



Diciembre 2019 - ISSN: 2254-7630

## TEMA: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN AL RIESGO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CMF MACAGUA 8 JOBABO.

**Autora: Dra. Yarelis Cutiño Brito.**

Residente de 2do Año de Medicina General Integral.

**Lic. Odalis Mojena Fernández.**

Profesora instructora.

**Lic. Alexey Peña Valdés.**

Profesor Asistente. Licenciado en Enfermería. Miembro Titular de la SOCUENF.

Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas, Cuba.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Yarelis Cutiño Brito, Odalis Mojena Fernández y Alexey Peña Valdés (2019): "Estrategia de intervención al riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF Macagua 8 Jobabo", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (diciembre 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/12/intervencion-riesgo-preconcepcional.html>

<http://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1912intervencion-riesgo-preconcepcional>

### RESUMEN

Se realizó una estrategia de intervención educativa con el objetivo de modificar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF Macagua 8 en el período comprendido desde septiembre 2016 hasta mayo 2019. El universo estuvo constituido por 375 mujeres de 11 a 49 años de edad y la muestra estuvo constituida por 128 mujeres diagnosticadas como riesgo reproductivo preconcepcional. Para dar salida a los objetivos se caracterizó el grupo de estudio, se identificaron a las pacientes con riesgo y se determinó el nivel de conocimientos y las actitudes que poseían sobre el tema, lo que permitió definir los diferentes temas que se impartieron teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas. La información se recogió por el autor a través de un formulario aplicado a las mujeres en estudio, así como también fueron usadas las historias de salud familiar e individual. Los resultados se procesaron mediante el método de jerarquización del problema con vista a la elaboración de la intervención. Logramos determinar que del universo estudiado el 30,5 % de la muestra escogida

son adolescentes de 15 a 19 años y el 32 % tenían secundaria terminada, el 33 % son solteras y el 36,5 % son amas de casa.

**Palabras claves:** Riesgo preconcepcional, estrategia de intervención.

## INTRODUCCIÓN

La salud Materno Infantil es uno de los indicadores que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de un país, debido a que persigue como objetivo el óptimo estado de la madre, así como el del producto de la gestación evitando las posibles complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. (1)

Para lograr este indicador de salud del binomio madre – feto es necesario que existan las condiciones biológicas y psicológicas adecuadas, además de recibir una adecuada atención de salud durante el periodo gestacional, parto y puerperio. (2)

Al analizar estas circunstancias se encuentra correlación entre el nivel de desarrollo del área o país estudiado y el comportamiento del indicador de salud Materno Infantil, de esta forma encontramos que se registran altas cifras de muertes de mujeres en edad fértil en los países subdesarrollados y con compleja situación económico social, cuyas causas de muertes estuvieron relacionadas con el proceso de gestación. Así se recogen las siguientes estadísticas, en África: 1 de cada 21 mujeres tienen riesgo de muerte materna, en Asia 1 de cada 56 y en Norteamérica: 1 de cada 6366. (3)

En correspondencia con ello se comportan los indicadores referentes a la mortalidad infantil, así como los parámetros de crecimiento y desarrollo durante la vida infantil. Debido a las políticas de salud establecidas por la Revolución en nuestro país, Cuba muestra hoy indicadores de salud comparables con países desarrollados, por lo cual considero más útil enfocar este estudio hacia la situación que actualmente acontece en naciones con difícil situación de salud, para brindar una panorámica general del problema que nos ocupa. (1,2),

La situación de salud en América Latina no ha mejorado sustancialmente en los últimos 5 años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continúa siendo el de la mujer en especial en edad fértil (1,2, 4), en quienes se considera existe mayor riesgo de enfermar y morir por causas relacionadas con la gestación. La tasa global de fecundidad es alrededor de 3.5 hijos por mujer al final de los años 90, pero en países como Bolivia, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Haití sigue siendo más de 4.8(5,28). Los problemas de salud materno-infantil se ven acentuados por el rápido crecimiento urbano en las regiones marginales, pues se estima que más del 93 millones de latinoamericanos viven en la pobreza (7). De la población rural 200 millones, el 70% viven en la pobreza y el 30% en la indigencia, sin acceso a los servicios de salud ni a una adecuada orientación para esta problemática, lo cual deriva en que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (7)

El Sistema Nacional de Salud desde su inicio consta con acciones y programas de planificación familiar que se desarrollan sobre la base de criterios de riesgo materno infantil y como sustento de libre ejercicio, de igualdad y libre soberanía sobre la reproducción. Estos participan como complemento del desarrollo socioeconómico que da origen al estatus demográfico actual, tales como la educación, salud, el empleo y otros. (6)

Dentro de los programas que lleva a cabo el médico de la familia constituye uno de los más importantes el de la profilaxis del riesgo materno y perinatal, junto al control de riesgo reproductivo preconcepcional que se utiliza detectando el riesgo de toda la población femenina en edad fértil y consecuentemente aplicando medidas de educación sexual y planificación familiar. (9)

La Organización Mundial de la Salud interpreta el concepto de Salud Reproductora como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo que favorece o determina la reproducción humana en condiciones saludables, entendido tal el proceso clínico que se inicia antes de la concepción, la concepción misma, el embarazo, el parto, recién nacido, desarrollo del niño, adolescente, jóvenes, adultos, hasta volver a la concepción como punto de partida". (9,10)

En relación a la llamada etapa preconcepcional, los cuidados son promocionales y preventivos cuando modifican factores o enfermedades existentes previas al embarazo que de coexistir con este elevarían el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo más comunes son los biológicos, pero también son muy importantes los psicológicos y los sociales, y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno (9, 10). Las acciones propias del sector de salud son decisivas para desarrollar la salud reproductiva y prevenir consecuencias de insalubridad en este aspecto, tales como muertes infantiles, de niños mayores de un año y las maternas. (12)

La existencia de riesgos antes de la concepción se encuentra debidamente documentada por numerosos estudios realizados en el mundo, así como la posibilidad de prevenirlos o al menos disminuir sus efectos en la madre y el hijo. Pese a que es un tema de interés general, no son muchas las personas que conocen estos riesgos, además de los profesionales de la salud (y algunos de estos de manera muy parcial), ni la forma más efectiva de protegerse. Por su parte la salud reproductiva entraña el derecho a obtener información y acceso médico seguro que permita embarazos sin riesgo para evitar que se pierdan cada año 250 millones de años de vida por problemas de salud reproductiva de las mujeres. (9,10)

El riesgo genético reproductivo en mujeres comprende factores de variada naturaleza que implican un peligro potencial para la descendencia. El riesgo preconcepcional es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo, en tanto el riesgo prenatal es el que está presente en las gestantes. La identificación de condiciones potencialmente dañinas presupone la implementación de acciones de salud, interdisciplinarias y multisectoriales, dirigidas a la prevención y control de las enfermedades, lo que incluye el asesoramiento genético para brindar orientación y

educación con fines de promoción que permita la toma de decisiones informadas por parte de los individuos, la familia y la comunidad. (52,53)

La adecuada pesquisa, clasificación y manejo de los riesgos genéticos preconcepcional y prenatal conduce a una mejor planificación familiar, a la vez que reduce la aparición de malformaciones congénitas, una de las principales causas de mortalidad infantil en Cuba y en el mundo. Estudios en otros países han reportado que el 40 % de todas las malformaciones letales tenían opciones potenciales de prevención. La identificación del riesgo en el nivel primario es, por tanto, un elemento central en las políticas sanitarias relacionadas con la atención materno-infantil. (34)

En los dos últimos años la Red Provincial de Genética en Las Tunas ha trabajado con especial prioridad en la evaluación de las mujeres en edad fértil para su clasificación pre-concepcional y del riesgo prenatal en las embarazadas. Se trata de un programa de particular relevancia en su enfoque preventivo de la salud materno-infantil, pues permitiría modificar, en la medida de lo posible, los riesgos que pueden aparecer en la gestación, incluso antes de que tenga lugar el embarazo. Por tanto, el riesgo de enfermedades u otras condiciones que afecten la vitalidad y la salud del feto y el recién nacido, comienza a ser diagnosticado, seguido y, de ser posible, reducido o eliminado por medio de todos los actores del sistema sanitario y extra sectoriales. (52,53)

Los últimos registros muestran una correspondencia con los valores alcanzados a nivel nacional. La tasa de mortalidad nacional en el año anterior fue de un 4,6 % y exhibió uno por cada mil nacidos vivos. En el municipio de Jobabo la tasa fue de 3,7%, este resultado estuvo directamente en correspondencia con deficiencias en el control del riesgo reproductivo preconcepcional, tanto por la dispensarización como por la clasificación del mismo principalmente en los consultorios del municipio, lo que motivó a confeccionar una estrategia de intervención para modificar los conocimientos sobre el riesgo reproductivo preconcepcional en el municipio.

Esta situación conduce al **Problema Científico**: Alta incidencia al riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del CMF Macagua 8 Jobabo, Las Tunas.

#### **Objetivo General:**

Modificar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil del municipio de Jobabo a través de una estrategia de intervención educativa.

#### **Objetivos Específicos:**

- ✚ Caracterizar la muestra estudiada sobre las variables de interés.
- ✚ Evaluar el nivel de conocimiento sobre el riesgo preconcepcional antes de aplicar la estrategia de intervención educativa.
- ✚ Evaluar el nivel de conocimiento de riesgo preconcepcional después de aplicada la estrategia de intervención educativa.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Descripción de la investigación.**

Se realizó un estudio de intervención educativa que transcurrió en tres etapas; primero la etapa diagnóstica donde se aplicó la encuesta para determinar el grado de conocimiento de la muestra sobre el tema antes de la intervención realizada transcurrida desde septiembre a diciembre 2017. La segunda que es la etapa de intervención que incluyó el plan temático con cada tema a tratar, la hora el lugar y el responsable (diciembre a marzo 2018). El tercer momento que es el de evaluación donde se evaluaron los resultados de las encuestas para saber el nivel de conocimiento y sensibilización de la muestra después de la intervención educativa realizada (marzo a mayo 2018).

### **Metódica:**

Este estudio de intervención se desarrollo en 3 etapas las cuales permitieron dar salida a los objetivos planteados.

1. 1ra Etapa: Diagnóstica.
2. 2da Etapa: Intervención propiamente dicha.
3. 3ra Etapa: Evaluación.

Tipo de investigación: Estudio de intervención basado en técnicas educativas y participativas según la población estudiada.

Universo: 375 mujeres.

Muestra: 128 mujeres tomadas al azar.

Período: 2017-2018.

### **Etapa diagnóstica.**

En esta etapa se aplicó una planilla encuesta (anexo 2) donde se recogieron los datos generales de los participantes; en ella se tuvieron en cuenta las siguientes variables socio demográficas:

### **Variables:**

#### **Cualitativas ordinales.**

- Grado de Escolaridad: Primaria, secundaria, pre-universitario y universitario.

#### **Cuantitativas continuas**

- Edad: 11-20,21-25,26-35,35-49.

Para caracterizar la muestra y saber el grado de conocimiento sobre el riesgo reproductivo preconcepcional aplicamos una encuesta. (Anexo 2). La guía de la misma se muestra a continuación:

Para dar salida al objetivo # 1 se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

#### **Edad:**

- 11-20 años.
- 21-25 años.
- 26-35 años.

- 35-49 años.

**Escolaridad:**

- Primaria terminada.
- Primaria sin terminar.
- Secundaria terminada.
- Secundaria sin terminar.
- Preuniversitario terminado.
- Preuniversitario sin terminar.
- Universitario.

**Estado Civil:**

- Soltera.
- Casada.
- Unión estable.
- Divorciada.
- Viuda.

**Ocupación:**

- Empleado.
- Desempleado.
- Ama de casa.
- Jubilado.

**Criterios de inclusión:**

- Tener dirección particular en su carné de identidad del área de estudio y residir en la misma.
- Voluntad y cooperación para participar en el estudio.
- Tener más de 11 años.

**Criterios de exclusión:**

- Incapacidad mental y/o física de las pacientes para responder a las preguntas.

**Para saber grado de riesgo del paciente se determinó de esta manera:**

- ✚ Edad, según edad biológica (se consideró riesgo menor de 20 años de edad y mayor de 35 años de edad)
- ✚ Desnutrición (se hizo a través del índice de masa corporal o índice de Chalet, medida establecida para determinar la proporción entre el peso y la talla, calculándose a partir de la división del peso (Kg.) entre la talla en m<sup>2</sup>. Se consideró: desnutrida por debajo de 18,7Kg/m<sup>2</sup>)
- ✚ Período intergenésico corto (según fecha del parto anterior, se consideró menor de dos años)

- ✚ Multiparidad (según el número de hijos, se consideró riesgo cuatro o más hijos)
- ✚ Baja talla (se consideró riesgo menor de 1.50cm)
- ✚ Nivel de escolaridad (se consideraron riesgo las embarazadas que no sabían leer ni escribir)
- ✚ Primaria sin terminar (las que comenzaron los estudios primarios y no los terminaron)
- ✚ Antecedentes obstétricos desfavorables (se consideró riesgos, hijos con malformaciones congénitas, con bajo peso al nacer, abortos a repetición)
- ✚ Antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles (se consideró riesgo la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Asma Bronquial, Obesidad, Añosa, Retrasadas mentales, Abortadoras, Anemia y otros).

**El nivel de conocimiento sobre el riesgo reproductivo se determinó de esta manera:**

- ✚ Percibía el riesgo (aquellas que tenían conocimiento de la presencia del riesgo y los perjuicios que traería si se involucrara en el proceso reproductivo)
- ✚ No percibía el riesgo (aquellas que no tenían conocimiento de la presencia del riesgo ni de los perjuicios que éstos pudiera causar a ella o a su producto)

**Etapas de intervención.**

Diseño metodológico de la Intervención educativa.

Se realizó un proceso de intervención estructurado con metodología afectiva participativa, utilizando el nivel intermedio o grupal, propiciando el debate e intercambio de conocimientos y la reflexión grupal.

El programa educativo se llevó a cabo con técnicas participativas las cuales propiciaron un clima agradable de reflexión que involucraron afectivamente a todos los miembros con el criterio de que cada tema necesitaba una sesión de trabajo. Fueron realizadas en total nueve, cada sesión tuvo una duración de una hora, los temas fueron impartidos por el autor de la investigación. Para un mejor desempeño de la actividad se crearon subgrupos con 20 participantes como máximo (7 subgrupos de 20 integrantes), a los que se les impartió las sesiones con una frecuencia bisemanal. Los locales utilizados para las actividades realizadas fueron, los consultorios médicos de la familia, la casa de la cultura, el teatro del hospital y la consulta de planificación familiar.

**Este programa educativo incluyó variados temas los cuales se trataron en las siguientes actividades:**

Se impartirá un Programa Educativo sobre el tema, diseñado según las necesidades encontradas luego de la aplicación de la encuesta. Para la aplicación del programa educativo se considerara horarios diferentes en un mismo día para los dos grupos de participantes, lo que permitirá trabajar en base a la técnica de grupos focales. Cada uno recibirá un total de 8 actividades sin exceder de

45 minutos cada una, con frecuencia semanal, se utilizarán diferentes técnicas para alcanzar los objetivos propuestos, entre las que se incluirán: expectativa motivacional, video debate, dramatización, discusión grupal, demostración y charlas educativas.

- **Encuentro # 1**

**Tema:** Introducción del Programa Educativo.

**Tiempo:** 60 minutos

**Objetivos**

1. Presentación del curso y sus objetivos.
2. Presentación de los participantes utilizando técnicas participativas de presentación.
3. Diagnóstico inicial (Aplicación del cuestionario).

Método de enseñanza: Conferencia

**Medios:** Pancarta.

Tizas.

- **Encuentro # 2**

Tema: Charla Educativa de Planificación Familiar y los Servicios que ofrece la consulta

Tiempo: 60 minutos

Objetivos:

Determinar los conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia y maternidad y paternidad responsable

Método de enseñanza: Taller.

Recursos: Papel bond.

Lápiz.

- **Encuentro # 3**

Tema: Efectos que tienen los anticonceptivos en las mujeres.

Tiempo: 60 minutos.

Objetivos:

- Destacar los efectos de los anticonceptivos y sus contraindicaciones.

Método de enseñanza: Taller

Medios: Plegables.



- **Encuentro # 4**

Tema: Adolescente y familia

Tiempo: 60 minutos

Objetivos:

Dar a conocer la importancia de una buena comunicación a los padres y adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.

Medios: Material de apoyo plegables y libros

- **Encuentro # 5**

Tema: Mitos y realidades (abortos provocados).

Tiempo: 60 minutos.

Objetivo:

1. Lograr que las mujeres identifiquen cuales son mitos y cuales realidades, además de las consecuencias que puede traer el aborto.

Método de enseñanza: Taller.

Medios: papel bond

Pizarra

Tiza

- **Encuentro # 6**

Tema: Charla sobre los riesgos en las mujeres en edad fértil.

Tiempo: 60 minutos

Objetivo:

Establecer métodos para enfrentar, disminuir y prevenir los riesgos que se puedan traer complicaciones.

Medios: Pizarra

Tiza

### **Etapas de evaluación**

Se aplicó la misma encuesta luego de impartido el Programa Educativo, la cual se evaluó de la misma forma y permitió determinar la variación en el nivel de conocimientos sobre el tema luego de la intervención, y finalmente se planificó un último encuentro para la aclaración de dudas.

### **Consideraciones éticas y conocimiento informado.**

Las personas encuestadas tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de nuestra investigación y la inocuidad de la misma. Se les dio la posibilidad de negarse a participar si así lo deseaban, o de abandonar su presencia en el estudio en cuestión, independientemente del período en que se encuentre. Su disposición a colaborar en el trabajo se plasmó en un modelo de consentimiento informado (anexo #1), en el cual se dio constancia del respeto absoluto a la confidencialidad de la investigación, así como se recogió la autorización de los padres o tutores.

### **Técnica y procedimiento**

- De recolección de los datos:

Para obtener los datos se llevó a cabo una revisión bibliográfica constante mediante técnicas de revisión documentada del tema, objeto de estudio a través de libros de texto, revistas, boletines, acuerdos con los objetivos, así como registros estadísticos, Historias Clínicas de Salud Familiar e Individual, y entrevistas a informantes claves, líderes formales e informales. Además se aplicó una encuesta donde se obtuvieron los datos personales y conocimientos generales sobre el riesgo preconcepcional al inicio de la intervención, posteriormente se aplicó un cuestionario conocido como CID a 128 pacientes femeninas de 11 a 49 años. Mediante este cuestionario se identificaron a las pacientes con riesgo, se les realizó otra encuesta para determinar el nivel de conocimientos sobre riesgo preconcepcional, antes y después de realizar la intervención. Se obtuvo información relacionada con la dinámica familiar a todas las familias donde conviven dichas pacientes antes y después de la intervención.

- De procesamiento y análisis:

Los datos fueron extraídos manualmente respondiendo a las variables de estudio, y cuyos resultados obtenidos se reflejaron en tablas estadísticas utilizando el programa Excel 2007 en una computadora Hanel de manera tal que posteriormente facilite su procesamiento y análisis.

- De discusión y síntesis:

Luego de agrupar los datos se les aplicó el análisis estadístico y los resultados se representaron en tablas y se compararon con lo expuesto en la literatura al respecto. Lo que nos permitió llegar a conclusiones y dar recomendaciones.

### **Procedimientos.**

El formulario se aplicó en un horario flexible y directamente por la autora del trabajo, con ayuda de una enfermera, que permitió realizar las aclaraciones pertinentes, al tener la población a estudiar hábitos de vidas variados, lo que permitió una mayor comprensión.

## **Análisis y discusión de los resultados**

Después de finalizada la intervención educativa se exponen los resultados obtenidos:

Al concluir la primera etapa de la investigación se determinó que la población en estudio conocía poco del tema en cuestión ya que existía poca divulgación del tema.

En la segunda etapa logramos realizar todas las actividades programadas y recibimos el apoyo de las entidades pertinentes.

En el tercer momento se evaluaron los resultados de la encuesta como estaba programado, incluyendo la percepción de riesgo que antes era prácticamente nula y logramos elevarla considerablemente.

En la tabla No 1 se recolectaron los datos mediante un encuesta que se le aplicó a las participantes y obtuvimos como resultado el mayor porcentaje en las mujeres que están entre los 15 y 20 años de edad, con un total de 61 mujeres lo que representa un 30.5 por ciento, por lo que lo podemos comparar con el estudio que realizó Rodríguez González, quien demostró que la mayor frecuencia apareció entre los 15 y 17 años, para un 39,2% quien explica que ese elevado porcentaje se debe a que las adolescentes comienzan su primera relación sexual en edades tempranas (14). Este resultado lo podemos comparar además con Fernández Ramos que demostró en su estudio que el mayor porcentaje lo alcanzaron las mujeres entre 15 y 20 años de edad con un 36,2% (36).

La autora de esta investigación considera que este elevado número de embarazadas adolescentes se relaciona con los factores socio ambientales presentes en el área estudiada, y el inadecuado control de riesgo preconcepcional, pues nuestros médicos de familia tienen como objetivo fundamental la prevención por lo que es necesario buscar y brindar a la población en edad fértil el modo de controlar la fecundidad.

Estudios que se han realizado por los demógrafos cubanos, han indicado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad cubana, y señalan que las mujeres están teniendo hijos en edades tempranas (9, 10, 14,31 ,36).

Los Estados Unidos de Norteamérica presentan una situación específica que los hace similares a nosotros, y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental, en estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que mantienen vida sexual activa lo que representa un 25,5 % de probabilidad de embarazarse. El adolescente de hoy en día tiene mayor posibilidad de enfrentar el fenómeno del embarazo deseado o no, lo cual trae consigo toda una serie de problemas (14, 29 36,38).

Para poder comprender mejor esta situación, debemos recordar que alrededor del 50 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen vida sexual activa.

Damaris Pupo plantea un incremento del 10.5 por ciento anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 15 años, hasta los 19. Por otro lado, el 25 por ciento de las adolescentes con experiencia sexual, se embarazan y ocurre el 60 por ciento de estas estaciones (7).

En la tabla No. 2 se encuentra representado el nivel de escolaridad donde predomina la secundaria básica terminada, con un total de 62 pacientes, lo que representó el 32 por ciento. Este valor se debe a que el mayor grupo de la muestra se encuentra de forma agrupada en su mayoría, y logramos aplicar la encuesta con mayor facilidad. Este estudio lo podemos comparar con el que realizó Florinda Varona de la Peña, quien demostró que las adolescentes con secundaria básica terminada representan un 34.8 por ciento (35).

Otros autores como Cabrera Cao y Regueira Naranjo, demuestran en sus estudios que las adolescentes con la secundaria básica terminada representan el 40 y 42 por ciento, respectivamente (29, 32).

Sin embargo, otras bibliografías revisadas no coinciden, pero se decidió incluir en este estudio esta variable, porque se considera sirvió de gran apoyo en el momento de impartir la intervención educativa.

En la tabla No.3 se encuentra representado el estado civil de las pacientes, donde predominan las madres solteras, con un total de 72 pacientes, lo que representó el 36 por ciento de la muestra, debido a que en este medio, lo que predominan son las parejas inestables. Este dato lo podemos comparar con Mercedes Naranjo Reyes, quien demostró que las mujeres solteras que logran embarazarse representan un 42.2 por ciento, debido a que mantienen relaciones sexuales desprotegidas y sin necesidad de matrimonio formal (46). En otro estudio realizado por Lugones Botell, esta variable no tiene gran significado, ya que el porcentaje encontrado solo alcanzó un 8.2 por ciento (33). Sin embargo, Meriño en su estudio logró demostrar que el mayor porcentaje de las mujeres que se embarazan son solteras, debido a que aún son adolescentes que viven bajo la tutela de sus padres, y no tienen una independencia económica. Este resultado obtuvo un 62 por ciento de la muestra estudiada (12)

Los resultados obtenidos en la tabla # 4 representan la ocupación donde predominaron las mujeres amas de casa, con un total de 73 pacientes, lo que representó un 36.5 por ciento de la muestra, debido a que estas mujeres son adolescentes que al terminar la secundaria básica salieron embarazadas y dejaron de estudiar. Al comparar este resultado con Ovies Quevedo, que en un estudio realizado demostró que las mujeres amas de casa representan un 14.2 por ciento debido a que la muestra estudiada vive en un área rural. Además podemos comparar el estudio con Varona de la Peña quien señala que las mujeres amas de casa alcanzan un 25 por ciento, debido a que son mujeres que se pueden estudiar con mayor facilidad, ya que permanecen el mayor tiempo en su hogar (35).

En otros estudios realizados, esta variable no se evalúa ya que los autores no cuentan con una variable de interés (30, 32).

En la tabla No. 5 se recogen los resultados obtenidos en la encuesta sobre el nivel de conocimiento que tienen las participantes sobre el aparato reproductor femenino. Al inicio de la intervención educativa, 103 pacientes, lo que representa un 51.5 por ciento, demostraron conocimiento inadecuado del tema, debido a que no conocían de forma correcta las partes que conforman el

aparato reproductor femenino, así como no supieron identificar y precisar cuales eran las funciones de cada una de las partes. Sin embargo, al finalizar la intervención, se les aplicó nuevamente la encuesta, lográndose que el 100% de la muestra alcanzaran conocimiento adecuado sobre el tema en cuestión.

Este estudio lo podemos comparar con Lugones Botell quien expone en un estudio realizado al inicio de su intervención, el 50 por ciento de las pacientes no conocían correctamente el aparato reproductor femenino, y luego de terminado el estudio, logró revertir el resultado, logrando que el 100 por ciento de la muestra alcanzara un conocimiento adecuado (27).

Estos resultados los podemos comparar además con Leyva Ramos quien realizó un estudio en adolescentes, quienes no tenían apenas ni un 25 por ciento del conocimiento del tema en cuestión al inicio de la investigación, y luego de impartir el mismo, logró modificar el nivel de conocimientos, hasta alcanzar el 100 por ciento de la muestra (30).

No debemos olvidar que la mayoría de las mujeres que debe atender el médico de familia son sobre todo las gestantes, y que muchas veces, el conocimiento preciso sobre la anatomía del aparato reproductor femenino permite identificar adecuadamente los fenómenos normales o variaciones de la normalidad que solo requieren una exploración correcta de la paciente, y así se evitarán diagnósticos erróneos y conductas inadecuadas con la utilización de técnicas invasivas y tratamientos injustificados que traigan como consecuencia una iatrogenia tanto física como mental (51).

En la tabla No. 6 se muestran los resultados del nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Antes de impartir el tema 100 mujeres, para un 72 por ciento de la muestra, tenía un inadecuado conocimiento porque solo pudieron identificar correctamente tres métodos anticonceptivos (DIU, condón y las inyecciones). Después de impartido el tema, se logró que el 100 por ciento de la muestra logro identificar todos los métodos anticonceptivos por lo que podemos decir que tenía un conocimiento adecuado.

Se puede comparar el estudio con el realizado por Gómez Urgellés, quien dice que luego de realizada la encuesta para medir conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y su importancia, se obtuvo que antes de la intervención el 61.2 por ciento tenía desconocimiento y después de esta se logró que el 100 por ciento conociera sobre los diferentes métodos anticonceptivos (54).

Al comparar el resultado con lo realizado por Quintana González, quien demostró que al analizar el conocimiento que se tenía sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su uso, se encontró que 100 pacientes (73.3 por ciento) no lo conocían, Sin embargo después de realizada la intervención todas las pacientes fueron capaces de reconocer los diferentes métodos anticonceptivos, lo que representó el 100 por ciento de la muestra. Se observa que el resultado es satisfactorio, por lo que se reafirma la importancia del control de riesgo preconcepcional (28).

Este resultado se puede comparar con los de Pérez Parra, quien encontró en su estudio que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos está hoy en un alto índice, lo que representó un 52.8

por ciento, ya que las mujeres de hoy en día conocen una gran parte de los diferentes métodos que se utilizan así como su uso (41).

En la tabla No.7 se muestra los porcentos alcanzados por la muestra sobre el conocimiento de los servicios que ofrece la consulta de planificación familiar. Antes de impartir el tema el 75.5 por ciento de la muestra tenía un conocimiento inadecuado porque solo pudieron identificar que la consulta funciona para la aplicación de los métodos anticonceptivos, sin embargo después de impartido el tema el 100 por ciento de la muestra alcanzó el conocimiento adecuado, ya que identificaron correctamente cuales eran todos los servicios que ofrece la misma, por lo que lo puede compararse con el estudio que realizó Pupo Damas, al analizar los conocimientos que tenían sobre la existencia de programas de planificación familiar, se encontró que 103 pacientes (64.4 por ciento) no lo conocían, al inicio del estudio, y luego al finalizar el mismo el 100 por ciento de la muestra logró reconocer la existencia de la consulta y los servicios que ofrece (7).

Este estudio se puede comparar además con Quevedo Freites, quien señaló que el 42 por ciento de las mujeres estudiadas no conocían la existencia de una consulta de planificación familiar, al inicio del estudio, y que al finalizar el tema, logró que el 100 por ciento de la muestra alcanzara un nivel de conocimiento adecuado sobre la existencia de la misma (9).

Puede señalarse que es de gran importancia la divulgación de la existencia de la consulta de planificación familiar, debido a que la misma ofrece varios servicios que les permiten mejorar el nivel de conocimiento de la población en general.

En la tabla No. 8 se recogen los resultados obtenidos en la encuesta acerca del nivel de conocimientos sobre el aborto. Antes de impartir el tema, el conocimiento inadecuado fue el más predominante, con un 73 por ciento debido a que la mayoría de la muestra pensó que el aborto se podía utilizar como método anticonceptivo. Sin embargo, al finalizar la intervención, fue revertido el resultado, y el 100 por ciento de la muestra alcanza un nivel adecuado porque la muestra en su totalidad logro conocer que el aborto es perjudicial a la salud y que solo debe realizarse en caso de necesidad.

Este resultado se compara con el de Torres Sánchez, quien en un estudio que realizó sobre factores de riesgo en gestantes, logró identificar que el nivel de conocimientos sobre el aborto era inadecuado, ya que el 70 por ciento de su muestra pensaba que el aborto se podía utilizar como método anticonceptivo. Luego de terminado el estudio logró que las participantes alcanzaran el 100 por ciento del conocimiento adecuado (11).

Valls Hernández señaló que sobre el tema de aborto, la mayoría de las pacientes tenían un conocimiento errado ya que creían que el aborto se utilizaba como método anticonceptivo y que no le provocaría daños a la salud reproductiva. Sin embargo, luego de terminado el estudio, logró modificar el conocimiento y el 100 por ciento de la muestra obtuvo un conocimiento adecuado. Es importante señalar que el aborto, tanto provocado como espontáneo, tiene gran probabilidad de sufrir un nuevo aborto y crecen de acuerdo con el número de las ocurrencias anteriores (51).

Por lo que lo puede compararse este estudio con el que realizó Quintana al analizar el conocimiento que tenía las pacientes en estudio sobre el aborto el 76 pacientes (47.5 por ciento) no reconocían adecuadamente el tema de aborto. Al finalizar la intervención todas las pacientes lograron reconocer que era el aborto lo que represento un 100 por ciento (28).

Este estudio demuestra la importancia de modificar el nivel de conocimiento del riesgo preconcepcional, con el objetivo de mejorar la morbimortalidad materno-infantil.

## **CONCLUSIONES**

En la muestra estudiada predominó el grupo de 14-20 años de edad, representando un 30.5 por ciento del total.

El 32 por ciento son adolescentes que ya tenían la secundaria básica terminada, mientras que el 36 por ciento de las madres son solteras y el 36,5 por ciento son amas de casa.

Al evaluar el nivel de conocimiento antes de iniciar la estrategia de intervención educativa, el 75,5 por ciento de la muestra tenía un nivel de conocimiento inadecuado sobre los servicios que ofrece la consulta de planificación familiar.

Al evaluar el nivel de conocimiento al finalizar la estrategia de intervención educativa, el 100 por ciento de la muestra tenía nivel de conocimiento adecuado sobre el riesgo preconcepcional.

## **RECOMENDACIONES**

El médico y el enfermero de la familia deben establecer un programa educativo útil para lograr que las mujeres en el riesgo preconcepcional mantengan un estilo de vida saludable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Leyva Ramírez Niolisday, Sosa Zamora Mariela, Guerra Cuba Delia, Mojena Orúe Dulce, Gómez Pérez Nora. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN (revista en la Internet). 2011 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 15(3): 323-329..
2. Varona de la Peña Florinda, Hechavarría Rodríguez Nerys, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet). 2010 Dic (citado 2012 Ene 30) ; 36(4): 565-572.
3. Fernández Ramos Humberto, Crespo Estrada Yoan, Estrada Astral Ivonne Lídice, Rodríguez Gutiérrez Katia. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AMC (revista en la Internet). 2008 Jun (citado 2012 Ene 30) ; 12(3): .
4. Valls Hernández Matilde, Safora Enriquez Omayda, Rodríguez Izquierdo Aldo, Lopez Rivas

- Johely. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet). 2009 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 35(1)
5. Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisa, Segura Fernández Anadys, Atienza Barzaga Alba Marina. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Rev Cub Med Mil (revista en la Internet). 2011 Dic (citado 2012 Ene 30) ; 40(3-4): 218-226.
  6. Mainegra Reyes Marvelis Mercedes, Pérez Ramos . Neisy, Cruz Águila Tirso Michel, Betancourt Concepción Odeyda. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2011; 13(2)
  7. Pupo Damas Henry, Almarales Sarmiento Geisy, Tamayo Peña Dulce Isabel. Comportamiento del riesgo reproductivo preconcepcional en Soibada. Manatuto. Timor – Leste. Correo Científico Médico de Holguín 2008;12(4)
  8. Escribano R. Una maternidad en riesgo. (serie en Internet) 2007 (acceso 5 Jun 2007).
  9. Quevedo Freites Gilberto, Vázquez Ortiz Marta Eugenia, Zulueta Yate Morayma, Fernández Chacón Eddy, Ruz Domínguez Josefa Eugenia. Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2012 Jun (citado 2013 Mayo 14) ; 28(2): 104-111
  10. Arrate Negret Maria Mercedes, Linares Despaigne Manuel de Jesús, Molina Hechavarría Vivian, Sánchez Imbert Norka, Arias Carbonell Martha Maria. Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales en usuarias del método asistentes a las consultas de planificación familiar. MEDISAN (revista en la Internet). 2013 Mar (citado 2013 Mayo 14); 17(3): 415-425.
  11. Torres Sánchez Yuselis, Lardoeyt Ferrer Roberto, Lardoeyt Ferrer Milaydes. Caracterización de los factores de riesgo en gestantes con hipertensión gestacional y crónica en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2009 Sep (citado 2013 Mayo 14) ; 25(2):.
  12. Mariño Membribes Eida Rosa, Ávalos González María Marlén, Baró Jiménez Victoria Guadalupe. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet". Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2011 Dic (citado 2013 Mayo 14) ; 27(4): 446-454.
  13. Márquez A Jorge Jaime, García V Victoria, Ardila C Ricardo. Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. Rev. chil. obstet. ginecol. (revista en la Internet). 2012 (citado 2013 Mayo 14) ; 77(5): 401-406.
  14. Rodríguez González Yamilka, Hernández Nodarse Yaquelín, Ojeda García Nersys. Factores epidemiológicos del embarazo en la adolescencia. Medicentro Electrón. 2012 oct.-dic.; 16(4)
  15. Sánchez S, Qiu C, Perales M, Lam N, García P, Williams M. Intimate partner violence and preeclampsia among Peruvian women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 137(1): 50-5.



16. Rodriguez M, Heilemann M, Fielder E, Ang A, Navarez F, Mangione C. Intimate partner violence, depression and PTSD among pregnant women. *Ann Fam Med.* 2008; 6:1.
17. Duley L. The global impact of preeclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009;33(3): 130-7.
18. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al. 2008 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation.* 2008; 118(15):e523-661.
19. Habli M, O'Brien T, Nowack E, Khoury S, Barton JR, Sibai B. Peripartum cardiomyopathy: prognostic factors for long-term maternal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(4):415.e1-5.
20. Langesaeter E, Dragsund M, Rosseland LA. Regional anaesthesia for a Caesarean section in women with cardiac disease: a prospective study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2010; 54(1):46-54.
21. Ioscovich AM, Goldszmidt E, Fadeev AV, Grisaru-Granovsky S, Halpern SH. Peripartum anesthetic management of patients with aortic valve stenosis: a retrospective study and literature review. *Int J Obstet Anesth.* 2009; 18(4):379-86.
22. Mittnacht AJ, Fanshawe M, Konstadt S. Anesthetic considerations in the patient with valvular heart disease undergoing noncardiac surgery. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2008; 12(1):33-59.
23. Ioscovich AM, Goldszmidt E, Fadeev AV, Grisaru-Granovsky S, Halpern SH. Peripartum anesthetic management of patients with aortic valve stenosis: a retrospective study and literature review. *Int J Obstet Anesth.* 2009; 18(4):379-86.
24. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, Child JS, Connolly HM, Dearani JA, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to develop guidelines on the management of adults with congenital heart disease). *Circulation.* 2008;118 (23):e714-833.
25. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation.* 2007; 116(15):1736-54.
26. Jahromi BN, Hussein Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J Obstet*

Gynecol 2008; 47(3):257-8.

27. Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y. El riesgo preconcepcional y la planificación familiar: una estrategia de salud del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). Oct (citado 2012 Ene 30) ; 13(5): 419-421. .
28. Quintana González Julio. Intervención educativa en una comuna de Haití Artículo 2008.
29. Cabrera Cao Yanet, Ortega Blanco Myrna, Orbay Araña María de la Concepción, Sanz Delgado Licett. Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2008 Ago (citado 2012 Ene 30) ; 21(3-4):.
30. Leyva Ramírez Niolisday, Sosa Zamora Mariela, Guerra Cuba Delia, Mojena Orúe Dulce, Gómez Pérez Nora. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional.
31. MEDISAN (revista en la Internet). 2011 Mar (citado 2012 Ene 30) ; 15(3): 323-329.
32. Regueira Naranjo Jesús L, Rodríguez Ferrá Reynaldo, Brizuela Pérez Susana. Comportamiento del riesgo preconcepcional. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2008 Abr (citado 2012 Ene 30); 14(2): 160-164.
33. Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón<sup>2</sup> Tania Yamilé. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet).2008 Abr (citado 2012 Ene 30); 11(2): 112-116.
34. Ovies García Ada, Valenciaga Rodríguez José L., Hernández Morales Raúl A., Díaz Pérez Lázaro. Prevención del riesgo preconcepcional por el medico de la familia y su repercusión sobre los resultados perinatales en el periodo de 1986 a 1992. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet).2008 Dic (citado 2012 Jun 30); 21(1).
35. Varona de la Peña Florinda, Hechavarría Rodríguez Nerys, Orive Rodríguez Nora M. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet). 2010 Dic (citado 2012 Ene 30); 36(4): 565-572.
36. Fernández Ramos Humberto, Crespo Estrada Yoan, Estrada Astral Ivonne Lídice, Rodríguez Gutiérrez Katia. Impacto de una estrategia de intervención comunitaria sobre el control del riesgo reproductivo preconcepcional. AMC (revista en la Internet). 2008 Jun (citado 2012 Ene 30); 12(3).
37. Rodríguez Ferrá Reinaldo, Hernández Cuesta Yipsy, Gómez García Lourdes. Caracterización de las mujeres con riesgo preconcepcional controladas con anticoncepción hormonal. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet). 2010 Ago (citado 2012 Ene 30); 26(2): 82-86.

38. Cervera Estrada Lex, Brizuela Pérez Susana M, Rodríguez Ferrá Reinaldo. Riesgo preconcepcional y producto de la concepción. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2007 Dic (citado 2012 Ene 30); 13(6): 560-565.
39. Prendes Labrada Marianela de la C, Guibert Reyes Wilfredo, Lescay Megret Orlando, Llorente Molina Digna. Planificación familiar en el climaterio. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2010 Abr (citado 2012 Ene 30); 16: 118-124.
40. Valls Hernández Matilde, Safora Enriquez Omayda, Rodríguez Izquierdo Aldo, Lopez Rivas Johely. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet). Mar (citado 2012 Ene 30); 35.
41. Pérez Parra Zaadia, Ortega Blanco Myrna, Ovies Carballo Gisel, Pérez Vives José L. Caracterización del uso del implante subdérmico norplant. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2007 Ago (citado 2012 Ene 30); 17(4): 344-348.
43. Rodríguez Cárdenas Antonio, Velazco Boza Alejandro, Mensah Nicole Eunice. Comportamiento de la mortalidad perinatal I en el hospital "América Arias" en el período de 1993 a 2002. Rev Cubana Obstet Ginecol (revista en la Internet). 2004 Dic (citado 2012 Ene 30); 30.
44. Rodríguez Iglesias Guillermo, León Cid Iraisá, Segura Fernández Anadys, Atienza Barzaga Alba Marina. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Rev Cub Med Mil (revista en la Internet). 2011 Dic (citado 2012 Ene 30); 40(3-4): 218-226.
45. Gómez Jiménez Carmen Aimeé, Hernández Díaz Maricel, Jiménez Cardoso Juana. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9.
46. Mainegra Reyes Marvelis Mercedes, Pérez Ramos. Neisy, Cruz Águila Tirso Michel, Betancourt Concepción Odeyda. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2011; 13
47. Sánchez S, Qiu C, Perales M, Lam N, García P, Williams M. Intimate partner violence and preeclampsia among Peruvian women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 137: 50-5.
48. Rodriguez M, Heilemann M, Fielder E, Ang A, Navarez F, Mangione C. Intimate partner violence, depression and PTSD among pregnant women. Ann Fam Med. 2008;6:1.
49. Duley L. The global impact of preeclampsia and eclampsia. Semin. Perinatol 2009; 33: 130-7.
50. Williams. Obstetricia. Parte II. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
51. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

52. Olga Antonia Álvarez Estrabao Isora Ballester Quesada, Mercy Hernández Torres Yudilaudes Gómez Pérez Iliana Cordovez Leyva. Pesquisaje de defectos congénitos fetales durante la atención prenatal en el área de salud "Manuel Díaz Legra". Correo Científico Médico de Holguín 2009;13
53. Milagros Estrada Nelson, Leidy S. Agueida Carbonell, Tânia Galván Noa. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. Policlínico Norte, municipio Ciego de Ávila MEDICIEGO 2011; 17.
54. Gómez Urgelles Yaneisy. Intervención educativa sobre riesgo reproductivo preconcepcional. Artículo original 2010.

## **ANEXO 1**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, estoy de acuerdo a participar en esta investigación, por lo tanto hago constar por medio de este documento mi participación y apoyo a todos aquellos que se interesan en mejorar la salud y nuestro bienestar físico, biológico y social.

Firma \_\_\_\_\_

Gracias.

## **ANEXO 2**

### **Encuesta.**

Esta encuesta se realiza con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento que usted posee sobre la planificación familiar.

Fecha: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nivel escolar: \_\_\_\_\_

- ¿Qué es la consulta de planificación familiar?
- ¿Conoce usted que es el riesgo pre-concepcional?
- ¿Qué servicios te ofrece la consulta de planificación familiar?
- ¿Se considera el aborto un método anticonceptivo? Sí\_\_\_ No\_\_\_
- ¿Qué métodos anticonceptivos usted conoce?

¿Cuáles son las edades de mayor riesgo para el embarazo?

(20-24) \_\_\_ (25-30) \_\_\_ (15-18) \_\_\_ (35-40)\_\_\_ (40-49) \_\_\_ (12-15)\_\_\_

- ¿Qué mujeres tienen mayor riesgo durante el embarazo?

HTA \_\_\_ DM \_\_\_ Asma bronquial \_\_\_ Sanas \_\_\_ Bajo Peso \_\_\_

### ANEXO 3

**Tabla 1: Mujeres por grupos de edades.**

EDAD	TOTAL	PORCIENTO
14-20 años	61	30.5
21-25 años	39	19.5
26-35 años	45	22.5
35-49 años	55	27.5

**Fuente:** Ficha de salud familiar.

**Tabla 2: Nivel de escolaridad.**

ESCOLARIDAD	TOTAL	PORCIENTO
Primaria terminada	22	11
Primaria sin terminar	18	9
Secundaria terminada	64	32
Secundaria sin terminar	16	8
Preuniversitario terminado	36	18
Preuniversitario sin terminar	24	12
Universitario	20	10

**Fuente:** ficha de salud familiar.

**Tabla 3: Estado civil.**

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCIENTO
Soltera	72	36
Casada	30	15
Unión estable	54	27
Divorciada	40	20

**Fuente:** ficha de salud familiar.

**Tabla 4: Ocupación.**

OCUPACIÓN	TOTAL	PORCIENTO
-----------	-------	-----------

Empleado	64	32
Desempleado	58	29
Ama de casa	73	36.5

**Fuente:** ficha de salud familiar.

**Tabla 5: Nivel de conocimiento**

<b>Conocimiento sobre aparato reproductor femenino</b>	<b>Antes %</b>		<b>Después %</b>	
	Adecuado	97	48,5	200
Inadecuado	103	51,5	0	0

**Fuente:** Encuestas.

**Tabla 6: Nivel de conocimiento**

<b>Conocimiento sobre métodos anticonceptivos</b>	<b>Antes %</b>		<b>Después %</b>	
	Adecuado	56	28	200
Inadecuado	144	72	0	0

**Fuente:** Encuestas.

**Tabla 7: Nivel de conocimiento**

<b>Conocimiento sobre los servicios que ofrece la consulta de planificación familiar</b>	<b>Antes %</b>		<b>Después %</b>	
	Adecuado	49	24.5	200
Inadecuado	151	75.5	0	0

**Fuente:** Encuesta

**Tabla 8: Nivel de conocimiento**

<b>Conocimiento sobre el aborto</b>	<b>Antes %</b>		<b>Después %</b>	
	Adecuado	146	73	200
Inadecuado	54	27	0	0

**Fuente:** Encuestas.