utilizará la técnica de “Palabras claves” cuyo objetivo es Permitir a los participantes sintetizar o resumir los aspectos centrales de una idea o un tema.

Procedimiento de aplicación: Pasos a seguir: a) Con todos los participantes, se le pide a cada uno que escriba o diga con una sola palabra, lo que piensa sobre los talleres recibidos, el facilitador puede preguntar: ¿Qué es lo más importante para la el control del riesgo preconcepcional? b) Los miembros del grupo deberán responder con una sola palabra a esta pregunta. Su respuesta pueden ser: utilizar métodos anticonceptivos, peso adecuado, edad ideal, etc. Discusión: Luego se realiza una breve reflexión en torno a lo

que cada palabra significa para los participantes. En este paso, el facilitador puede apoyarse en la pizarra en el que previamente se hayan escrito las palabras nombradas por el grupo o simplemente en el pizarrón. Se puede conducir este paso con preguntas como las siguientes: ¿Por qué es importante la utilización de métodos anticonceptivos? La que mencionó dicha palabra explica el porqué. Se puede realizar la técnica a partir de una presentación de un medio audiovisual, se le pide a los participantes que resuman en una frase o en la que consideren conveniente, las ideas más importante del tema tratado (Gómez, 2007).

Luego de esto se aplicara un cuestionario que evalué los temas dados en estos talleres para ver el aprendizaje teórico sobre factores de riesgo preconcepcional.

Momento final o de cierre

Se utilizará la técnica participativa: “El espacio catártico” cuyo objetivo es permitir que cada miembro del grupo exprese sus vivencias en relación con el trabajo realizado grupalmente.

Materiales: Tres sillas o, en su defecto. Pasos a seguir:

a) La coordinadora coloca las sillas una al lado de la otra. Y le plantea al grupo que cada uno debe sentarse sucesivamente en cada silla y expresar sus vivencias. En la primera silla se expresa "Cómo llegue", en la del medio se refiere a: "Cómo me sentí durante la sesiones" y la tercera silla es: "Cómo me voy". Si no se poseen sillas o no hay suficientes pueden sustituirse por tres círculos en el suelo, con el mismo significado. Puede aplicarse cualquiera otra variante, en función de las posibilidades.

b) Cada uno va pasando por el espacio catártico y expresando sus vivencias.

Utilidad: Sirve para hacer explícito los sentimientos y emociones que han experimentado y experimenta las participantes provocados por la actividad grupal. Le permite al coordinador valorar el impacto del trabajo grupal en cada uno de sus miembros. (Gómez, 2007)

CONCLUSIONES

- En el estudio predominan las mujeres de 25 a 34 años, mestizas, casadas, de instrucción bachiller, amas de casa y regular condición socioeconómica.
- Se evidencia en las mujeres en edad fértil del barrio de Lourdes un déficit del conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional y en particular sobre temas relacionados a edad adecuada para el embarazo, antecedentes obstétricos desfavorables, edad intergenésica y uso de anticonceptivos.
- Se encuentra correlación entre la dimensión de concepto de riesgo preconcepcional y etnia, así como la dimensión de hábitos tóxicos, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico.
- El diseño de la estrategia de intervención es necesaria para ser aplicada en la población de estudio debido al conocimiento no satisfactorio encontrado en esta población haciéndolas más propensas a sufrir de mayor morbi mortalidad materna.

RECOMENDACIONES

- Es importante que la estrategia diseñada en este trabajo se aplique de manera inmediata a la población en riesgo para minimizar las posibles consecuencias.
- La estrategia de intervención a realizar debe enfocar de una manera clara y precisa las principales problemáticas en el déficit de conocimiento encontrado.
- Luego de aplicar la estrategia educativa se debería realizar una evaluación de conocimiento para saber si las metas que se buscan están cerca de conseguirse en la población en estudio.
- Comunicar a las autoridades del CS de ESPOCH- Lizarzaburu los resultados de la investigación para que apoyen la propuesta de intervención educativa.
- Aplicar la estrategia educativa en la población de estudio y posteriormente se investigar su aplicación y beneficios obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Acevedo, B; Manzanares, M; Manau, D; Chávez, M. (2012). *Hábitos tóxicos y reproducción*. Recuperado de: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_reprod_04_habitos_toxicos_dra_acevedo.pdf.
- Aguilera, J. (2011). *Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar y mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud de la parroquia Cumbe, en el año 2011*. (Tesis de especialidad). Universidad del Azuay. Cuenca.
- Almarales, G; Tamayo, D; Pupo, H. (2008). *Factores de riesgos reproductivos preconceptionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Lest*. Recuperado de: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123ori10.pdf>.
- Ardevol, D; Lluch, A; Paz, D. (2011). *Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconceptional*. Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126>.
- Artiles, V. L., Iglesias, O. J., Barrios, O, I. (2008). *Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud*. (pp. 72). La Habana: ECIMED editorial.
- Bajo, M; Laila, J. Xercavins, J. (2009). *Riesgo preconceptional*. España: SEGO.
- Calaf, J. (2005). *Manual Básico de Anticoncepción*. España: Masson.
- Camas, M; Ayavaca, L. (2011). *Estrategia Educativa sobre riesgos y complicaciones dirigida para adolescentes embarazadas atendidas en consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso" Cuenca 2011*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca. Cuenca.
- Capitán, M; Cabrera, R. (2001). *La consulta preconceptional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>.
- Donoso, B; Oyarzún, E. (2012). Embarazo de alto riesgo. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>.

- Duartes, H. (2009). *Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008.* (Tesis de obstetriz) Universidad de Chile. Valdivia.
- Durán, M; González, M. (2002). *Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud.* Recuperado de: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/abril2002/252-262.pdf>.
- Fescina, R; Mucio, B; Díaz, J; Martínez, G; Serruya, S; Durán, P. (2011). *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizada en APS.* Recuperado de: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y-reproductiva-guias-para-el-continuo-de-atencion-de-la-mujer-y-el-recien-nacido-focalizadas-en-aps-3-ed-6&Itemid=219&lang=es.
- Flores, M; Ylatoma, C. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morales, junio – septiembre 2012.* (Tesis de obstetriz). Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto.
- García, A; Sáez, J; Escarbajal, H. (2000). *Educación para la salud.* Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=RR6m7eU_Vb8C&pg=PA37&lpg=PA37&dq=estrategias+educativas+en+salud+definicion&source=bl&ots=L_cvKwljnO&sig=Kp8--Ft4x34FoZ7D-N4LuECTnOE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjM4pO5h93PAhVMXB4KHeWaCnU4ChDoAQgoMAI#v=onepage&q=estrategias%20educativas%20en%20salud%20definicion&f=true.
- Garrido, C. (2014). Riesgo Reproductivo. Alvarez, R; Baster, J; Hernandez, G; García, R *Medicina General e Integral* (pp. 654-660). Cuba: ECIMED editorial.

- Gómez, M. (2007). *Manual de técnicas y dinámicas*. Recuperado de: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Tecnicas-y-Dinamicas.pdf>.
- González, D. (2010). *Caracterización del riesgo preconcepcional*. Recuperado. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2052/2/Caracterizacion-del-riesgo-preconcepcional->.
- González, V. (2014). *Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción de riesgo de cáncer bucal*. (Tesis de estomatología). Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cárdenas. Cuba.
- Haro, M. (2016). *Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital Regional Docente Ambato*. (Tesis de medicina). Universidad Autónoma de los Andes. Ambato.
- Hernández, G; Ruiz, J. (2012). *Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la adolescencia, en el área de salud Taguasco, 2008 – 2012*. Recuperado de: <http://caribeña.eumed.net/estrategia-educativa-disminuir-embarazo-adolescencia/>.
- Herrear, V;Oliva, J; Dominguez F. (2010). *Riesgo Reproductivo*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/riesgo_reproductivo.pdf.
- Instituto Nacional de estadísticas y censos. (2010). *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador*. Recuperado de: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf.
- Jaclyn, A. (2015). *Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015*. (Tesis de obstetrix). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Lau, S; Rodríguez, A; Pría, M. (2013). *Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional*.

Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500004.

Lauren, A. (2015). Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2015. (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.

Lawrence, B; Finner, J. (2013). *Iniciación sexual, anticoncepción y embarazo en adolescentes*. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=80539>.

Masache, J; Henriquez, G. (2011). *Estado nutricional de las adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal, en el Servicio de Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora*. (Tesis de diplomado). Universidad Católica de Loja. Quito.

Mendez, S. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y principales complicaciones de embarazos y partos en adolescentes que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora, durante el periodo de enero 2009 –junio 2009. (Tesis). Universidad Nacional de Loja. Loja.

Ministerio de Salud del Salvador. (2011). *Lineamiento técnico para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y el recién nacido*. Recuperado de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_prenatal_parto_postparto_recien_nacido.pdf.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Estandares de Planificación Familiar*. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/johannayagual/etandares-de-planificacion-familiar>.

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/112514826/ENIPLA>.

Moriyama IM. (1968). Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Fundation.

Núñez, D. (2011). *Factores de riesgo preconcepcionales y emergentes en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas en el HPDA período enero – noviembre del 2011.* (Tesis de médico). Universidad estatal de Ambato. Ambato.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mortalidad Materna*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.

Pecero, E. (2011). *Factores de riesgo preconcepcional en adolescentes de la UMF. 73 del IMSS Poza Rica, Ver.* (Tesis especialidad). Universidad de Veracruz. Veracruz.

Planned Parenthood. (2012). *Historia e Métodos Anticonceptivos*. Recuperado de: http://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf.

Poma, M; Quevedo, L. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre autocuidado durante la gestación, en mujeres que acuden al control prenatal en el subcentro de salud de Ricaurte. Cuenca. 2013.* (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca. Cuenca.

Retureta, S; Rojas, M; Retureta, M. (2015). *Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008

Rodas, G; Toalongo, C. (2015). *Factores de riesgo maternos asociados a la presencia de asfixia perinatal en recién nacidos a término en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde enero del 2013 a diciembre del 2015.* (Tesis de medicina). Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil.

Soriano, H; Rodenas, L; García, D; Moreno. (2010). *Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2010000300009&script=sci_arttext.

Tixucuro, J. (2013). *Conocimientos sobre riesgo reproductivo en adolescentes de los quintos y sextos cursos del Colegio Experimental "Jacinto Collahuazo" sección nocturna del cantón Otavalo, provincia Imbabura, período 2006-2007*. (Tesis). Universidad Técnica del Norte. Otavalo.

Vasquez, D. (2015). *Factores realacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el departamento de gineco – obstetricia del Hospital Isidro Ayora – Loja, en el año2015*. (Tesis de medicina). Universidad Nacional de Loja. Loja

Zapata, R; Gutierrez, M. (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*. España: Universidad de Almeria editorial.

Zurro, M; Pérez, C; Badia, G. (2014). *Atención Primaria*. España: Elsevier editorial.

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana del Carmen Cáceres Cabrera posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de la ESPOCH, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Diseño de estrategia de intervención educativa sobre Factores de Riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil. Barrio Lourdes, enero a junio 2016” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a 1 mujeres adultas jóvenes de esta comunidad para determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre Factores de riesgo preconcepcional. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa dirigida a mujeres adultas jóvenes con el propósito de incrementar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo B

Código: _____

Cuestionario sobre conocimientos del riesgo reproductivo preconcepcional.

Estimada usuaria: A continuación aparecen varias preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y otros relacionados con los factores de riesgo reproductivo preconcepcional, usted debe escribir una cruz (X) al lado de la opción que considere correcta. Por su atención, muchas gracias.

I. Datos sociodemográficos.

1. Edad : _____

2. Etnia:
 1. ___ Blanco
 2. ___ Mestizo
 3. ___ Indígena

3. Estado civil:
 1. ___ Soltera
 2. ___ Casada
 3. ___ Unión estable
 4. ___ Divorciada
 5. ___ Viuda

4. Nivel de Escolaridad
 1. ___ Analfabeta
 2. ___ Alfabetizada
 3. ___ Primaria sin terminar
 4. ___ Primaria completa
 5. ___ Secundaria
 6. ___ Superior

5. Ocupación

1. ___ Ama de casa
2. ___ Comerciante
3. ___ Empleada privada
4. ___ Agricultura
5. ___ Empleada pública
6. ___ Estudiante

6. Nivel socioeconómico

1. ___ Bueno
2. ___ Regular
3. ___ Malo

II. Nivel de conocimientos.

7. ¿Conoce usted lo que es el riesgo reproductivo preconcepcional?. Seleccione con una cruz (X) el concepto correcto.

1. ___ Son los factores que determinan si una mujer puede o no tener relaciones sexuales.
2. ___ Son los factores que tiene una mujer no embarazada que le producirán daños a ella y al bebé durante el proceso de reproducción
3. ___ Son los factores que tiene una mujer no embarazada que le conducirán a un embarazo satisfactorio.

8. ¿Conoce usted cuál es el tiempo ideal que debe mediar entre un embarazo y otro?

1. ___ menos de 1 año.
2. ___ entre uno y dos años
3. ___ más de dos años

9. ¿Conoce usted cuáles de las siguientes complicaciones se pueden derivar de un período intergenésico corto?

1. ___ Anemia
2. ___ Parto prolongado.

3. ____ Abortos.
4. ____ Muerte perinatal.
5. ____ Recién nacidos con peso muy alto.

10. ¿Conoce usted las edades en que más factible quedar embarazada?

1. ____ menos de 20 años
2. ____ entre 20 y 35 años.
3. ____ más de 35 años.

11. ¿Conoce usted si el embarazo en la adolescencia y en edades tardías se asocia a malformaciones congénitas en el recién nacido?

1. ____ Sí
2. ____ No

12. ¿Conoce usted cuáles son las principales consecuencias del embarazo en la adolescencia?

1. ____ Mayor mortalidad materna.
2. ____ Bajo peso al nacer.
3. ____ Mejor aprovechamiento docente de la futura madre.
4. ____ Anemia.
5. ____ Preeclampsia.
6. ____ Recién nacidos grandes.

13. ¿Conoce usted las principales consecuencias del embarazo en edades tardías?

1. ____ Síndrome de Down.
2. ____ Abortos espontáneos.
3. ____ Diabetes gestacional.
4. ____ Disminución de las cifras de presión arterial.
5. ____ Partos prolongados.
6. ____ Restricción del crecimiento intrauterino.

14. ¿Conoce usted que las enfermedades crónicas pueden afectar el embarazo y además al recién nacido?

1. ____ Sí
2. ____ No

3. ___ No sabe

15. ¿Cuáles de las siguientes son enfermedades crónicas?

1. ___ Diabetes Mellitus
2. ___ Rinofaringitis
3. ___ Infección de vías urinarias.
4. ___ Epilepsia
5. ___ Cardiopatías
6. ___ Hipertensión arterial
7. ___ Enfermedades del tiroides.

16. ¿Cuántas veces debe visitar al médico si usted padece una enfermedad crónica?

1. ___ 1 vez al año
2. ___ 2 a 3 veces en el año
3. ___ 4 o más veces en el año

17. ¿Conoce usted que los hábitos tóxicos son peligrosos para el embarazo y el desarrollo del futuro bebé?

1. ___ Sí
2. ___ No

18. ¿Conoce usted los principales hábitos tóxicos que pueden influir en el embarazo y el recién nacido?

1. ___ Tomar bebidas azucaradas
2. ___ Tomar alcohol
3. ___ Realizar ejercicios
4. ___ Fumar cigarrillos
5. ___ Utilizar drogas
6. ___ Café.

19. ¿Conoce usted las principales complicaciones que pueden traer los hábitos tóxicos en el embarazo y el recién nacido?

1. ___ Niños con peso muy alto al nacer.

2. ____ Abortos.
3. ____ Preeclampsia.
4. ____ Malformaciones congénitas.
5. ____ Restricción del crecimiento intrauterino.

20. ¿Conoce usted si es necesario tener un peso ideal para quedar embarazada?

1. ____ Sí
2. ____ No

21. En cuál de las siguientes categorías de peso se encuentra usted:

1. ____ Normal
2. ____ Bajo peso
3. ____ Sobrepeso
4. ____ Obesa
5. ____ Desconoce

22. ¿La obesidad y el bajo peso antes del embarazo son beneficiosas para la futura madre y el recién nacido?

1. ____ Sí
2. ____ No

23. ¿Conoce usted los principales problemas que produce un peso inadecuado en el embarazo y el recién nacido?.

1. ---- Poliglobulia
2. ---- Hipoglicemias
3. ---- Bajo peso al nacer
4. ---- Sepsis neonatal
5. ---- Neumonía con natal

24. ¿Conoce usted los principales Antecedentes obstétricos que se consideran desfavorables para un embarazo posterior?

1. ____ Muerte neonatal o perinatal
2. ____ Bajo peso al nacer

3. Prematuridad
 4. Cesárea anterior
 5. Abortos a repetición
 6. Incompatibilidad sanguínea
 7. Pre-eclampsia, eclampsia previa.
 8. Todos son correctos.
 9. Ninguno es correcto.
25. ¿Conoce usted los métodos para no quedar embarazada cuando tiene un riesgo para ello?
1. Sí
 2. No
26. Del siguiente listado de métodos, seleccione con una cruz (X) los correctos para que una mujer no se embarace.
1. Tabletas
 2. Método de la luna llena
 3. Papanicolau
 4. Inyecciones
 5. Condones
 6. T de cobre
27. Si está utilizando algún método, lo comenzó a utilizar por:
1. Decisión propia
 2. Orientación médica.
 3. Consejo de familia u otras personas no relacionadas con el personal de salud
 4. No desea tener más hijos
 5. Desea espaciar los embarazos
 6. El embarazo constituye un riesgo.
28. ¿Conoce usted las principales contraindicaciones para utilizar las tabletas, inyecciones e implantes?
1. Obesidad.
 2. Hipertensión arterial.

3. ____ Diabetes mellitus.
4. ____ Fumadoras.
5. ____ Antecedentes de cáncer de mama.
6. ____ Todas son correctas.
7. ____ Ninguna es correcta.

29. ¿Conoce usted las principales contraindicaciones para utilizar los dispositivos intrauterinos?

1. ____ Infecciones genitales.
2. ____ Anomalías congénitas del útero.
3. ____ Trastornos menstruales.
4. ____ Embarazo anterior con DIU
5. ____ Cáncer cervical.
6. ____ Ninguna es correcta.
7. ____ Todas son correctas.

Anexo C

Porcentaje de ítems evaluados desfavorablemente en dos rondas, según Criterios de Moriyama,

Dimensiones	Criterios de Moriyama							
	Comprensible		Sensible		Pertinente		Factible	
	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da	1ra	2da
	%	%	%	%	%	%	%	%
Conocimientos sobre el concepto de factores de riesgo preconcepcional	50,0	0,0	50,0	16,6	50,0	0,0	50,0	0,0
Conocimientos sobre periodo intergenésico	66,6	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Conocimientos sobre edad óptima para embarazarse	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conocimientos sobre enfermedades crónicas	33,3	0,0	50,0	16,6	66,6	16,6	50,0	16,6
Conocimientos sobre hábitos tóxicos	50,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Conocimientos sobre peso ideal	50,0	16,6	50,0	16,6	50,0	0,0	0,0	0,0
Conocimientos sobre antecedentes obstétricos desfavorables	50,0	16,6	66,6	16,6	50,0	16,6	0,0	0,0
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	17,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	25,0	4,1	41,6	6,2	39,5	3,7	12,5	2,1

Anexo E

RECURSOS/PRESUPUESTO:

- **Presupuesto**

Los recursos que se utilizarán en el proyecto serán financiados por el investigador.

Gastos del proyecto

1 Salario

Recurso humano	Salario devengado	% Seguridad Social	Salario Total	% Tiempo a la investigación	Total mensual
Médico posgradista	1,025.00	75.00	1,100.00	10%	110.00

Total de gastos por concepto de salario: \$ 2,530.00

2 Material de oficina

Producto	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Hojas de papel	Resma	4	\$3,50	\$14,00
Carpetas	Unidad	10	\$0,50	\$5,00
Cuadernos	Unidad	5	\$1,50	\$7,50
Esferos	Unidad	4	\$0,25	\$1,00
Creyones	Unidad	4	\$0,50	\$2,00
Marcadores	Unidad	4	\$0,50	\$2,00
Discos compactos CDs	Unidad	12	\$0,50	\$6,00
Tonner impresora láser	Unidad	1	\$40,00	\$40,00
Pizarra	Unidad	1	\$15,00	\$15,00
Grapadora	Unidad	1	\$2,00	\$2,00
Perforadora	Unidad	1	\$2,00	\$2,00
Total				\$96,50

3 Equipamiento

Equipo	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
PC Portátil	Unidad	1	\$800,00	\$800,00
Impresora Láser	Unidad	1	\$200,00	\$200,00
Proyector de imágenes	Unidad	1	\$1.000,00	\$1.000,00
Total				\$2.000,00

4 Servicios

Servicios	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Impresión	Hoja	300	\$0,06	\$18,00
Anillado	Hoja	10	\$2,00	\$2,00
Fotocopias	Hoja	200	\$0,04	\$8,00
Empastado	Hoja	5	\$5,00	\$15,00
Escaneados	Hoja	50	\$0,04	\$2,00
Total				\$45,00

5 Otros gastos

Otros gastos	Unidad de medida	Cantidad	Costo en dólares	
			Unitario	Total
Viajes (gastos en pasajes)				
Combustible para viajes	Litro	30	\$2,00	\$60,00
Alimentación	Unidad	300	\$1,00	\$300,00
Total				\$360,00

Resumen del presupuesto en gastos directos

Gastos directos	Costo en dólares
Personal (Salario)	\$2.530,00
Material de oficina	\$96,50
Equipos	\$2.000,00
Servicios	\$45,00
Otros gastos	\$360,00
Total	\$5.031,5

Total de gastos directos: \$ ___\$5.031,5___