



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo
preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016”**

AUTORA:

Md. Janeth Mabel Rojas Riera

DIRECTOR:

Dr. Mario Luis Peña Martínez

GUAYAQUIL – ECUADOR

2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Janeth Mabel Rojas Riera*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Mario Luis Peña Martínez

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Landívar



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Janeth Mabel Rojas Riera

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “*Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

LA AUTORA:

Janeth Mabel Rojas Riera



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Janeth Mabel Rojas Riera

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “*Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016*”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de enero año 2017

LA AUTORA:

Janeth Mabel Rojas Riera

1. Agradecimiento

Agradezco infinitamente a Dios por permitirme terminar este trabajo de investigación, a mi amigo, compañero y esposo Alberto Cárdenas por brindarme su apoyo incondicional y su dedicación, a mi madre Marie Riera por ser mi guía y la persona que durante toda mi vida me ha enseñado que para ser grande hay que empezar por ser pequeño, a mis hermanos Diana, Estefany y Leyton que de una u otra manera me ayudaron a superar las adversidades durante este gran proyecto y al resto de mi familia(abuelos, tíos, primos, suegros, cuñados, etc) que siempre han creído en mí.

A mis profesores y en especial a mi tutor de tesis Dr. Mario Luis por su paciencia.

A mis pacientes, mujeres luchadoras que permitieron que esta investigación se haga una realidad.

2. Dedicatoria

Dedico la presente a mi hijo Benjamín por ser el motor de mi vida y a pesar de ser tan pequeñito me ha enseñado el gran sentido de la vida “el amor familiar”. A mi padre Anibal Rojas, que siempre creyó en mí cuando apenas era una adolescente y a pesar de no tenerlo en esta vida, es grato decir que siempre tuvo la razón.

A todas las mujeres en edad fértil que conozcan y desconozcan los factores de riesgo preconcepcional pero que tengan el incentivo de aprenderlo para beneficio individual, familiar y social.

A cada persona apasionada por la investigación, que la presente sea una de muchas más.

3. Resumen

Antecedentes: La muerte materna es un grave problema de salud pública con gran impacto individual, familiar, social y económico que requiere acciones educativas dirigidas a mejorar su comportamiento y estilo de vida.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el que se analizó el perfil sociodemográfico y clínico, el comportamiento del riesgo preconcepcional, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional y los componentes para diseñar la estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional, mediante la aplicación de 3 cuestionarios, en una población de 65 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 28 del Centro de Salud Pascuales en el año 2016. **Resultados:** El grupo predominante fue la edad entre 15 a 19 años con 19(29,2%), con un nivel de educación secundaria 46(70,8%), ama de casa 66,2%, el 17% presenta hacinamiento, la hipertensión arterial 31% es el antecedente patológico personal predominante, el periodo intergenésico corto 32,7% y la multiparidad 27,3% fueron los antecedentes gineco-obstétricos de predominio. El 49% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 46% un nivel de conocimiento medio, y el 5% nivel de conocimiento alto, teniendo predisposición para recibir la intervención educativa. **Conclusiones:** Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio 28. Existe la predisposición de recibir educación sobre riesgos preconcepcionales.

Palabras clave: atención preconceptiva, factores de riesgo, diseño, educación.

4. Abstract

Background: Maternal death is a serious public health problem

With great individual, family, social and economic impact that requires educational actions aimed at improving their behavior and lifestyle.

Methodology: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out in which the sociodemographic and clinical profile, the preconception risk behavior, the level of knowledge about the preconception risk factors and the components to design the educational intervention strategy were analyzed. On preconception risk factors, through the application of 3 questionnaires, in a population of 65 women of childbearing age belonging to the Office 28 Pascuales Health Center in 2016. **Results:** The predominant group was the age between 15 and 19 years with 19 (29.2%), with a secondary level of education 46 (70.8%), housewife 66.2%, 17% have overcrowding, hypertension 31% is the predominant personal pathological antecedent, period Short intergenetic 32.7% and multiparity 27.3% were the predominant gynecological-obstetric history. 49% had a low level of knowledge, 46% had an average level of knowledge, and 5% had a high level of knowledge, being predisposed to receive the educational intervention. **Conclusions:** There is a lack of knowledge about preconception risk factors in women of childbearing age in the practice 28. There is a predisposition to receive education about preconceptional risks.

Key words: preconception care, risk factors, design, education.

5. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	AGRADECIMIENTO	I
2.	DEDICATORIA	II
3.	RESUMEN	III
4.	ABSTRACT	IV
5.	ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V
6.	ÍNDICE DE TABLAS.....	VI
7.	ÍNDICE DE ANEXOS	VII
8.	INTRODUCCIÓN.....	1
9.	EL PROBLEMA.....	4
9.1	IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
9.2	FORMULACIÓN	4
10.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
10.1	GENERAL	5
10.2	ESPECÍFICOS.....	5
11.	MARCO TEÓRICO.....	6
11.1	BASE TEÓRICA	6
11.1.1	Salud reproductiva	6
11.1.2	Consulta preconcepcional.....	6
11.1.3	Atención preconcepcional.....	6
11.1.4	Asesoría preconcepcional	7
11.1.5	Consejería preconcepcional	7
11.1.6	Cuidado preconcepcional.....	7
11.1.7	Educación preconcepcional	7
11.1.8	Qué es riesgo?.....	7
11.1.9	Riesgo preconcepcional.....	8
11.1.10	Factores biológicos preconcepcionales	8
11.1.11	Factores psicosociales	12
11.2	BASE LEGAL.....	12
12.	MÉTODOS	18
12.1	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	18
12.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
12.2.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio	18
12.2.2	Procedimiento de recolección de la información.....	18
12.2.3	Técnicas de recolección de información.....	19
12.2.4	Técnicas de análisis estadístico	19
12.3	VARIABLES.....	20
12.3.1	Operacionalización de variables	21
13.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	23
13.2	DISCUSIÓN.....	30
14.	CONCLUSIONES.....	31
15.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
16.	BIBLIOGRAFÍA	33
1.	TÍTULO DE LA ESTRATEGIA:.....	53
5.	FACTIBILIDAD :.....	57
7.	TÉCNICAS:.....	57

6. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN EDAD. CONSULTORIO 28. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	23
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD. CONSULTORIO 28. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	23
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES. CONSULTORIO 28. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	24
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICAS. CONSULTORIO 28. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	25
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO. CONSULTORIO 28. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	25
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EXISTENTES. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	26
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN LA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	26
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN LA RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EDUCACIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	27
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS INCORRECTAS SEGÚN CONCEPTO, PERTENECIENTES AL CUESTIONARIO N° 3 (NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL), APLICADAS A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	28
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS INCORRECTAS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO ESTABLECIDO EN EL CUESTIONARIO N° 3 (NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL), APLICADAS A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	28
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTAS INCORRECTAS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL ESTABLECIDO EN EL CUESTIONARIO N° 3 (NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL), APLICADAS A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. ENERO A JUNIO DE 2016.	37

7. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	37
ANEXO 2	38
ANEXO 3	39
ANEXO 4	42
ANEXO 5	47
ANEXO 6	50
ANEXO 7	51
ANEXO 8	70
ANEXO 9	71

8. INTRODUCCIÓN

Mediante este trabajo se planea diseñar una estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional, dirigido a las mujeres en edad fértil, considerando que las estadísticas reveladas por la Organización Mundial de la Salud son elevadas si de morbilidad materna se está analizando, pues cada año a nivel mundial, 303 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos (1), muchas de estas muertes pueden ser prevenibles, modificables y controladas a través de una atención individualizada y con enfoque educativo.

Tradicionalmente el nacimiento de un hijo sano, a nivel de todas las sociedades es algo maravilloso, de dicha y felicidad, pero para muchas familias termina siendo todo lo contrario sumando a ello el peligro, las secuelas e incluso la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos. (2), “El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños.” (3)

La muerte materna crea un gran impacto individual, familiar y socioeconómico afectando principalmente a los países en vía de desarrollo siendo así un grave problema de salud pública. (4).

Históricamente se ha pretendido disminuir la mortalidad materna a través del control prenatal de calidad, la atención del parto por personal capacitado y los cuidados durante el puerperio. A pesar de que estos servicios no se dan en su totalidad a nivel mundial con la calidad necesaria, se debe iniciar a emplear la atención preconcepcional como una medida eficaz y eficiente de reducir el riesgo reproductivo y a su vez la mortalidad materna. (5)

“Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio” (6).

La ignorancia es uno de los peores enemigos de la salud, es por ello que muchas enfermedades se encuentran relacionadas con el desconocimiento, no deslindándose las complicaciones o causas de los factores de riesgo preconcepcional siendo esta etapa preconcepcional la de los cuidados promocionales y preventivos es decir cuando se logra modificar factores o controlar enfermedades existentes previas al embarazo, ya que al coexistir con el mismo aumentaría el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo preconcepcional pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, y no solamente deben ser valorados en la mujer, sino también el estudio debe ser a su pareja, familia y el entorno. (7)

Durante la etapa preconcepcional la mujer y su familia son esencialmente receptivas a las acciones educativas principalmente si son para mejorar su comportamiento y estilo de vida; por esta razón es el mejor momento para promocionar cambios de hábitos y estilos de vida saludable, concientizando la importancia del autocuidado. (8)

La prevención primaria es la esencia de la medicina preventiva teniendo como objetivo evitar la aparición de enfermedades, es por ello que también es empleada en la consulta preconcepcional. (9)

“La promoción es más que educación para la salud, es más que cambio de estilo de vida, pues implica condiciones supraindividuales que condicionan el comportamiento.” (10)

La educación para la salud es” un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.” (11)

Una de las funciones del médico familiar es la de promover la salud validandose a través de la educación para la salud, es por ello que diseñar una estrategia educativa elevando el nivel de conocimiento de la población es un reto para el mismo.

Este estudio se realizó con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional de la población femenina en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales en el periodo 2016.

Es un estudio observacional, descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por 65 mujeres en edad fértil las cuales cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de los datos fue a través de la entrevista, se aplicaron tres cuestionarios, un cuestionario para la caracterización sociodemográfica y clínica (Anexo 3), el segundo cuestionario (Anexo 4) para la estratificación socioeconómica (Cuestionario del INEC) y un tercer cuestionario (Anexo 5) para evaluar el nivel de conocimiento, dicha información fue transcrita en un formato realizado por la autora. Previo a la aplicación de los instrumentos se aplicó el consentimiento informado (Anexo 2) el mismo que fue firmado por la paciente.

Con ésta investigación se esperó obtener datos fidedignos de los riesgos preconcepcionales presentes en las mujeres en edad fértil, permitiendo utilizar estos elementos para el diseño de la estrategia y en un futuro acciones durante la etapa preconcepcional, en la atención primaria podrá contribuir a fortalecer la atención individualizada, además que en cada establecimiento de salud permitirá reconocer al personal de salud la importancia de determinar, clasificar los riesgos preconcepcionales en la población así como actuar frente a los factores de riesgo modificables, a nivel comunitario contribuye a traer recién nacidos saludables en el momento adecuado, disminuyendo embarazos no deseados, abortos inducidos y por ende reduciendo el índice de mortalidad materno infantil, el mismo que es uno de los objetivos del milenio y objetivos del buen vivir. Además, el presente estudio establece una línea base para futuras investigaciones y la planificación de intervenciones que contribuyan a modificar la problemática encontrada.

Es conveniente realizar este estudio ya que a nivel de Ecuador existe escasa información sobre la problemática y como base de estudio Pascuales no se encontró información que determine la caracterización de los factores de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil, ni una estrategia educativa a partir de los elementos.

Estadísticamente durante el primer semestre del 2015 en las consultas atendidas por el personal del centro de salud Pascuales existen 27 consultas por asesoramiento preconcepcional de 31568 atenciones, representando el 0,08%.

La tesis se estructura en ocho capítulos, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico en el que está presente los antecedentes, base legal, y base teórica; metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica, referencias bibliográficas acotadas según las normas de Vancouver y anexos.

9. EL PROBLEMA

9.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La muerte materna es un grave problema de salud pública que afecta sobre todo a los países en vía de desarrollo presentando un gran impacto individual, familiar, social y económico. (4)

“Cada año, en todo el mundo, 303 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos.” (1)

Según datos de INEC en el Ecuador en el año 2015 hay 973.431 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años.)

La visión que se ha tenido hasta la actualidad es la de disminuir riesgos reproductivos y muertes maternas mejorando la calidad de atención prenatal, durante el parto y control del puerperio, pero es una estrategia intervenir educativamente en el periodo preconcepcional así la mujer o pareja decidirán con responsabilidad el momento idóneo para la procreación.

En un estudio exploratorio realizado por la autora en el consultorio #28 del Centro de Salud Pascuales de la Zona de Salud # 8 durante el periodo de enero a junio de 2015, se encontró que de 12 gestantes en la consulta de captación, el 91% fue un embarazo no planificado, 4 fueron adolescentes, 6 presentaron anemia, 1 con periodo intergenésico corto, 1 abortiva frecuente, 1 hipertensión arterial crónica, 1 con hábito de alcoholismo, presentando 10 mujeres (83%) factores de riesgo preconcepcional, los mismos que pudieron ser prevenibles, modificables y controlados.

En el centro de salud existió el 0,08% 27 consultas por asesoramiento preconcepcional de 31568 atenciones, pudiendo ser por desconocimiento de las pacientes en acudir a una consulta preconcepcional o por subregistro de diagnóstico.

Durante la entrevista médica con las pacientes en edad reproductiva se ha observado de forma empírica que existe desconocimiento en esta población sobre los factores de riesgo preconcepcional e inclusive éstas mujeres gestantes ya mencionadas desconocían sus factores de riesgo preconcepcional, no encontrándose el antecedente de algún estudio en esta población que tenga como finalidad realizar una intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional.

Por lo antes expuesto esta investigación está dedicada a evaluar el comportamiento del riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil y revelar el enigma si esta problemática es por desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional y en base a estos componentes diseñar una estrategia de intervención educativa.

9.2 Formulación

¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional presentes en la población femenina en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales?

¿Qué nivel de conocimiento tiene la población femenina en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales?

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento de la población femenina en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales?

10. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

10.1 General

Diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional de la población femenina en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales en el periodo de enero a junio de 2016.

10.2 Específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico del riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales en el periodo de enero a junio de 2016.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional de mujeres en edad fértil del consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales en el periodo de enero a junio de 2016.
- Identificar los componentes para la estructura de una estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional en el consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales en el periodo de enero a junio de 2016.

11. MARCO TEÓRICO

11.1 Base Teórica

11.1.1 Salud reproductiva

Se define a la salud reproductiva como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones, enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.” (3) (12) Esta concepción de la salud reproductiva precisa que hombres y mujeres puedan utilizar métodos anticonceptivos eficaz, asequibles y admisibles, permitiendo de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, con libre voluntad de la procreación, decidiendo cuándo y cuántos hijos tener. Además de tener libre acceso a los servicios de salud ofreciendo con mayores probabilidades a las parejas tener hijos sanos. (13)

11.1.2 Consulta preconcepcional

“La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer (o mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.” (5) (14)

11.1.3 Atención preconcepcional

“El conjunto de acciones de Salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; que incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo preconcepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación.

En la Atención Preconcepcional se distinguen acciones de promoción de la salud, entregada a la población por medio de consejería o asesoría preconcepcional y acciones preventivas que se entregarán por medio del control preconcepcional. Esta diferencia es importante, ya que la consejería puede realizarse en recintos que no son del área de salud, tales como establecimientos educativos, lugares de trabajo u otros. El control debe realizarse en establecimientos de salud porque implican exámenes físicos, obstétricos y exámenes de laboratorio.

El objetivo de realizar una atención preconcepcionales contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer, esposo, pareja o conviviente, familia y el hijo o la hija que deseen procrear a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los programas de salud.” (12)

“La atención preconcepcional es un conjunto de intervenciones para identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y para los resultados de un embarazo; pretende modificar esos patrones a través de una estrategia de prevención que busca optimizar el resultado perinatal y materno.” (14)

11.1.4 Asesoría preconcepcional

“Permite identificar y modificar los riesgos de tipo conductual, social y biomédico para precautelar la salud de la usuaria-o y el desarrollo normal del futuro embarazo mediante su prevención y manejo. Ésta debe ser ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos previo a la concepción. La asesoría preconcepcional la realizará todo personal con capacitación mínima en salud sexual y salud reproductiva.” (15)

Según la autora la asesoría preconcepcional debe darse por el personal de salud con altos conocimientos científicos sobre riesgo preconcepcional, ya que en caso contrario se podría pasar por alto ciertos factores de riesgo o diagnósticos que perjudicarían en un futuro la salud de la madre y su producto.

11.1.5 Consejería preconcepcional

“Se entiende por consejería preconcepcional la atención que se realiza a una mujer, un hombre o una pareja antes de un embarazo, con el objetivo de corregir conductas, factores de riesgo reproductivo, o patologías que puedan alterar la evolución normal de una futura gestación.” (12)

“Es un proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios / as potenciales y activos / as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear.” (16)

11.1.6 Cuidado preconcepcional

“El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva. El mismo se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.” (5)

11.1.7 Educación preconcepcional

“Sobre este particular se requiere que los proveedores de salud manejen la misma información con respecto al cuidado preconcepcional y que de manera rutinaria, se discutan como mínimo los siguientes temas: planeación de la familia, espaciamiento de los hijos, prevención del embarazo no deseado, evaluación del peso óptimo, estado de inmunización contra enfermedades infecciosas , importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos.

La educación en salud preconcepcional se debe enfocar a concientizar y sensibilizar a las personas acerca de cómo minimizar los riesgos reproductivos a lo largo de la vida; el cuidado preconcepcional no equivale únicamente a una consulta, esta es solo una parte de él.” (14)

11.1.8 Qué es riesgo?

“La palabra riesgo es tan antigua como la propia existencia humana. Con ella se describe, desde el sentido común, la posibilidad de perder algo (o alguien) o de tener un resultado no deseado, negativo o peligroso. El riesgo de una actividad puede tener dos componentes: la posibilidad o probabilidad de que

un resultado negativo ocurra y el tamaño de ese resultado. Por lo tanto, mientras mayor sea la probabilidad y la pérdida potencial, mayor será el riesgo.” (17)

“Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que da lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte o dejar secuelas que comprometen la calidad de vida en el futuro.” (13)

De esta manera se puede interrumpir la secuencia de acontecimientos actuando en uno de los eslabones.

11.1.9 Riesgo preconcepcional

“Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.” (6)

“Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.” (6)

“El riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico, social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. No existe una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero si se tiene en cuenta una serie de criterios principales que ayuden a su identificación.” (16)

Existen varios factores desencadenantes entre estos están:

11.1.10 Factores biológicos preconcepcionales

Edad:

La edad siendo es un factor frecuente y de importancia en nuestro país, si bien es cierto en varios estudios a edades extremas existieron mayores complicaciones, ésta influye tanto fisiológica o psicológicamente; se considera a la edad como factor de riesgo preconcepcional a mujeres menores de 19 años y mayores 35 años. A las mujeres demasiado jóvenes es frecuente que su embarazo no complete las 38 a 40 semanas de gestación, presentándose abortos, partos inmaduros o prematuros, malformaciones congénitas y algunas complicaciones como distocia de partos, toxemia, inserción baja placentaria, muerte fetal. (16)

Las gestantes adolescentes presentan con mayor frecuencia hijos de bajo peso, prematuros y tasas de morbimortalidad infantil más elevadas. Frecuentemente se trata de embarazos no deseados, con un estatus social bajo, cuidados perinatales inadecuados, mal estado nutricional y conductas inadecuadas.

En las mujeres a edades extremas es decir mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes mencionadas y puede ser intensificado si se suman otros factores de riesgo preconcepcional como la multiparidad, hábitos tóxicos, enfermedades crónicas, entre otros; El 2% de todos los nacimientos en Latinoamérica son por mujeres mayores de 39 años y el 40% de estos recién nacidos vivos tienen Síndrome de Down. (16)(13)

Índice de masa corporal:

El índice de masa corporal o IMC debe ser evaluado en toda mujer en edad fértil durante la consulta preconcepcional, se encuentra determinado por el peso en Kg y la talla en m², a través de una fórmula matemática:

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2$$

$$\text{IMC} = \text{Kg} / \text{m}^2$$

Peso: Es frecuente asociar a mujeres con bajo peso a toxemia y partos prematuros, al contrario, en pacientes con mucho peso están asociadas a hipertensión arterial, toxemia, bajo peso y prematuridad. **Talla:** Aquellas mujeres que miden menos de 1.50cm constituyen un factor de complicación obstétrica, terminando su embarazo en cesárea. (13)

IMC: El IMC pregestacional es el mejor indicador para el diagnóstico, el control y el seguimiento del estado nutricional de la mujer desde la condición pregestacional, siendo importante desde el inicio de la gestación ya que permite actuar individualmente en el peso en caso de ser necesario.

Clasificación del IMC

Peso Bajo	< 20
Peso Normal	20 a 25
Sobrepeso	25 a 30
Obesidad	> 30

En mujeres con índice de masa corporal menor de 18,5 kg/ m² se ha asociado con osteoporosis, amenorrea e infertilidad e incluso con un exceso de mortalidad en la población. Durante el embarazo se ha asociado con bajo peso al nacer, prematuridad y un incremento de gastrosquisis. (14) Un IMC <20 antes del embarazo es un predictor de peso bajo al nacer y de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) cuando la mujer se embaraza. Es recomendable que antes de embarazarse se corrija cualquier desviación en el estado nutricional. (18)

Un (IMC) igual o mayor de 30 kg/ m², en la embarazada se asocia con resultados maternos y perinatales adversos como abortos, muerte fetal, defecto del tubo neural, prematuridad, diabetes gestacional, hipertensión, desordenes tromboembólicos, macrosomía, bajo puntaje de Apgar, anemia, cesárea y distocia de hombros. (14)

En la obesidad mórbida aumenta el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombotica y parto obstruido. Desde el punto de vista perinatal, hay mayor riesgo de macrosomía fetal. (14)

Fuenzalida y col. en un estudio realizado en Chile en el año 2013 “Índice de masa corporal materno pre-embarazo y riesgo de malformaciones congénitas específicas”, indican en su investigación que existe relación del aumento del IMC con la presencia de al menos 10 enfermedades congénitas (fisura palatina sin fisura labial, hernia diafragmática, hidrocefalia sin espina bífida, síndrome de hipoplasia de ventrículo izquierdo, atresia y estenosis de válvula pulmonar, estenosis pilórica, estenosis y atresia rectal e intestinal, transposición de grandes arterias, tetralogía de Fallot y defectos septales ventriculares). (19)

Antecedentes patológicos personales: son enfermedades que vienen algunas veces desde la infancia o adolescencia y que pueden estar presente hasta la actualidad.

Entre las principales enfermedades crónicas de gran importancia por presentar repercusión sobre la vida del binomio son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, hepatopatías y nefropatías, seguidas de las

anemias y asma bronquial. Cuando estos factores se asocian el riesgo incrementa y si el problema es detectado y el grado del mismo, se debe actuar para disminuir, eliminar o controlar el riesgo, y así tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva y posibilitar el embarazo en el caso que se desee. (13)

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial se relaciona con restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal aumenta cuando existe proteinuria.

Los embarazos en mujeres hipertensas, más aún en casos severos, se asocian con preeclampsia, hemorragia cerebral, descompensación cardíaca y falla renal. Se presentan además nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal. (14)

Diabetes mellitus: Uno de los objetivos terapéuticos primarios es el mantenimiento de niveles de glucosa normales, fundamentalmente en el período periconcepcional, de lo contrario aumenta el riesgo de muerte, prematuridad y morbilidad fetal. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo, por un mecanismo multifactorial. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía. La hiperglucemia aumenta 3-5 veces las malformaciones congénitas. (14)

Aguilar y cols. realizaron un estudio “ Diabetes mellitus materna y su influencia en el neurodesarrollo del niño; revisión sistemática” en España en el año 2015, concluyendo que la diabetes materna puede tener consecuencias en el niño, tanto a corto como a largo plazo, también puede existir mayor tasa de obesidad, intolerancia a la glucosa, trastornos cardiovasculares y metabólicos y afectación del neurodesarrollo, pues aumentan los trastornos neuroconductuales y la discapacidad intelectual. (20)

La consulta preconcepcional en la paciente con diabetes pregestacional es la estrategia más costo-efectiva para mejorar los resultados perinatales. “Cuando la diabetes se asocia a obesidad incrementa las malformaciones congénitas (MFC) hasta en seis veces, por lo cual en toda paciente diabética se debe: • Clasificar el tipo de diabetes. • Evaluar la existencia o no de complicaciones (retinopatía, nefropatía, neuropatía, microangiopatía y patologías asociadas). • Optimizar la terapéutica para el control de la glicemia y llevar la hemoglobina glicosilada lo más cerca posible a la normalidad (6,2 %).” (18)

Cardiopatías: Estas pacientes deberán ser controladas en un mayor nivel (3er nivel), ya que si desearía quedar embarazada los anticoagulantes orales serán suspendidos por su efecto teratogénico, cambiando a un anticoagulante parenteral con heparinas de bajo peso molecular. (14)

Enfermedad tiroidea

Browne y colaboradores reportaron asociación en pacientes con enfermedad tiroidea y uso de tiroxina preconcepcional con la presencia de defectos congénitos seleccionados como: hidrocefalia. (14)

Fernández y Morales en un estudio “Hipertiroidismo durante el embarazo y repercusiones feto-neonatales” en Costa Rica(2013), manifiestan entre las principales complicaciones maternas del hipertiroidismo sin tratamiento o subtratado se han documentado la aparición de hipertensión arterial, preeclampsia, abruptio placentae, insuficiencia cardíaca congestiva e inclusive

abortos y en las repercusiones feto-neonatales va desde retraso en el crecimiento intrauterino, malformaciones, prematuridad, pequeños para la edad gestacional, hipertiroidismo tanto fetal como neonatal o hipotiroidismo neonatal. (21)

Epilepsia

Casi todos los medicamentos anticonvulsivantes son teratogénicos. El fenobarbital, la hidantoína y el ácido valproico se asocian con paladar hendido y labio leporino. (14)

Bromley et al, (22) en un meta análisis manifiestan que el uso de anticonvulsivantes, en especial del ácido valproico puede ocasionar al producto alteraciones a largo plazo como reducción en el coeficiente intelectual.

Nefropatías: Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye. (16)

En la madre se incrementa la probabilidad de preeclampsia, anemia, hipertensión crónica y de finalización del embarazo por cesárea. En el feto, existe mayor incidencia de aborto, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y muerte. (14)

Asma:

Las complicaciones asociadas con asma no controlada durante el embarazo son: En la madre: preeclampsia, hipertensión e hiperémesis gravídica. En el feto: prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, hipoxia fetal y muerte. (14)

Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.
La gran multiparidad se define como la paridad mayor o igual a cinco, lo que incrementa la mortalidad materna y es un factor de riesgo para morbilidad materna y neonatal. Se ha descrito como asociada a pobre cuidado prenatal (14)
Las grandes múltiparas tienen un índice de masa corporal (IMC) más alto, tasas mayores de diabetes gestacional insulino – dependiente, hay más riesgo de muerte intrauterina y muerte perinatal, anormalidades placentarias y alto peso al nacer.
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente.
- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
- Recien nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

- Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénicos-dietéticos y a otros factores.
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar.

El aumento de número de cesáreas incrementa el riesgo de placenta previa, placenta ácreta e histerectomía para futuros embarazos (14)

11.1.11 Factores psicosociales

Las condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia intrafamiliar. (13)

Hábitos tóxicos

Cisneros y cols. en un estudio “Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labioalveolopalatinas” indican que el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de malformaciones congénitas labioalveolopalatinas en neonatos, además de ser teratogénico para el desarrollo del sistema nervioso central. (14) (23) Otros resultados asociados a la exposición del alcohol son el aborto, restricción del crecimiento intrauterino y retardo mental, aunque es el síndrome del feto alcohólico uno de los resultados más comunes. En el feto, el hábito del tabaco se asocia con restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte súbita del lactante. Otras complicaciones maternas son la ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta, aborto y embarazo ectópico. (14)

Los efectos por la exposición prenatal mantenida al tabaco son el aborto, bajo peso al nacer, insuficiencia placentaria y embarazo ectópico. (24)

11.2 Base Legal

La Constitución de la República del Ecuador en el Art. 11, numeral 2, menciona que: "Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades".

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad. (25)

En la Constitución de la República del Ecuador en el Capítulo Sexto, referente a los Derechos de Libertad, en el Art. 66 se reconoce y garantizará a las personas:

"(...)9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras. 10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (...) (...) 25. El derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características (...)" (25) (26)

En la norma suprema en la sección séptima-Salud refiere en el Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (25) (26)

Título VII
Regimen Del Buen Vivir
Capitulo Primero
Inclusión Y Equidad
Sección Segunda
Salud

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco

Y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco. (25)

Establecido en la norma suprema de cierto modo el Estado garantiza actuar en uno de los factores de riesgo preconceptionales como es el psicosocial.

La Ley Orgánica de Salud en el Art. 6 establece como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

... 2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;

... 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;"

...29... Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes;

CAPITULO III

De la salud sexual y la salud reproductiva Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones; artículo que se encuentra en concordancia con; la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia, Arts. 1, 2; Ley Organica de Salud, Arts. 21, 44; Constitucion De La Republica Del Ecuador, 2008, Arts. 45, 66. (26), (27), (28) , (29), (25),

El Estado ecuatoriano ha ratificado su compromiso en varios instrumentos internacionales en materia de derechos humanos, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo efectuada en El Cairo; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing - China; y, la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), las cuales establecieron que el logro de las metas de desarrollo exigen que las personas puedan tener control sobre su vida sexual y reproductiva, y reconocieron explícitamente los derechos sexuales y reproductivos. (26)

La Recomendación General Nro. 19 del Comité de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), también contempla que los Estados deben asegurar que se tomen medidas "para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad. (26), (30)

Si bien es cierto Ecuador hasta el 2015 cumplió con la mayoría de los objetivos del milenio, así como los objetivos del buen vivir.

Objetivo del Milenio(ODM) (31)

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

5.1 Tasa de mortalidad materna

5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Es por ello como acción tomada por el Ministerio de Salud Pública es la campaña de Ecuador sin muertes maternas, siendo los objetivos del buen vivir uno de los principales componentes para que éste se desarrolle.

Objetivos del Buen Vivir Nacional 2013-2017- Ecuador (32)

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

- 3.2.a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.
- 3.2.b. Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.
- 3.2.c. Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.
- 3.2.d. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.
- 3.2.e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.
- 3.2.f. Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.
- 3.2.g. Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural.
- 3.2.h. Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades.

- 3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas
- 3.2.i. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.
 - 3.2.j. Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis.
 - 3.2.k. Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades.
 - 3.2.l. Implementar programas de inmunización como mecanismo de defensa ante microorganismos patógenos, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.
 - 3.2.m. Promover la investigación en servicios sanitarios, en articulación con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que permita la detección oportuna de patologías, virus y demás enfermedades, así como la identificación de mecanismos y acciones para contrarrestar una posible propagación de epidemias.
 - 3.2.n. Impulsar la creación de programas de medicina preventiva.
- 3.5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas
- 3.5.a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.
 - 3.5.b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.
 - 3.5.c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.
 - 3.5.d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo, con pertinencia cultural y social.
 - 3.5.e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.

- 3.5.f. Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.
- 3.5.g. Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.
- 3.5.h. Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.
- 3.5.i. Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar.

12. MÉTODOS

12.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio de tipo observacional ya que por parte del investigador no hubo intervención o manipulación en el curso natural de estos, más que observación y registro, descriptivo porque se pretendió describir y registrar" lo observado a través de las variables de estudio haciendo una medición en el tiempo, y transversal porque se intentó analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina "de corte". (33), (34)

El estudio se realizó en la comunidad y el centro de salud pascuales, trabajando con todas las mujeres en edad fértil que firmaron el consentimiento informado, las mismas que domicilian en las manzanas 513,514,515,516,517,518,525 de la Cooperativa San Francisco y las manzanas 367,368 y 369 de la Cooperativa Vilcabamba de la parroquia Pascuales del cantón Guayaquil.

La investigación se realizó de enero a julio de 2016, con las mujeres en el grupo etario de 15 a 49 años.

12.2 Diseño de la investigación

12.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

El universo consta de 65 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio médico #28 del Centro de Salud Pascuales, de enero a julio de 2016.

Criterios de Inclusión:

Mujeres de 15 a 49 años pertenecientes al consultorio médico 28 del Centro de Salud Pascuales

Pacientes que han firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Mujeres que no asistan al centro de salud en la segunda cita.

Mujeres que no estén presentes en su vivienda en la segunda visita domiciliaria.

Mujeres con salpingectomía bilateral (esterilización quirúrgica)

Mujeres embarazadas

12.2.2 Procedimiento de recolección de la información

Para la recolección de información la autora de la investigación diseñó una encuesta.

La misma que posee tres cuestionarios, el primer cuestionario para la caracterización sociodemográfica y clínica de las mujeres en edad fértil. El segundo cuestionario es para evaluar nivel socioeconómico familiar, se aplicará una encuesta ya validada y utilizada por el INEC. (Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico). Y el tercer cuestionario es para evaluar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil siendo éste también diseñado por la autora.

Previamente a la encuesta aplicada se intervino con una encuesta piloto en 10 pacientes escogidas con similares características sociodemográficas pero que no pertenecen al grupo de estudio, en donde se determinó algunos errores de comprensión en la redacción de la misma, lo cual dio pauta a la modificación

de la metodología de la redacción adecuada en terminología más popular y adecuada a la población en estudio.

En la revisión del instrumento participó un comité integrado por 6 expertos profesionales en el tema, los que se basaron para la evaluación de cada una de las preguntas en las normas y criterios de Moriyama, los mismos que dieron sus sugerencias en algunas preguntas el cambio de forma más no de fondo.

A las pacientes que acudieron a la centro de salud se les cuantificó la talla, utilizando el tallímetro de la balanza, con la paciente en bipedestación, descalza, con la cabeza situada en el plano de Frankfurt (plano horizontal nariz-trago); la que fue cuantificada en centímetros, para el cálculo de peso en kilogramos se utilizó balanzas con tallímetro marca Detecto® con capacidad para 300 libras (aproximadamente 136 kg.) previamente calibrada y el índice de masa corporal fue calculado utilizando la fórmula Quetele (peso en kg/talla²) Ambas medidas fueron tomadas por la investigadora y en otros casos en el domicilio con una balanza portátil con capacidad para 130 kg marca Bathroom scales y una cinta métrica convencional adherida a una pared lisa en casa de la encuestada.

El presente estudio cumple las normas éticas establecidas, donde se respetó la autonomía de la paciente mediante el consentimiento informado, siguiendo además las recomendaciones de la Declaración de Helsinki. Esta investigación fue aprobada por el Comité de ética de investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Se emplearon las medidas de resumen para las variables cualitativas, medidas de dispersión para las variables cuantitativas, siendo la variable principal el nivel de conocimiento categorizado por alto, medio y bajo, y otras variables: Edad en años cumplidos, índice de masa corporal, papanicolaou, nivel de escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, antecedentes obstétricos y reproductivo, conductas personales (o de pareja) inadecuadas, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares.

12.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad en años cumplidos	Entrevista estructurada
Estado nutricional	Entrevista estructurada
Nivel de escolaridad	Entrevista estructurada
Hábitos nocivos	Entrevista estructurada
Estado civil	Entrevista estructurada
Antecedentes patológicos personales	Entrevista estructurada
Antecedentes patológicos familiares	Entrevista estructurada
Antecedentes ginecológicos	Entrevista estructurada
Nivel socioeconómico	Entrevista estructurada
Conductas personales o de pareja inadecuada	Entrevista estructurada

12.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se emplearon medidas de carácter cuantitativo, como frecuencias y porcentajes y la tabulación de los datos se realizó en el programa estadístico Statistical Product and Service Solutions (SPSS), Versión 20.0

12.3 Variables

Nivel de conocimiento

Esta variable fue medida a través de una encuesta de 8 preguntas, evaluando que conocen sobre concepto y factores de riesgo preconceptionales, así como también la prevención en la etapa preconceptional.

Se considera:

Nivel de conocimiento alto: 80 a 100 puntos

Nivel de conocimiento medio: 60 a 70 puntos

Nivel de conocimiento bajo: menos de 60 puntos

Edad: la edad cumplida en años desde los 15 años hasta 49 años, se consideró esta variable para 2 aspectos la caracterización demográfica así como la clínica es decir determinado como factores de riesgo biológico las edades extremas (menores de 19 años y mayores de 35 años).

Estado civil: esta variable se valora de acuerdo a los parámetros que da el registro civil y se categoriza en soltera, casada, unión libre, divorciada o viuda, es importante ya que en el caso de existir madres solteras representa ya un factor de riesgo psicosocial si se enfrentara a otro embarazo bajo las misas circunstancias.

Índice de masa corporal: esta evalúa el estado nutricional, identificando como factor de riesgo aquella que posea un IMC menor a 18,5 Kg/m² o mayor a 30 Kg/m²

Estado civil.

Se consideró esta variable con la finalidad de caracterizar socialmente al grupo adulto joven con malnutrición por exceso y definir cuál predomina sobre este grupo seleccionado.

Nivel de escolaridad: esta variable es indispensable conocer ya que la investigación se apunta hacia el diseño de la estrategia de intervención educativa por ello es necesario saber que nivel de escolaridad tiene el grupo de estudio para así emplear las estrategias acordes a las necesidades.

Antecedentes patológicos personales: es importante investigar estas variables ya que existen patologías que son un factor de riesgo si no son controladas y se sometiera a un embarazo como la diabetes, la hipertensión, entre otras.

Antecedentes Gineco-obtétricos: Es necesario conocer este antecedente, ya que algunas de estas variables son un factor de riesgo biológico en caso de un nuevo embarazo tanto para la madre como para el producto, por ejemplo el periodo intergenésico corto, multiparidad (más de 3), preeclampsia, cesárea anterior, abortos espontáneos (más de 3 consecutivos sin causa aparente)

Conductas personales o de pareja inadecuada: esta variable permitirá identificar el factor de riesgo biológico (consumo de alcohol, tabaco o drogas) y psicosocial (promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, maltrato y violencia familiar)

12.3.1 Operacionalización de variables

Variables	Valor final	Indicador	Tipo de escala
Nivel de conocimiento	Alto, Medio Bajo	Número y por ciento	Cualitativa ordinal
Edad en años cumplidos	15 a 49 años	Número y por ciento	Cuantitativa Discreta
Ocupación	Ama de casa Estudia No trabaja Trabaja/ Profesión	Número y por ciento	Cualitativa ordinal
Nivel de escolaridad	Básica Secundaria Bachiller Técnica/Universitaria	Número y por ciento	Cualitativa ordinal
Estado civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre	Número y por ciento	Cualitativo Nominal
Hacinamiento	Si No	Número y por ciento	Cualitativa nominal dicotómica
Nivel Socioeconómico	Alto Medio alto Medio típico Medio bajo Bajo	Número y por ciento	Cualitativo Nominal
Índice de masa corporal	< 20 : bajo peso 20 a 25 : Peso normal 25 a 30: sobrepeso >30 obesidad	Número y por ciento	Cuantitativa Continua
Antecedentes patológicos personales	Enfermedad Cardiovascular Hipertensión Arterial Antecedente de Accidente Cerebrovascular Colesterol y triglicéridos altos Diabetes mellitus Hepatitis B Enfermedad Hepática Grave Hipotiroidismo Hipertiroidismo Tumores mamarias Tumores genitales y/o útero	Número y por ciento	Cualitativo Nominal politómica

	Preclampsia- Eclampsia Asma Bronquial Enfermedad Psiquiátrica Intento Suicida Violencia o Maltrato Familiar Enfermedad de Transmisión Sexual		
Antecedentes Obstétricos y Reproductivo	Paridad Periodo intergenésico Abortos espontáneos Malformaciones congénitas Muertes perinatales Antecedentes de prematuridad y bajo peso al nacer Preeclampsia Cesárea anterior	Número y porcentaje	Cualitativo Nominal politómica
Conductas personales (o de pareja) inadecuadas	Alcoholismo Tabaquismo Drogadicción Promiscuidad Pareja inestable Madre soltera Hacinamiento Intento suicida Maltrato y violencia familiar	Número y porcentaje	Cualitativo Nominal politómica

13. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó la encuesta a 65 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 28 del Centro de Salud Pascuales, para lo cual 32(49%) pertenecen a grupo de edad con riesgo como son de 15 a 19 años y mayores de 35 años (Tabla 1)

Tabla 1: Distribución de mujeres según edad. Consultorio 28. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Edad (años)	Nº	%
15-19	19	29,2
20-34	33	50,8
> 35	13	20,0
Total	65	100,0

Es el nivel de educación secundario presente en mayor proporción en este grupo investigativo, pero de fundamental importancia el 20% posee una educación básica. (Tabla 2)

Tabla 2: Distribución de mujeres en edad fértil según el nivel de escolaridad. Consultorio 28. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Nivel de escolaridad	Nº	%
Primaria	13	20,0
Secundaria	46	70,8
Universitaria o Técnica	6	9,2
Total	65	100,0

En cuanto a la ocupación 43(66,2) son amas de casa, 16(24,6) estudiantes, y 6(9,2) trabajan.

El estado civil que predomina es la unión libre con 33(51%)

El 17 % de la población posee hacinamiento, siendo éste un factor de riesgo preconcepcional.

Entre los antecedentes patológicos personales es la Enfermedad cardiovascular, el asma y las preeclampsia, las enfermedades con mayor frecuencia en la población en estudio. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución de mujeres con riesgo preconcepcional según antecedentes patológicos personales. Consultorio 28. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Antecedentes patológicos personales	N° N=29	% *
Enfermedad Cardiovascular	9	31,0
Asma Bronquial	5	17,2
Preeclampsia	4	13,8
Dislipidemia	3	10,3
Tumor de útero o anexos	2	6,9
Enfermedad de transmisión sexual	2	6,9
Accidente cerebrovascular	1	3,4
Tumoración mamaria	1	3,4
Intento suicida	1	3,4
Violencia intrafamiliar	1	3,4

*Porcentaje en base (29) a la presencia de antecedentes patológicos personales.

*Una mujer puede tener más de un antecedente patológico personal.

En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos fue de predominio el periodo intergenésico corto, la multiparidad y el antecedente de hijos con bajo peso al nacer. (Tabla 4)

Tabla 4: Distribución de mujeres con riesgo preconcepcional según antecedentes Gineco-Obstétricas. Consultorio 28. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Antecedentes Gineco-Obstétricos	N° N=55	% *
Periodo intergenésico corto	18	32,7
Multiparidad	15	27,3
Hijos con bajo peso	9	16,4
Hijos prematuro	7	12,7
Hijo < de 1 mes fallecido	3	5,5
Hijo con malformación congénita	2	3,6
Abortos espontáneos > de 3	1	1,8

En cuanto a las conductas personales como ingesta de alcohol, consumo de tabaco o drogas, 8 mujeres en edad fértil lo hacen, representando el 11% del valor total

14 mujeres (22% del total) de la población en estudio presentaron un inadecuado estado nutricional ya sea por exceso 8 (12,3%) y por déficit 6(9,2%).

El nivel socioeconómico fue representado por el 55% siendo este medio Bajo con el 49% y Bajo con el 6%. (Tabla 5)

Tabla 5: Distribución de mujeres en edad fértil según el nivel socioeconómico. Consultorio 28. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Nivel Socioeconómico	N°	%
Medio Alto (B)	2	3,1
Medio Típico (C)	27	41,5
Medio Bajo (-C)	32	49,2
Bajo (D)	4	6,2
Total	65	100,0

En este grupo de estudio presentó 51 mujeres (78%) de factores de riesgos biológicos y el 71 % (41 mujeres) con factores de riesgos psicosociales, mostrándose en ciertas mujeres los dos factores concomitantemente.

38 mujeres (58% del total) del grupo de estudio presentó ambos factores de riesgo (biológico y psicosocial), 21 mujeres (32 % del total) presentó solo un factor de riesgo, sólo el 9% de todo el grupo de estudio no presentaron factores de riesgo preconcepcional. (Tabla 6)

Tabla 6: Distribución de mujeres en edad fértil según la presencia de factores de riesgo preconcepcional existentes. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Tipo de factores de riesgo	Nº	%
Ambos factores de riesgo(Biológico y Psicosocial)	38	58,5
Un solo factor de riesgo (Biológico o Psicosocial)	21	32,3
Sin factor de riesgo	6	9,2
Total	65	100,0

32 mujeres se realizaron papanicolaou durante los 2 últimos años, representando el 49,2% del total. (Tabla 7)

Tabla 7: Distribución de mujeres en edad fértil según la realización del Papanicolaou en los 2 últimos años. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Realización del papanicolaou	Nº	%
Realizado	32	49,2
No realizado	33	50,8
Total	65	100,0

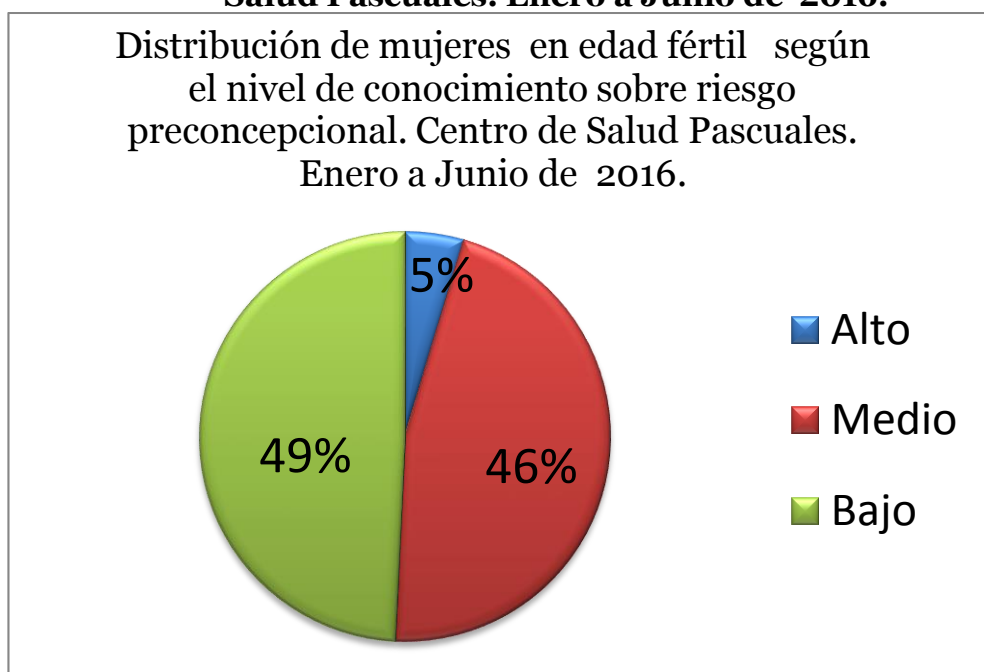
El nivel de educación está en relación con el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. A mayor educación es más alto el nivel de conocimiento. (Tabla 8)

Tabla 8: Distribución de las mujeres en edad fértil según la relación entre el nivel de educación y el nivel de conocimiento. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Nivel de escolaridad	Nivel de conocimiento						Total	
	Alto		Medio		Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin estudio	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Primaria	0	0,0	18	47,0	20	53,0	38	100,0
Secundaria	0	0,0	11	55,0	9	45,0	20	100,0
Técnica o universitaria	3	50,0	1	17,0	2	33,0	6	100,0
Total	3	5,0	30	46,0	32	49,0	65	100,0

El 49% representó un bajo nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional y el 46% un nivel de conocimiento medio.

Ilustración 1: Distribución de mujeres en edad fértil según el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.



Fuente: Tabla 8

41 mujeres (63,1%) desconocen el tiempo mínimo que debe esperar entre un parto o cesárea para quedar nuevamente embarazada, 36 (55,4%) mujeres no lograron mencionar 3 enfermedades de transmisión sexual, 28 (43,1%) mujeres desconocen lo beneficioso para su salud y para la de su futuro hijo realizarse un estudio por parte del médico antes del embarazo. (tabla 9)

Tabla 9: Distribución de las respuestas incorrectas según concepto, pertenecientes al cuestionario N° 3 (Nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional), aplicadas a las mujeres en edad fértil. Centro de Salud Pascuales. Enero a Junio de 2016.

Preguntas	Número	%
1.- existen condiciones antes del embarazo que ponen en riesgo a la mujer o producto?	21	32,31
2.- Es necesario la identificación de factores de riesgo y control de las mujeres que tengan algún factor de riesgo antes del embarazo?	4	6,15

50 mujeres (76,9%) desconocen que en cuanto a la historia obstétrica anterior las mujeres con más de 3 parto o cesáreas corresponden a un riesgo preconcepcional, 48 mujeres (73,8%) no consideran que los hábitos tóxicos son un factor de riesgo preconcepcional. (Tabla 10)

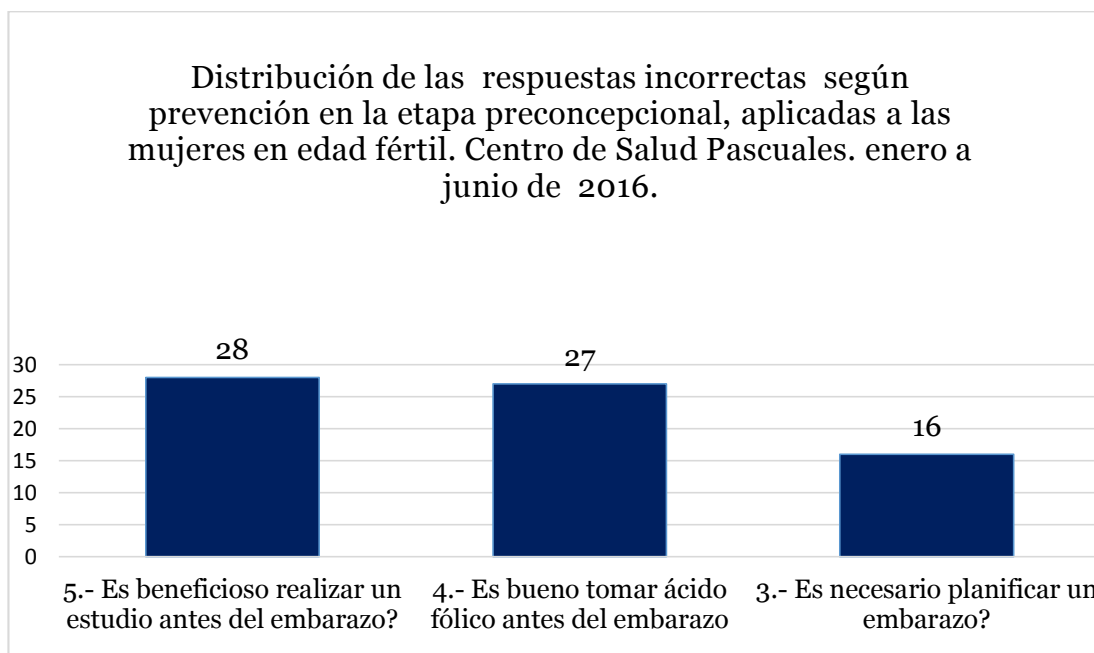
Tabla 10: Distribución de las respuestas incorrectas según los factores de riesgo establecido en el cuestionario N° 3 (Nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional), aplicadas a las mujeres en edad fértil. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio de 2016.

Conocimiento según factores de riesgo preconcepcional	N°	%
7.9) Multiparidad	50	76,92
7.4) Hábitos tóxicos	48	73,85
7.8) Partos prematuros	47	72,31
7.6) Obesas	46	70,77
7.10) Preeclampsia	43	66,15
8.- Tiempo mínimo para nuevo embarazo	41	63,08
6.- Mencione 3 enfermedades de transmisión sexual	36	55,38
7.7) Abortadoras frecuentes, malformaciones, muertes fetales	36	55,38
7.2) Más de 35 años	31	47,69
7.1) 10-19 años de edad	25	38,46
7.5) Desnutridas	25	38,46
7.3) Antecedentes de enfermedades crónicas	16	24,62

*Las preguntas que se encuentran en la tabla 10 no corresponden como las preguntas completas como se encuentran en el instrumento, pero son un resumen de la importancia de cada una.

* Las preguntas (6, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.10, 8,) sirvieron para evaluar que conocen de los factores de riesgo preconcepcional.

Ilustración 2: Distribución de las respuestas incorrectas según conocimiento sobre prevención en la etapa preconcepcional establecido en el cuestionario N° 3 (Nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional), aplicadas a las mujeres en edad fértil. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio de 2016.



Fuente: Tabla 11 (Anexo 1)

* Las preguntas (3,4,5) sirvieron para evaluar que conocen de medidas para prevenir en la etapa preconcepcional.

De acuerdo a los días y temas que prefieren las encuestadas (Anexo 6) para ejecutar el diseño de la estrategia de intervención educativa (Anexo 7) sobre riesgo preconcepcional. Consultorio 28 del Centro de Salud Pascuales. 2016.

Son los siguientes:

Horario: mañana

Días: martes y jueves

2 veces al mes

Temas que prefieren conocer

Embarazo y riesgo

Planificación familiar

Enfermedades de transmisión sexual

13.2 DISCUSIÓN

Esta investigación se planteó con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Centro de Salud Pascuales, pero para lograr este objetivo se dio salida a cada uno de los objetivos específicos como la caracterización del perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres en edad fértil, identificar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional e identificar los componentes para la estructura de la estrategia educativa.

De las 65 mujeres en edad fértil del consultorio estudiado, el 50,8% (33 mujeres) se encuentran entre 20 a 34 años de edad valores que no se pueden comparar de manera general con algunos estudios ya que esta agrupación es amplia pero en consideración de la autora esta distribución fue con la finalidad de identificar el porcentaje de mujeres con riesgo biológico según edad, así tenemos menores de 19 años con un 29,2% (19 mujeres) y mayores de 35 años 20% (13 mujeres), representando el 49% (32 mujeres) como grupo de riesgo. Zurita en el año 2014 en un estudio "Estado nutricional materno como factor de riesgo de bajo peso al nacer en hijos/as de madres adolescentes del Cantón Quero años 2012 al 2014" en Quito, en sus resultados menciona que el factor más frecuente de neonatos con bajo peso es la edad y el peso de la madre (adolescentes con bajo peso) (35)

Coincidiendo con otro estudio "La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil" en Chile(2014) de Donoso y cols. quienes mencionan que mientras mayor edad mayor riesgo tanto materno como fetal y neonatal. (36) Este estudio tuvo como resultado mujeres con nivel de escolaridad secundaria, amas de casa, estado civil unión libre y con nivel socioeconómico bajo, mostrándose de cierto modo a la realidad que se encuentra presente en Ecuador según datos de INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) y el MSP (Ministerio de Salud Pública). (37)

En cambio Amán(2015), en Ambato-Ecuador reporta que fueron las solteras el grupo predominante debido a rupturas sentimentales, engaños y hogares inestables; coincidiendo con Haro(2016) Ambato-Ecuador con el nivel de escolaridad secundaria (2), (38)

De las 65 mujeres en edad fértil del consultorio estudiado, 59 de ellas poseen algún riesgo preconcepcional, como se puede apreciar hay factores que no se puede eliminar, como son las enfermedades crónicas no transmisibles como la enfermedad cardiovascular, multiparidad, pero sí controlar y atenuar el riesgo controlando las mismas, y esto necesita en gran medida un componente educativo, teniendo en cuenta además si se desea o no un embarazo, ya que la solución no se basa solamente aplicar algún método anticonceptivo, sino lograr el estado óptimo para concebir el embarazo. Existen además otros factores predominantes como el periodo intergenésico corto, bajo peso, la obesidad, estos factores que sí pueden ser modificables, hasta eliminarlos.

En cuanto al conocimiento que poseen estas mujeres sobre el riesgo preconcepcional, el 49 % tiene un nivel de conocimiento bajo, si bien es cierto esto en su mayoría refleja directamente proporcionalmente a su nivel de estudio.

14. CONCLUSIONES

- A pesar de que existen normas y protocolos para la planificación familiar es de suma importancia la identificación del riesgo preconcepcional siendo esta de forma individualizada.
- Son las adolescentes que prevalecen al grupo en estudio siendo las amas de casa, con nivel de educación secundaria quienes predominan.
- El comportamiento del riesgo preconcepcional en la población femenina del consultorio 28 tiene predominio Biológico.
- El nivel socioeconómico bajo está íntimamente relacionado con el nivel de educación, la presencia de factores de riesgo preconcepcional, y el desconocimiento sobre el tema.
- La utilización de métodos anticonceptivos no es sinónimo de conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional, pues las mujeres lo ven como la alternativa de no procrear, siendo además la planificación familiar y utilización de métodos anticonceptivos una herramienta fundamental para extender la concepción en el momento idóneo.
- Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio 28.
- Una intervención educativa sobre los factores de riesgo preconcepcional en este grupo de estudio, elevaría el nivel de conocimiento con la finalidad de concientizar la importancia de mejorar o cambiar los factores de riesgo modificables, evitando así embarazos no deseados, abortos inducidos e inclusive la mortalidad materno-infantil.

15. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de haber obtenido importante información a través de este trabajo de investigación es merecedor por parte del autor mencionar algunas inconformidades, las mismas que no influyen en los resultados obtenidos, así tenemos:

1.- A pesar de que existe una norma y protocolo de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública, de cierto modo representa algo superficial indicando en ella que la asesoría o la atención preconcepcional debe ser dada por el personal con capacitación mínima en salud sexual y salud reproductiva. Quizás esta es una de las razones que hasta la actualidad no ha existido la concientización, educación e incentivo de las mujeres en edad fértil por preservar su salud.

2.- El no contar con un departamento de planificación familiar dirigido exclusivamente para ello como existe en otros países, enlentece la investigación ya que el estudio se lo realiza a todas las mujeres en edad fértil por no tener información completa de la caracterización del riesgo preconcepcional en el centro de salud. Sugiriendo se implemente este departamento con personal altamente capacitado.

3.- Las fichas familiares utilizadas para la elaboración del ASIS (Análisis de Situación Integral de Salud) y estipuladas por el MAIS (Manual de atención integral de Salud) (39), (40) de igual manera no permitieron recopilar la información necesaria de mujeres que tengan algún riesgo preconcepcional.

Es por ello que se sugiere se tome las medidas y la coordinación necesaria para la modificación de las fichas familiares levantando información que utilice el médico de familia o personal de salud de primer nivel para tener datos completos, concretos, reales, necesarios y a su vez facilitar en futuras investigaciones.

16. Bibliografía

1. SALUD OMDL. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2016 [cited 2016 OCTUBRE 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-deaths/es/>.
2. VILLEGAS EEA. MUJERES CON RIESGO PRECONCEPCIONAL . ATENDIDAS EN EL HOSPITAL IEES AMBATO. 2015. Repositorio.
3. OMS. Salud Reproductiva. [Online].; 2016 [cited 2016 octubre 1. Available . from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.
4. MSP. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2016 [cited 2016 Septiembre . 15. Available from: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>.
5. Fescina RH DMBDRJMGSSDP. Cuidado Preconcepcional. In CLAP/SMR . OPdLS. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS.; 2011. p. 19.
6. Alcázar VH. Riesgo Reproductivo. In Ferrán MTS, editor. Obstetricia y . Ginecología. 3rd ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 23.
7. Dra. Marvelis Mainegra DNPRDTC, DOB. Riesgo reproductivo . preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spiritus. Gaceta Médica Espirituana. 2011; 13(2).
8. Roviralta Puente Cristina RVSJLVAG, RHWJ, LdCF. La consulta . preconcepcional en el Área de Salud de Toledo. Revista clínica de Medicina y Familia. 2013 Febrero; 6(1).
9. Obstetricia SEdGy. ProSEGO. [Online].; 2010 [cited 2016 octubre 16. . Available from: https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf.
10. Síntes AR. Salud Familiar. In Síntes A. Medicina Familiar. Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 156.
11. Pérez K, Serrano M, Hernández K. Educación para la Salud y Acciones de 1. Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(2).
12. Chile MdSd. MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA. [Online].; 2008 2 [cited 2016 octubre 12. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>.
13. Santisteban R. Obstetricia y Ginecología. Tercera ed. Ferrán MTS, editor. 3 Habana: Ciencias Médicas; 2014.

- 1 L. EIO. Protocolo de Atención Preconcepcional. [Online].; 2014 [cited 2016 4 noviembre 4. Available from: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolo-atenci%C3%B3n-preconcepcional.pdf>.
- 1 Salud CND. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. [Online]. Quito; 2010 [cited 2016 septiembre 16. Available from: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/norma_planif_famil.pdf.
- 1 Lauren AMJ. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015. Tesis para Obtención de Título Profesional. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, Obstetricia; 2015.
- 1 Tocabens MBE. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Actualización. Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Epidemiología; 2010.
- 1 ROJAS AEC. Guía de Consulta Preconcepcional. [Online].; 2013 [cited 2016 8 septiembre 15. Available from: http://fappd.saludcapital.gov.co/moodle/pluginfile.php/10845/mod_resource/content/4/GUIA%20DE%20CONSULTA%20PRECONCEPCIONAL.pdf.
- 1 Fuenzalida C, Javiera VPGCCCJ. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online].; 2013 [cited 2016 agosto 15. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-75262013000600012.
- 2 Jose Aguilar C LBRRJLNMAM. Diabetes mellitus materna y su influencia en el neurodesarrollo del niño. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 15. Available from: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/10069/pdf_8634.
- 2 Silvia Fernández Ureña DM. Hipertiroidismo durante el embarazo y repercusiones feto-neonatales. [Online].; 2013 [cited 2016 julio 16. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133n.pdf>.
- 2 Bromley R, WJ, AN, GJ, SA, MA, TSC, MA. El tratamiento para la epilepsia durante el embarazo: resultados del desarrollo neurológico en el niño. [Online].; 2014 [cited 2016 noviembre 15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25354543>.
- 2 Cisneros Domínguez GBNAL. Alcohol, tabaco y malformaciones congénitas labioalveolopalatinas. [Online].; 2014 [cited 2016 noviembre 15. Available from: <http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=3684445167015>.
- 2 Araceli Mombiela Guillén LLVMMCMASCCE. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: PREVENCIÓN PRIMARIA. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. 2016; 1(1).
- 2 Ecuador ANRD. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2008, 2015 [cited 2016 noviembre 14. Available from: <http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-20/transparencia-2015/literal-a/a2/Const-Enmienda-2015.pdf>.

- 2 Pública MdS. REGLAMENTO PARA REGULAR EL ACCESO DE
6 METODOS ANTICONCEPTIVOS. Acuerdo Ministerial. [Online].; 2013
. [cited 2016 septiembre 12. Available from:
[http://observatoriodinternacional.com/wp-
content/uploads/2014/09/Ecuador-Reglamento-para-regular-acceso-a-
m%C3%A9todos-anticonceptivos-2013.pdf](http://observatoriodinternacional.com/wp-content/uploads/2014/09/Ecuador-Reglamento-para-regular-acceso-a-m%C3%A9todos-anticonceptivos-2013.pdf).
- 2 Nacional C. Ley Orgánica de Salud(modificada). [Online].; 2012 [cited 2016
7 septiembre 2. Available from: [http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-
content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-
LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
- 2 Codificación.Actualización CdLy. Código Civil. [Online].; 2015 [cited 2016
8 septiembre 15. Available from:
[http://www.espol.edu.ec/sites/default/files/archivos_transparencia/Codi
go%20Civil.pdf](http://www.espol.edu.ec/sites/default/files/archivos_transparencia/Codigo%20Civil.pdf).
- 2 codificación Cdly. Ley de la maternidad gratuita y de la infancia. [Online].;
9 2006 [cited 2016 octubre 14. Available from:
[https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ECU%202006
%20-%20Ley%20de%20maternidad%20gratuita.pdf](https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ECU%202006%20-%20Ley%20de%20maternidad%20gratuita.pdf).
- 3 women UNefGEateo. RECOMENDACIONES GENERALES. [Online].;
0 1986 [cited 2016 agosto 15. Available from:
[http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm
-sp.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm).
- 3 Unidas Odn. ONU. [Online].; 2015 [cited 2016 noviembre 14. Available
1. from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- 3 2013.2017 PN. Objetivos Nacionales del Buen vivir. [Online].; 2015 [cited
2 2016 octubre 16. Available from: [http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-
mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2](http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2).
- 3 Salinero JG. Estudios descriptivos. [Online].; 2004 [cited 2016 agosto 15.
3 Available from:
[http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudi
os%20descriptivos.pdf](http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf).
- 3 Manterola Carlos OT. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados
4 con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. [Online].; 2014 [cited 2016
. agosto 16. Available from:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
95022014000200042&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042&lng=es). [http://dx.doi.org/10.4067/S0717-
95022014000200042](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042).
- 3 Morejón. LAdJT. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No.1
5 del Policlínico “Carlos Verdugo”. 2008.. Revista Médica Electrónica. 2008;
. 30(6).
- 3 Enrique Donoso JAC. La edad de la mujer como factor de. [Online].; 2014
6 [cited 2016 noviembre 16. Available from:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
98872014000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004).
- 3 INEC M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT
7 2012, Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva.
. [Online].; 2012 [cited 2016 octubre 16. Available from:
<http://190.152.152.74//documentos/web->

[inec/Estadísticas Sociales/ENSANUT/SaludSexual y Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf](#).

3 SALAS MGH. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital Regional Docente Ambato. Tesis para Titulación. Ambato: Universidad Autónoma Regional de los Andes; 2016.

3 Riera MR. Análisis de Situación de Salud. ASIS. Guayaquil: Centro de Salud Pasaules, Medicina Familiar y Comunitaria; 2014.

4 Pública MdS. Manual del Modelo de atención integral de salud. Quito: MSP; 2012.

ANEXO 1

Tabla 11: Distribución de las respuestas incorrectas según conocimiento sobre prevención en la etapa preconcepcional establecido en el cuestionario N° 3 (Nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional), aplicadas a las mujeres en edad fértil. Centro de Salud Pascuales. Enero a junio de 2016.

Preguntas	Número	%
5.- beneficioso realizar un estudio antes del ebarazo?	28	43
4.- bueno tomar ácido fólico antes del embarazo	27	42
3.- necesario planificar un embarazo ?	16	25

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, con cédula de identidad número....., paciente perteneciente del consultorio 28 del Centro de Salud Pascuales he recibido por parte de la Md._____ la información verbal clara y he comprendido los objetivos y beneficios de la investigación sobre el nivel de conocimiento de riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Dicha investigación no tiene ningún interés económico ni de lucro, sino más bien tiene la finalidad de analizar mis factores de riesgo y evaluar mi nivel de conocimiento sobre ese aspecto, logrando posteriormente junto con el equipo de salud tomar medidas educativas, preventivas, de diagnóstico y tratamiento si fuera necesario.

Esta investigación se llevará a cabo a través de 1 encuentro, en domicilio como en el consultorio 28 a través de encuestas. Acordando que mi identidad personal es totalmente confidencial con excepción de los que formen parte de esta investigación además doy mi consentimiento para que también los resultados sean publicados, y en caso de retirarme puedo hacerlo libremente sin repercusión de ninguna índole. Me es indicado que tengo la facilidad de contactarme con la Md. del consultorio 28 a través de teléfono 0959642270 o personalmente en caso de requerir mayor información.

Por lo antes expuesto dejo constancia que mi participación en este estudio es **VOLUNTARIA.**

Nombre _____ del
paciente _____ firma _____ fecha _____ hora _____
Nombre _____ del
médico _____ firma _____ fecha _____ hora _____

ANEXO 3
CUESTIONARIO I

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL.

Fecha de entrevista: _____

Nombre y apellido: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Edad: _____

Nº de historia clínica _____ Nº de cédula de identidad: _____

MARQUE CON UNA (X) LA CARACTERÍSTICA Y RESPUESTA CORRECTA. FAVOR SER LO MÁS SINCERA POSIBLE CON CADA UNA DE ELLAS.

A) Características sociodemográficas

1.- ESTADO CIVIL:

Soltera	
Casada	
Unión libre	
Divorciada	
Viuda	

2.- NIVEL DE ESCOLARIDAD

Sin estudio	
No terminó la escuela(Primaria Incompleta)	
Terminó la Escuela (Primaria)	
No terminó el colegio (Secundaria incompleta)	
Terminó el colegio (Secundaria)	
Técnica o Universitaria	

3.- OCUPACIÓN:

Ama de casa		
Estudia		
No trabaja		
Trabaja, Profesión		¿A qué se dedica?

4.- VIVIENDA

¿Cuántas personas viven en su casa?	
¿Cuántos dormitorios (cuartos) hay en su vivienda?	

B) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Sufre o ha sufrido:

	Si	No	
Enfermedad Cardiovascular			
Hipertensión Arterial			
Antecedente de Accidente Cerebrovascular			
Colesterol y triglicéridos altos			
Diabetes mellitus			
Hepatitis B			
Enfermedad Hepática Grave			
Hipotiroidismo			
Hipertiroidismo			
Tumoraciones mamarias			
Tumoraciones genitales y/o útero			
Preeclampsia- Eclampsia			
Asma Bronquial			
Enfermedad Psiquiátrica			
Intento Suicida			
Violencia o Maltrato Familiar			
Enfermedad de Transmisión Sexual			¿Cuál?

C) ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

1.- SEXUALIDAD Y FECUNDIDAD

1.1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?	Sí		No	
--------------------------------------	----	--	----	--

Si su respuesta fue NO pase al literal E

1.1.1 Edad de su primera relación sexual: _____

1.1.2 Cuántas parejas sexuales ha tenido: _____

1.1.3 Cuántas parejas sexuales tiene al momento: _____

1.2. Edad de su primer embarazo					
1.3. Fecha de su último parto o cesárea					
1.4. Partos normales	Sí		No		¿Cuántos?
1.5. Cesárea	Sí		No		¿Cuántas?
1.6. ¿Presentó alguno de sus hijos alguna malformación congénita?	Sí		No		¿Cuántos?
1.7. ¿Ha nacido muerto o ha fallecido en su primer mes alguno de sus hijos?	Sí		No		¿Cuántos
1.8. ¿Ha nacido prematuro alguno de sus hijos?	Sí		No		¿Cuántos?

1.9. ¿Ha nacido con bajo peso alguno de sus hijos?	Sí		No		¿Cuántos?	
1.10 ¿Ha tenido abortos espontáneos?	Sí		No		¿Cuántos?	

1.11. ¿Le han realizado el examen de Papanicolaou en estos 2 últimos años?	Sí		No	
--	----	--	----	--

D) MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?	Sí		No	
2. ¿Qué método anticonceptivo utiliza?				
3. ¿Se embarazó utilizando algún método anticonceptivo?	Sí		No	¿Cuál?

E) CONDUCTAS PERSONALES

1. ¿Fuma Cigarrillos?	Sí		En ocasiones		Habitualmente		En exceso	
	No							
2. ¿Consume Alcohol?	Sí		En ocasiones		Habitualmente		En exceso	
	No							
3. ¿Consume Drogas o medicamentos?	Sí		No		¿Cuál?			

	Sí	No
¿Está embarazada?		
¿Desea embarazarse durante este año?		

Lo que está en este recuadro sólo llena el entrevistador

NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____
 PESO _____ TALLA _____ IMC _____ GESTAS:
 POSEE RIESGO PRECONCEPCIONAL: SI _____ NO _____

ANEXO 4
CUESTIONARIO II

Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		jes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?			
No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?			
No tiene celular nadie en el hogar		<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular		<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares		<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares		<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares		<input type="checkbox"/>	42

1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?			
No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?			
No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?			
No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?			
No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?			
No tiene TV a color en el hogar		<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color		<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color		<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color		<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?			
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo		<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo		<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		<input type="checkbox"/>	15
Hábitos de consumo			puntuajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?			
No		<input type="checkbox"/>	0
Sí		<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?			
No		<input type="checkbox"/>	0

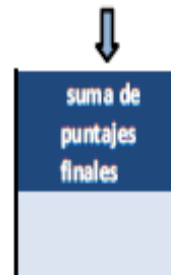
Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

		puntajes finales
Nivel de educación		
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

		puntajes finales
Actividad económica del hogar		
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



ANEXO 5
CUESTIONARIO III

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL

A continuación le relacionamos una serie de preguntas con la finalidad de medir el nivel de información que usted posee sobre el Riesgo Reproductivo Preconcepcional, le rogamos sea sincera en sus respuestas:

1. **¿Conoce usted si existe condiciones o factores antes del embarazo que ponen en riesgo la salud de la mujer durante el embarazo o el parto?**

Sí		No	
----	--	----	--

2. **¿Considera usted que es necesario la identificación y el control de las mujeres que tengan algún factor de riesgo antes del embarazo?**

Sí		No	
----	--	----	--

3. **¿Cree usted que es necesario acudir al médico o ginecólogo para planificar un embarazo?**

Sí		No	
----	--	----	--

¿Por que?

4. **¿Sabe usted si es bueno tomar el ácido fólico antes del embarazo?**

Sí		No	
----	--	----	--

5. **¿Cree usted que es beneficioso para su salud y para la de su futuro hijo realizarle un estudio por parte del médico antes del embarazo?**

Sí		No		No Sé	
----	--	----	--	-------	--

Explique con sus palabras por qué

6. **Mencione 3 enfermedades de transmisión sexual de las que conozca**

1) _____

2) _____

3) _____

No conozco	
-------------------	--

7. De las características que le mencionamos a continuación, ¿Cuáles son las mujeres que usted cree que se encuentran dentro del grupo con riesgo antes del embarazo?

Señale con una X las respuestas correctas. (puede marcar varias opciones)

a) Edad

10 a 19 años con relaciones sexuales

20 a 34 años

Más de 35 años

b) Antecedentes Patológicos Personales

Gripes

Mujeres con enfermedades crónicas (presión alta, Diabéticas u otras)

Apendicitis hace 2 años

c) Hábitos Tóxicos Sí No

En caso de responder sí, diga cuáles hábitos tóxicos conoce

d) Peso

Normal

Desnutridas

Obesas

e) Historia Obstétrica Anterior

Abortadoras frecuentes (3 abortos o más), productos con maformaciones congénitas o muertes fetales.

Partos prematuros o con bajo peso al nacer

Mujeres con más de 3 partos o cesáreas

Mujeres con planificación familiar

Hipertensión Arterial en la última etapa del embarazo anterior o previo

Mujeres ligadas

Cesárea anterior más de 5 años

8. ¿Qué tiempo mínimo debes esperar entre un parto o cesárea para quedar nuevamente embarazada?

No hay tiempo establecido	<input type="checkbox"/>
2 años	<input type="checkbox"/>
5 años	<input type="checkbox"/>

El cuestionario consta de ocho preguntas donde se le dio una calificación de la siguiente forma: 10 puntos las preguntas(1,2,3, 4,5,6,8,) y la pregunta 7 con un valor de 30 puntos(cada literal equivale a 6 puntos).

Nivel de conocimiento alto: 80 a 100 puntos

Nivel de conocimiento medio: 60 a 70 puntos

Nivel de conocimiento bajo: menos de 60 puntos

Puntuación							
Nivel de Conocimiento	de	alto		medio		bajo	

ANEXO 6

DISPONIBILIDAD DE HORARIO PARA RECIBIR EDUCACIÓN SOBRE RIESGO PRECONCEPCIONAL

Encierre con un círculo según su preferencia

Para la realización de las actividades educativas sobre riesgo preconcepcional (antes del embarazo) en mujeres en edad fértil.

1.- ¿Qué horario le resulta más cómodo?

Mañana

Tarde

¿Qué hora? _____

2.- ¿Qué días dispone?

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

3.- ¿Cuántas veces al mes?

4.- ¿Qué temas le gustaría que trataran?

ANEXO 7

Diseño de Estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 28 del centro de salud Pascuales.

¡Yo decido el plan de mi vida reproductiva!



Estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional

Md. Janeth Mabel Rojas Riera
Posgradista de Medicina Familiar y
Comunitaria

PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

1. Título de la estrategia: ¡Yo decido el plan de mi vida reproductiva!

2. Datos informativos

Institución ejecutora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Institución Beneficiada: Centro de Salud Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarias: Mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 28 del centro de salud Pascuales.

Autora: Md. Janeth Mabel Rojas Riera

Equipo técnico responsable:

Md. Janeth Mabel Rojas Riera (Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria)

Dr. Mario Luis Peña Martínez (Tutor de tesis)

Ayudantes: Presidenta del cuerpo consular de Damas de la Coop. San Fco-Pascuales, Director del Centro de Salud Pascuales, Técnicos de Atención Primaria (TAPS)

Nº de participantes: 65 mujeres en edad fértil

Grupos: 3 de 16 personas y 1 de 17 personas

Encuentros por grupos: 6 encuentros

Duración: 8 horas para cada grupo

20 hora empleadas por la autora para la realización de la intervención educativa

Frecuencias: 1 hora en 4 encuentros y en 2 encuentros que son los de apertura y cierre del programa 2 horas.

Frecuencia quincenal

Tiempo estimado: 10 semanas (2 meses y 15 días)

3. Justificación de la propuesta

En Pascuales no existe información de alguna investigación y más aún de una intervención educativa dirigida a las mujeres en edad fértil sobre riesgo preconcepcional.

Mediante un estudio exploratorio empíricamente se identificó que de 12 gestantes, 10 mujeres (83%) presentaron factores de riesgo preconcepcional, los mismos que pudieron ser prevenibles, modificables y controlados, así mismo desconocían acerca del riesgo preconcepcional y ni siquiera tenían conciencia de que ellas presentaron algún factor de riesgo preconcepcional, estos datos se confirmaron a través de la investigación realizada por la autora en cuanto a la caracterización sociodemográfica y clínica se pudo identificar que los factores de riesgo preconcepcional se encuentran involucrados en la población en estudio, tanto biológicos como psicosociales, que solo 6 mujeres (9,2%) de las 65 mujeres en estudio no posean aparentemente algún factor de riesgo preconcepcional es una cifra sorprendente, aunque quizás no alejada a la realidad que se vive en el Ecuador; y en cuanto al desconocimiento sobre riesgo preconcepcional la población en estudio tuvo como resultado que el 49% presentó nivel de conocimiento bajo, 46% nivel de conocimiento medio y el 5% nivel de conocimiento alto, resultados que coincidieron de acuerdo al nivel de escolaridad que cursaron.

Siendo el desconocimiento una de las causas de grandes complicaciones de salud, altamente prevenibles, modificables o evitables, es el incentivo para la autora diseñar una estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional dirigida para éstas mujeres en edad fértil, logrando así aumentar el nivel de conocimiento y más aún concientizando la importancia de la responsabilidad del autocuidado, el de saber el momento idóneo para la concepción con resultados exitosos de tener hijos sanos y saludables en un medio acogedor con una familia estructurada llena de principios y virtudes.

La población en estudio necesita el empleo de una estrategia educativa sobre riesgo preconcepcional, para así no tener embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y a su vez a largo plazo ayudar a cumplir con uno de los objetivos del milenio y los objetivos del buen vivir como es la disminución de la mortalidad materna.

Objetivo General

Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio 28. Centro de Salud Pascuales.

Objetivos Específicos:

Describir el comportamiento del riesgo preconcepcional de las participantes

Concientizar la magnitud del problema conocido

Facilitar información sobre la conceptualización del riesgo preconcepcional

Describir la clasificación de los factores de riesgo preconcepcional

Explicar que importantes factores de riesgos preconcepcionales pueden ser prevenibles como las enfermedades de transmisión sexual.

Orientar las principales medidas para la prevención y modificación de riesgo preconcepcional

Proporcionar la responsabilidad individual del autocuidado

4. Fundamentación teórica:

Tradicionalmente el nacimiento de un hijo sano, a nivel de todas las sociedades es algo maravilloso, de dicha y felicidad, pero para muchas familias termina siendo todo lo contrario sumando a ello el peligro, las secuelas e incluso la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos. (1), “El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños.” (2)

La ignorancia es uno de los peores enemigos de la salud, es por ello que muchas enfermedades se encuentran relacionadas con el desconocimiento, no deslindándose las complicaciones o causas de los factores de riesgo preconcepcional siendo esta etapa preconcepcional la de los cuidados promocionales y preventivos es decir cuando se logra modificar factores o controlar enfermedades existentes previas al embarazo, ya que al coexistir con el mismo aumentaría el riesgo obstétrico y perinatal. Los factores de riesgo preconcepcional pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, y no solamente deben ser valorados en la mujer, sino también el estudio debe ser a su pareja, familia y el entorno. (3)

“La promoción es más que educación para la salud, es más que cambio de estilo de vida, pues implica condiciones supraindividuales que condicionan el comportamiento.” (4)

La educación para la salud es” un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos.” (5)

La visión que se ha tenido hasta la actualidad es la de disminuir riesgos reproductivos y muertes maternas mejorando la calidad de atención prenatal, durante el parto y control del puerperio, pero es una estrategia intervenir educativamente en el periodo preconcepcional así la mujer o pareja decidirán con responsabilidad el momento idóneo para la procreación.

5. Factibilidad :

Se trata de una propuesta que tiene alta posibilidad de realizarse ya que no compromete altos costos sino más bien el interés por parte de la facilitadora en transmitir información y de las participantes en recibirla.

6. Metodología:

Al ser identificadas las necesidades de aprendizaje se elaboró un programa educativo, el mismo que dio prioridad a los resultados negativos de la encuesta y a lo que las participantes refirieron de interés de conocer relacionado al tema. Se diseñó un cuestionario de 8 preguntas y una de ellas tenía 5 literales; teniendo ésta mayor puntuación.

Los encuentros se realizarán en la casa comunal de la Coop. San Francisco de la Parroquia Pascuales, se realizará una invitación dirigida a cada participante (Anexo 8). De las 65 mujeres en edad fértil se divide en 4 grupos, tres de 16 personas y uno de 17 personas, con un total de 6 encuentros, dos de ellos para la apertura y cierre del evento. Cada grupo recibirá por separado cuatro sesiones de 1 hora de duración los días martes y jueves según esté determinado en el cronograma, con frecuencia quincenal. Se empleará metodología activa y participativa posibilitando el desarrollo de una comunicación, mediante el cual el auditorio aprenderá y construirá su conocimiento, promoviendo el diálogo, discusión y confrontación de ideas de las participantes en un ambiente de respeto y tolerancia, mediante los métodos de enseñanza como Dinámicas de presentación, conferencia, conferencia audiovisual, foro, entre otras.

7. Técnicas:

Para la realización de esta estrategia de intervención se utiliza las técnicas o dinámicas de presentación (6) como “el caramelo”, “juego de sábanas”; o métodos de enseñanza con las dinámicas “nombres completos”, “recuerde el nombre de la fruta”, “la baraja”, “discusión dirigida”, “si de repente...”, “manual de preservativos masculinos”

8. Descripción de la propuesta

8.1. Metas:

Elevar el nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional más del 90% de las participantes.

Incentivar el uso de métodos anticonceptivos

Incentivar el uso del preservativo

Lograr que adquieran conocimiento de la responsabilidad del autocuidado

Disminuir embarazos no deseados (meta a mediano plazo)

Aumentar el número de consultas de planificación familiar, atención preconcepcional.

8.2. Recursos

Humanos: médico, Presidenta del Cuerpo Consular de Damas, Director del Centro de Salud, Técnico de Atención Primaria.

Materiales: caramelos con 4 envoltorios diferentes, cartulinas, tijeras, sábana, marcadores, infocus o proyectos, computadora, videos, trípticos, 2 lápices especiales para pintar la piel, 1 desmaquillante, algodón, alfileres, bolígrafos, pizarra, pene de madera, preservativos, T de cobre, anticonceptivos orales, inyectables y subcutáneos.

8.3. Impacto:

Esta estrategia de intervención educativa dejará huellas positivas, pues al conocer sobre riesgo preconcepcional, los factores de riesgo preconcepcional y como prevenirlos, modificarlos y controlarlos, logrará concientizar a las participantes evitando embarazos de alto riesgo por causas previas prevenibles, además a las adolescentes permitirá continuar con un proyecto de vida en beneficio a la sociedad, a las participantes con enfermedades crónicas permitirá controlar su enfermedad hasta su deseo de gestación.

**9. Cronograma de actividades por grupos de acuerdo a los encuentros a efectuarse
Intervención educativa sobre riesgo antes de la gestación (Riesgo preconcepcional)**

Semanas									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apertura del evento Todos los grupos	Martes dia/mes/año Grupo 1	Martes dia/mes/año Grupo 3	Martes dia/mes/año Grupo 1	Martes dia/mes/año Grupo 3	Martes dia/mes/año Grupo 1	Martes dia/mes/año Grupo 3	Martes dia/mes/año Grupo 1	Martes dia/mes/año Grupo 3	Cierre del evento Todos los 4 grupos
	Jueves dia/mes/año Grupo 2	Jueves dia/mes/año Grupo 4	Jueves dia/mes/año Grupo 2	Jueves dia/mes/año Grupo 4	Jueves dia/mes/año Grupo 2	Jueves dia/mes/año Grupo 4	Jueves dia/mes/año Grupo 2	Jueves dia/mes/año Grupo 4	

10. Estructuración del Programa de intervención educativa.

Primer encuentro: Apertura del evento

Tema:

Apertura del evento

Introducción al tema

Comportamiento del riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil del consultorio 28 del Centro de salud Pascuales.

Objetivos:

Brindar un ambiente cálido

Lograr que se conozcan entre compañeras

Conocer la magnitud del problema identificado

Tiempo estimado: 2 horas

Materiales: 65 caramelos surtidos con 4 envoltorios de diferente color, de esta manera se logrará subdividir en 4 grupos.

Cartulinas, marcadores, computadora, infocus, video, tríptico realizado por la autora (Anexo 9).

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la técnica de presentación” El Caramelo” la misma que tendrá dos usos: una para presentación y la otra para subdividir el grupo.

Cada uno tiene un caramelo, de a una por vez se van a ir presentando a partir del nombre y aquello que tenga ganas de decir mientras lo va desarrollando. Se le indica que vayan guardando la envoltura para que posteriormente se vayan agrupando según el color de la envoltura y además cada color representa el número de grupo al cual pertenecerán, se estima un tiempo de 45 minutos. Una vez formados los grupos se aplicará la dinámica de nombres completos, entregando una tarjeta hecha de cartulina para escribir el nombre de cada integrante, junto con un alfiler se dará a la participante para que sea aplicada en la parte delantera de la blusa, de esta manera servirá para la identificación. Además, se indica que dicha identificación tendrá que ser aplicada hasta la finalización del evento. Se estima un tiempo de 15 minutos.

Ya habiendo creado un ambiente cálido y participativo, se procede a la introducción al tema, es decir indicándoles de esta manera se iniciará

aclarando que al decir riesgo Pregestacional, riesgo antes de la gestación, estamos hablando de riesgo preconcepcional y que durante el resto de encuentros aplicaríamos dicha terminología por ende deberán acoplarse a la misma, posteriormente se expondrán los objetivos del evento, metodología, los métodos, los temas a presentar a través de un cronograma estipulado por la autora, el motivo de iniciar esta intervención y los cambios que se pretende alcanzar, a cada participante se entregará un tríptico el mismo que es de la programación durante todo el evento, sirviendo como guía de lo que se dará en cada encuentro pero además de manera voluntaria en el caso de las que dispongan y deseen informarse previamente sobre el tema. Tiempo estimado 30 minutos.

Seguidamente se continuará con la presentación del tema: Comportamiento del riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil del consultorio 28 del Centro de Salud Pascuales, mediante conferencia a través de diapositivas se presentará los resultados obtenidos en la investigación como es la situación en la que se encuentran las participantes, los factores de riesgos preconcepcionales presentes, recalando que fueron ellas las protagonistas de este estudio, de esta manera se espera concientizar e incentivarlas a que inicien con mayor interés de aprender en cada encuentro.

Se procederá a mostrar un video el cual transmite en resumen la importancia de la atención preconcepcional, de forma breve sus riesgos y cuando embarazarse frente a ellos. Tiempo estimado 5 minutos.

Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Segundo encuentro: Conceptualización del riesgo preconcepcional

Tema:

Inicio de la actividad

Conceptualizaciones de riesgo preconcepcional

Factores de riesgo mencionados en el video

Objetivos:

Crear relaciones afectivas entre los mismos

Agregar información del concepto de riesgo preconcepcional

Estimular la importancia de escuchar con atención la información

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: 1 sábana, computadora, infocus, video

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la técnica de presentación "Juego de sábanas" la misma que permitirá que se puedan conocer, creando relaciones afectivas entre los mismos.

Dos participantes cogen de cada extremo la sábana, dividiendo al grupo en dos mitades, al momento que se baja la sábana tendrán que recordar los nombres que se encuentran frente a ellas, el grupo que tenga mayores aciertos será el grupo ganador.

Seguidamente se les indica que tomen sus respectivos asientos para cumplir con el segundo objetivo que es que adquieran información sobre conceptualización del riesgo preconcepcional, a través de un PowerPoint, el mismo que tiene 12 diapositivas refiriéndose a los conceptos de riesgo preconcepcional, atención preconcepcional, consulta preconcepcional.

Luego continuamos con la presentación de un video "En qué consiste la consulta preconcepcional" de duración de 5 minutos, se le indicará a las participantes que se deberá escuchar con atención ya que posteriormente se realizará preguntas de que indiquen los factores de riesgos que mencionan en el video; entre estos tenemos: Diabetes, trastornos metabólicos, edades extremas, embarazos prematuros, abortos, cesárea anterior, entre otros; mediante la técnica "discusión dirigida", en donde el grupo discute e intercambia información obtenida.

Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Tercer encuentro: Clasificación del riesgo preconcepcional

Tema:

Inicio de la actividad

Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional

Factores de riesgo preconcepcional biológico

Factores de riesgo preconcepcional psicosocial

Objetivos

Crear relaciones afectivas entre las participantes

Aportar información sobre factores desencadenantes a un riesgo preconcepcional.

Identificar factores de riesgo biológico y psicosociales.

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: 2 lápices especiales para pintar la piel, 1 desmaquillante, algodón, cartulina, alfileres, tijera, computadora, infocus y video

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la dinámica recuerda el nombre de la fruta, el mismo que se realizará de la siguiente manera.

A cada participante se le da un nombre de fruta (uva, manzana, durazno, banano, pera, durazno, kiwi, coco, piña, chirimoya, higo, naranja, sandía, limón, cereza, frutilla, pomelo, mandarina) escritos en un pequeño recuadro de cartulina, se adhiere a su ropa mediante un alfiler.

Se les indica que durante la hora de la presentación no se llamarán por su nombre sino por el de la fruta, todas estaremos pendiente ya que en el caso de equivocación u olvido se le marcará un punto en el rostro, la participante que tenga más marcada la cara será la que ha perdido y deberá cumplir la penitencia como es la de cantar algo a su gusto, se estima un tiempo de 20 minutos mientras se indica el juego y se aplique las cartulinas con sus respectivas frutas.

Esta dinámica se realiza con la finalidad de observar cuanto se conocen y además para crear relaciones afectivas entre las mismas.

Continuamos con la información de los factores desencadenantes del riesgo preconcepcional, mediante conferencia a través de la presentación de 10 diapositivas(PowerPoint), se estima un tiempo de 10 minutos.

Seguidamente se presenta un video “Consulta preconcepcional”, en éste se observará la importancia de reconocer los factores de riesgo, cuáles son los factores de riesgo biológico y psicosociales, tiene duración de 25 minutos. Es importante referirles que deberán poner mucha atención a la presentación ya que en el cuarto encuentro también habrá ciertas preguntas del video.

Finalmente se expresa las conclusiones y un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro.

Cuarto encuentro: Factores de riesgo preconcepcional

Tema:

Inicio de la actividad

Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional

Enfermedades de Transmisión sexual

Objetivos:

Reforzar conocimientos sobre los factores de riesgo preconcepcional

Conocer las enfermedades de transmisión sexual más comunes

Conocer las enfermedades de transmisión sexual son un factor de riesgo preconcepcional.

Conocer la importancia del preservativo

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: tarjetas simulando naipes o barajas que contengan varias frases en su reverso, tarjetas en blanco, bolígrafos, alfileres, computadora, infocus y video

Desarrollo: Para iniciar esta actividad se utilizará la dinámica grupal “La baraja”, que se desarrolla de la siguiente manera:

El mediador hace 3 equipos de 5 participantes, las mismas que se deben sentarse en círculo. Cada equipo tiene 15 cartas de una baraja y tienen que dividirlos en dos bloques, uno con los factores de riesgos preconceptionales y otras que no corresponden a dichos factores. Después se comprueban los bloques de cada equipo, y el equipo que tenga mayores aciertos será el ganador, al finalizar se indicará las barajas correctas en cuanto a lo solicitado.

Esta actividad se la realiza en base a los conocimientos adquiridos del encuentro anterior, reforzando y a la vez evaluando conocimientos.

Posibles textos de los naipes o barajas:

Tener más de 35 años representa un riesgo preconcepcional

Es peligroso tener más de 3 hijos

Se considera a 1 aborto un factor de riesgo preconcepcional

Se considera más de 3 abortos espontáneos un factor de riesgo preconcepcional

Antecedentes de gripe consecutivas es un factor de riesgo preconcepcional

Tener pareja inestable es un factor de riesgo preconcepcional

La monogamia es un factor de riesgo preconcepcional

La adolescencia (15 a 19 años), se considera un factor de riesgo

El antecedente de apendicitis es un factor importante para un riesgo preconcepcional

Antecedente de preeclampsia y eclampsia no es de importancia

Una mujer desnutrida y obesa tiene la probabilidad de tener hijos prematuros

El alcoholismo, tabaquismo y drogadicción son conductas personales que no afectan en un embarazo

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, hijos prematuros o con malformaciones congénitas son antecedentes personales y gineco-obstétricos de importancia.

Puedo tener un nuevo embarazo con tranquilidad en menos de 2 años de cesárea o parto.

Hacer deporte es perjudicial a largo plazo.

Respuestas correctas: 6

Tiempo estimado: 20 minutos

Continuamos con la dinámica grupal “Si de repente...”, esta permitirá Favorecer la toma de conciencia sobre la valoración social negativa que reciben muchas personas VIH positivas o enfermas de SIDA, reforzar el hecho de que no hay ninguna razón que justifique esta discriminación y a la vez ayuda a incentivar el uso de medidas necesarias para evitar una futura infección o enfermedad de transmisión sexual, el mismo que representa un riesgo preconcepcional.

A cada participante se le da una tarjeta con su respectivo bolígrafo y alfiler, se les pide que escriban en esa tarjeta con una palabra lo que normalmente piensa la sociedad de una paciente con VIH o SIDA, por ejemplo (miedo, temor, feo, etc.); seguidamente estas tarjetas serán reunidas y puestas en una caja para mezclarlas y se irá entregando a cada participante quien en voz alta leerá lo

que está escrito en dichas tarjetas, finalmente se le pide a las participante se coloque con el alfiler en un lugar visible.

Se pedirá a las participantes que se imaginen que ellas se encuentran infectadas de VIH y que su familia, amigos y compañeros les están demostrando la reacción que aparece en su tarjeta ¿Cómo se sentiría?

Tiempo estimado: 20 minutos

La actividad anterior da apertura a la presentación de un video “Enfermedades de transmisión sexual”, el mismo que es un documental, facilitando la atención de las presentes, además que transmite información, siendo las enfermedades de transmisión sexual uno de los factores de riesgo preconcepcional.

Tiempo estimado: 30 minutos

Finalmente se expresará un breve resumen de lo que se verá en el siguiente encuentro y se dará una hoja con toda la información sobre métodos anticonceptivos, se solicitará a cada participante lea, ya que se realizarán preguntas en cuanto a lo dado.

Quinto encuentro: Prevención del riesgo preconcepcional

Tema:

Métodos anticonceptivos

Es mejor cerrar las piernas

Importancia del ácido fólico

Objetivos:

Conocer la importancia y clasificación de los métodos anticonceptivos

Conocer la aplicación correcta del preservativo

Concientizar la importancia de planificar

Demostrar lo aprendido mediante la participación activa

Tiempo estimado: 1 hora

Materiales: pizarra, marcadores, pene de madera, preservativos, T de cobre, anticonceptivos orales, inyectables y subcutáneos, computadora, infocus y video, cartillas, marcadores.

Desarrollo: Con el objetivo de profundizar conocimientos, permitir un análisis crítico del tema y estimular comunicación se realiza la siguiente actividad utilizando la dinámica “discusión dirigida”, se recuerda que en el

encuentro anterior se les brindo información por escrito acerca de los métodos anticonceptivos, por lo cual se iniciará con las siguientes preguntas:

¿Las píldoras o anticonceptivos orales previenen el embarazo y enfermedades de transmisión sexual?

¿Todo método anticonceptivo hace engordar?

¿El anticonceptivo subcutáneo o llamado en la comunidad (la pila o el palito), es de un material duro que se puede quebrar?

¿Puede existir embarazo utilizando algún método anticonceptivo?

Estas preguntas ayudarán para iniciar y guiar la discusión, el moderador pedirá opiniones concediendo los turnos de palabra y permitiendo las aclaraciones que vayan surgiendo. En cuanto vayan disminuyendo los comentarios el facilitador hará un resumen de lo tratado y se mostrará directamente los diferentes métodos anticonceptivos como son las píldoras, las inyecciones, la T de cobre, los preservativos masculino y femenino, implante subcutáneo (implanon), es de importancia que las participantes vean y palpen. Luego se procederá con la enseñanza de la forma correcta de utilizar el preservativo.

Para esto se hace una dinámica “Manual de preservativo masculino”, con el objetivo de conocer el preservativo masculino, los pasos para usarlo correctamente y favorecer la comunicación entre los participantes.

Se forman grupos de 5 personas y se les da una cartilla con los pasos que han de seguir para colocar correctamente un preservativo con el objetivo de que los grupos los ordenen de forma adecuada en el menor tiempo posible.

Cada cartilla tendrá:

Excitación

Pene en erección

Abrir el envoltorio

Colocar el preservativo

Penetración

Eyaculación

Retirar el pene

Pérdida de la erección

Quitar el preservativo

Tirarlo a la basura.

Cada grupo debe explicar cómo los ha colocado y por qué.

El moderador finalmente, mostrará la secuencia correcta de utilización a todo el grupo mediante el pene de madera.

Tiempo estimado: 30 minutos

Posteriormente se pasará un video “es mejor cerrar las piernas”, éste tendrá el objetivo de fortalecer la importancia de utilización de métodos anticonceptivos y la planificación familiar.

Tiempo estimado: 10 minutos

Seguidamente se enseñará otro video “importancia del ácido fólico”, si bien es cierto los temas expuestos en este encuentro permitirá conocer que existen factores de riesgos modificables y prevenibles y cuáles son las medidas a tomar.

Tiempo estimado: 10 minutos

Antes de finalizar se pide a las participantes expongan con sus palabras la importancia de lo aprendido, se pide a 5 voluntarias que indique un breve resumen de la información obtenida y cómo esto ayudará en su vida personal.

Tiempo estimado: 10 minutos

Para finalizar se aplica el post test y además se invitará a todos los grupos acudir en el último encuentro para dar cierre al evento, indicando que ese día se entregará el certificado de asistencia, cabe recalcar que es importante que haya acudido a todos los encuentros efectuados, valiéndonos por la firma de asistencias.

Sexto encuentro: Cierre del evento

Palabras del Director/a del Centro de Salud

Brevemente se hace la presentación mediante un esquema comparativo (pre y post intervención educativa) del nivel de conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Lo que se aspiró es elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional.

Se entregará los certificados de asistencia independientemente de la nota obtenida, a aquellas mujeres que se presentaron en todos los encuentros.

Agradeciendo de la facilitadora a todas las presentes por el tiempo brindado, su participación activa y el esfuerzo que cada una hizo.

Referencias

- Villegas EEA. Mujeres con riesgo preconcepcional atendidas en el Hospital IESS Ambato. 2015. Repositorio.
- OMS. Salud Reproductiva. [Online].; 2016 [cited 2016 octubre 1. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/" http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/ .
- Dra. Marvelis Mainegra DNPRDTC,DOB. Riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente "Miguel Montesino Rodríguez". Fomento. Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana. 2011; 13(2).
- Síntes AR. Salud Familiar. In Síntes A. Medicina Familiar. Habbana: Ciencias Médicas; 2014. p. 156.
- Pérez K, Serrano M, Hernández K. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. Revista Cubana de Enfermería. 2016; 32(2).
- España ClJd. Dinámicas de grupo. [Online].; 2008 [cited 2016 agosto 15. Available from: HYPERLINK "http://www.gazteukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala_sexualitate/es_material/adjuntos/Dinamicas_de_%20grupo.pdf" [http://www.gazteukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala_sexualitate/es_material/adjuntos/Dinamicas de %20grupo.pdf](http://www.gazteukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala_sexualitate/es_material/adjuntos/Dinamicas_de_%20grupo.pdf) .

ANEXO 8

¡Yo decido el plan de mi vida reproductiva!



Estimada.-(Nombre)

Tenemos el agrado de invitarle a que forme parte de la 1era intervención educativa sobre riesgo preconcepcional (antes de la gestación).

En dónde? : Casa comunal (Coop. San Fco. - Pascuales)

Cuándo? : día/mes/año



ANEXO 9

Factores de riesgo preconcepcional: Modificables, prevenibles y controlados

Cuarto encuentro	Tema	Objetivos	Métodos de enseñanza	Tiempo	Recursos
8H30 A 9H00	Métodos anticonceptivos	Conocer la importancia y clasificación de los métodos anticonceptivos	Dinámica "Discusión dirigida" Conferencia	10 minutos 10 minutos	pizarra Marcadores Computadora Infocus
8H50 A 9H00	Es mejor cerrar las piernas	Fortalecer la importancia del uso de métodos anticonceptivos	Conferencia audiovisual	10 minutos	video
9H00 A 9H25	Importancia de la atención preconcepcional por el médico. Responsabilidad individual del autocuidado.	Lograr la participación de cada una, demostrando lo aprendido	FORO Conferencia	15 minutos 15 minutos	Computadora Infocus video
9H25 A 10H00	Agradecimiento e invitación para el cierre del evento y la entrega del certificado. Aplicación del Posttest				



*"La educación, como la luz del sol,
puede y debe llegar a todos"*
José Pedro Varela

¡Yo decido el plan de mi vida reproductiva!



1era.

Intervención educativa sobre
Riesgo
antes de la gestación

LUGAR: Casa Comunal
DÍAS: martes y jueves
HORA: 8H30 a 10H30
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
CENTRO DE SALUD PASCUALES
Md. Mabel Rojas Riera
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
PRIMERA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE RIESGO ANTES DE LA GESTACIÓN
DIA/MES/AÑO
CASA COMUNAL
SAN FRANCISCO- PASCUALES**

PROGRAMA

Primer encuentro	Tema	Objetivos	Métodos de enseñanza	Tiempo	Recursos
8H30 A 9H30	Apertura del evento	Brindar un ambiente cálido Conocer a sus compañeras	Dinámica "El Caramelo" Dinámica "Nombres completos"	45 minutos 15 minutos	Caramelos surtidos Cartulinas marcadores
9H30 A 10H00	Introducción al tema	Presentación de la programación y sus objetivos	conferencia	30 minutos	Computadora Infocus trípticos
10H00 A 10H30	Comportamiento del riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil del consultorio 28 del Centro de salud Pascuales.	Conocer la magnitud del problema	Conferencia Conferencia audiovisual	20 minutos 10 minutos	Computadora Infocus videos

Conceptualización del riesgo preconcepcional

Segundo encuentro	Tema	Objetivos	Métodos de enseñanza	Tiempo	Recursos
8H30 A 8H50	Inicio de la actividad	crear relaciones afectivas entre los mismos.	Dinámica "Juego de sábanas"	20 minutos	1 sábana
8H50 A 9H05	Conceptualizaciones del riesgo preconcepcional	Agregar información del concepto de riesgo preconcepcional	conferencia	15 minutos	Computadora Infocus
9H05 A 9H10	Importancia de la atención preconcepcional Cuántos factores de preconcepcional mencionan en el video?	Estimular la importancia de escuchar con atención la información.	Conferencia audiovisual Dinámica "Discusión dirigida"	5 minutos 15 minutos	Computadora Infocus videos
9H10 A 9H30	Breve resumen de lo que se realizará en el próximo encuentro		Conferencia	5 minutos	

Clasificación del riesgo preconcepcional

Tercer encuentro	Tema	Objetivos	Métodos de enseñanza	Tiempo	Recursos
8H30 A 8H50	Inicio de la actividad	crear relaciones afectivas entre las participantes.	Dinámica "Recuerda tu fruta"	20 minutos	2 Lápiz especiales para pintar piel Desmaquillante
8H50 A 9H00	Factores desencadenantes del riesgo preconcepcional	Aportar información sobre factores desencadenantes	conferencia	10 minutos	Computadora Infocus
9H00 A 9H25	Factores de riesgo preconcepcional Biológicos Factores de riesgo preconcepcional psicosocial Breve resumen de lo que se realizará en el próximo encuentro	Identificar factores de riesgo biológicos y psicosocial	Conferencia audiovisual Conferencia	25 minutos 5 minutos	Computadora Infocus videos

**Factores de riesgo preconcepcional
Enfermedades de Transmisión sexual**

Cuarto encuentro	Tema	Objetivos	Métodos de enseñanza	Tiempo	Recursos
8H30 A 8H50	Inicio de la actividad	crear relaciones afectivas entre los mismos.	Dinámica "Recuerda tu fruta"	15 minutos	marcadores
8H50 A 9H00	Factores de riesgo preconcepcional modificables y no modificables	Aportar información sobre factores desencadenantes	Dinámica "Lluvia de ideas"	10 minutos	Pizarra marcadores
9H00 A 9H25	Enfermedades de transmisión sexual	Identificar factores de riesgo biológicos y psicosocial.	Conferencia audiovisual	30 minutos	Computadora Infocus videos
9H25 A 10H00	Breve resumen de lo que se realizará en el próximo encuentro		Conferencia	5 minutos	





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Rojas Riera Janeth Mabel, con C.C: # 0704753078 autora del trabajo de titulación: "Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016" previo a la obtención del grado de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de enero de 2017

f. _____

Nombre: Rojas Riera Janeth Mabel

C.C: 0704753078



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016"		
AUTOR(ES)	Rojas Riera Janeth Mabel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Mario Luis Peña Martínez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria		
GRADO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de enero del 2017	No. DE PÁGINAS:	85
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Atención preconcepcional, factores de riesgo, diseño, educación.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: La muerte materna es un grave problema de salud pública con gran impacto individual, familiar, social y económico que requiere acciones educativas dirigidas a mejorar su comportamiento y estilo de vida. Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en el que se analizó el perfil sociodemográfico y clínico, el comportamiento del riesgo preconcepcional, el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional y los componentes para diseñar la estrategia de intervención educativa sobre factores de riesgo preconcepcional, mediante la aplicación de 3 cuestionarios, en una población de 65 mujeres en edad fértil pertenecientes al consultorio 28 del Centro de Salud Pascuales en el año 2016. Resultados: El grupo predominante fue la edad entre 15 a 19 años con 19(29,2%), con un nivel de educación secundaria 46(70,8%), ama de casa 66,2%, el 17% presenta hacinamiento, la hipertensión arterial 31% es el antecedente patológico personal predominante, el periodo intergenésico corto 32,7% y la multiparidad 27,3% fueron los antecedentes gineco-obstétricos de predominio. El 49% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 46% un nivel de conocimiento medio, y el 5% nivel de conocimiento alto, teniendo predisposición para recibir la intervención educativa. Conclusiones: Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo preconcepcional en las mujeres en edad fértil del consultorio 28. Existe la predisposición de recibir educación sobre riesgos preconcepcionales.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2029031	E-mail: mabelina_87@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4- 2206953-2-1-0 ext: 1830.		
	E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			