



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO CON ENFOQUE FAMILIAR
SOBRE CONTROL PRECONCEPCIONAL, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES
LOCALES, UNCOVIA, CUENCA, 2015 - 2016.**

**Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

Autora: Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz

CI. 0102974227

Director: Dr. Ulises Vicente Freire Argudo

CI. 0300760659

Cuenca – 2017



RESUMEN

Introducción: La preconcepción está casi invisibilizada, esto impide reconocer factores determinantes y riesgos. Para enfrentar este problema fue necesario interpretar las percepciones de adultos jóvenes, diagnosticar y trabajar en conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) preconceptivas a través de una propuesta educativa con metodologías apropiadas para lograr el ejercicio del derecho a la preconcepción.

Objetivo: Evaluar un programa educativo con enfoque familiar de promoción del control preconcepcional, a partir de las percepciones de los adultos jóvenes, UNCOVIA, parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2015 – 2016.

Materiales y métodos: Se utilizó 2 diseños, uno cualitativo que sirvió de base para elaborar una propuesta educativa sobre preconcepción y otro cuasiexperimental que permitió evaluar un programa educativo orientado a mejorar los CAP preconceptivos. La investigación tuvo tres fases: caracterización sociodemográfica y familiar; estudio etnográfico sobre preconcepción con diseño del programa educativo; y, evaluación del nivel de CAP antes y después.

Resultados: El estudio etnográfico reveló aspectos biopsicosociales y factores protectores, destructores y reguladores en torno a la preconcepción, clasificados en 4 categorías: macrosistema, mesosistema, microsistema y ontosistema. El promedio de conocimientos y prácticas se incrementó de 18,62% (IC 95%: 15%-22%) al 80,27% (IC 95%: 75%-84%; X^2 de McNemar 6,96. $P < 0,05$) y de 35,80% (IC 95%: 35%-36%) a 52,27% (IC 95%: 52,02%-52,52%; X^2 de McNemar 4,12. $P < 0,05$), respectivamente.

Conclusiones: La aplicación del módulo educativo sobre preconcepción, mejora significativamente el nivel de conocimientos y prácticas respecto del estado inicial. Los cambios en las actitudes no fueron significativos.

Palabras Clave: CUIDADO PRECONCEPTIVO, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRACTICAS, PERCEPCIONES.



ABSTRACT

Introduction: Preconception is almost invisible; this prevents the recognition of determinants and risks. To address this problem, it was necessary to interpret the perceptions of young adults, diagnose and work on preconceptive knowledge, attitudes and practices (CAP) through an educational proposal with appropriate methodologies to achieve the exercise of the right to preconception.

Objective: To evaluate an educational program with a family approach to promote preconception control, based on the perceptions of young adults, UNCOVIA, Brother Miguel parish, Cuenca, 2015-2016.

Materials and methods: Two designs were used, one qualitative one that was used to elaborate an educative proposal on preconception and another quasi-experimental that evaluated the preconceptive CAP. The research had three phases: socio-demographic and family characterization; Ethnographic study on preconception with design of the educational program; And, evaluation of the CAP level before and after.

Results: Results: The ethnographic study revealed biopsychosocial aspects and protective, destructive and regulating factors around preconception, which were classified into four categories: macrosystem, mesosystem, microsystem and ontosystem. The average of knowledge and practices increased from 18.62% (95% CI: 15% -22%) to 80.27% (95% CI: 75-84%, X^2 McNemar's 6,96. P 0,05), and 35.80% (95% CI: 35-36%) at 52.27% (95% CI: 52.02% -52.52%; X^2 McNemar's 4,12. P 0,05) respectively.

Conclusions: The application of the educational module on preconception, significantly improves the level of knowledge and practices in relation to the initial state. Changes in attitudes were not significant.

Keywords: PRECONCEPTION CARE, KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICES, PERCEPTIONS.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AUTORÍA.....	8
RECONOCIMIENTO	9
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPÍTULO I.....	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	15
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II.....	18
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1 PRECONCEPCIÓN, ENTRE EL DERECHO, EL MITO Y EL RIESGO DE LOS SERES BIOPSICOSOCIALES	18
2.2 PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN TORNO A LA SEXUALIDAD QUE PERMITEN EXPLICAR LOS ENTORNOS DE LA PRECONCEPCIÓN.....	28
2.2.1 EL MODELO SISTÉMICO Y LA SEXUALIDAD	30
2.2.2 LA FAMILIA UN MICROSISTEMA	32
2.2.3 SER HUMANO Y ENTORNO.....	33
2.2.4 PENSAR Y SENTIR.....	34



2.2.5 PERSPECTIVAS SOCIO BIOLÓGICAS	35
2.2.6 LA INTERACCIÓN SIMBÓLICA.....	36
2.2.7 INSTINTO, RAZÓN, CONCIENCIA Y LA SEXUALIDAD	38
2.2.8 DETERMINANTES Y RIESGOS.....	39
2.2.9 PODER, CULTURA Y SEXUALIDAD.....	40
CAPÍTULO III.....	42
3.1 HIPÓTESIS	42
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	42
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
CAPÍTULO IV	43
4 METODOLOGÍA	43
4.1 TIPO DE ESTUDIO	43
4.1.1 DISEÑO ETNOGRÁFICO	43
4.1.2 DISEÑO CUASIEXPERIMENTAL	43
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	44
4.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	44
4.4 MUESTRA	44
4.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	45
4.6 ASIGNACIÓN DE LOS ADULTOS JÓVENES AL ESTUDIO	45
4.7 VARIABLES	46
4.7.1 MATRIZ DE VARIABLES	46



4.7.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. (ANEXO 1)	46
4.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	46
4.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
4.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	46
4.9 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
4.10 PLAN DE ANÁLISIS	50
4.10.1 ESTUDIO ETNOGRÁFICO	50
4.10.2 ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL	50
4.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
CAPÍTULO V	52
5. RESULTADOS	52
5.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y FAMILIAR	52
5.2 PERCEPCIONES SOBRE PRECONCEPCIÓN	53
5.2.1 EL MACROSISTEMA	54
5.2.2 EL MESOSISTEMA	56
5.2.3 MICROSISTEMA	58
5.2.4 ONTOSISTEMA	61
5.3 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PRECONCEPTIVAS, ANTES Y DESPUÉS DEL MÓDULO EDUCATIVO	63
CAPÍTULO VI	69
6. DISCUSIÓN	69
CAPÍTULO VII	72



7.1 CONCLUSIONES	72
7.2 RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	75
ANEXOS	79



AUTORÍA

Yo, doctora Marisol Liliana Orellana Díaz, autora de la tesis **“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO CON ENFOQUE FAMILIAR SOBRE CONTROL PRECONCEPCIONAL, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES LOCALES, UNCOVIA, CUENCA, 2015- 2016”**; certifico que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 20 de marzo del 2017

Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz

CI. 0102974227



RECONOCIMIENTO

Yo, doctora Marisol Liliana Orellana Díaz, autora de la tesis **“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO CON ENFOQUE FAMILIAR SOBRE CONTROL PRECONCEPCIONAL, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES LOCALES, UNCOVIA, CUENCA, 2015- 2016”**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5, literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 20 de Marzo del 2017

Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz

CI. 0102974227



AGRADECIMIENTO

A Martha, mujer y madre íntegra.

Mi admiración por su sabiduría e inmenso amor, mi respeto por su fuerza para construir una voz propia en un mundo de palabras y silencios y mi agradecimiento por su incondicional apoyo para realizar mis sueños, por creer en mí y por darme la oportunidad de crecer y aprender a vivir.

Al Dr. Ulises Freire por construir de manera participativa un proceso enmarcado en las utopías y en la confianza humanista del médico comprometido con la transformación de la salud.

Marisol



DEDICATORIA

- A las comunidades que luchan por construir un modelo de salud rebelde, en base a la transformación de la impotencia, olvido y necesidad en esperanza, solidaridad y dignidad.
- Al Médico Familiar y Comunitario de convicción, a los profesionales de salud y a los seres críticos y autocríticos que trabajan por el ejercicio del derecho de los pueblos a la salud, tomando en consideración una dialéctica y una historia fundamentada en el Buen Vivir y no en la afirmación del negocio de la enfermedad.

Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz



CAPÍTULO I

1.1 Introducción

Algo que siempre está presente en la preocupación de todo gobierno es el tema de la muerte materno-infantil, varias estrategias a nivel mundial se han probado, cada Estado ha diseñado programas a fin disminuir este terrible hecho que afecta a la dinámica de la familias y de la sociedad, tomando como máxima preocupación la muerte evitable. El trabajo diario en las unidades de salud de primer nivel nos permite palpar directamente la realidad de la salud en general y particularmente la salud sexual y reproductiva, esta problemática hay que entenderla como un proceso complejo e integral, que vincula al individuo, la familia y la comunidad con el macrosistema social, económico, político y cultural, en el cual se establecen los determinantes y los riesgos que repercuten en diversos aspectos de la vida, entre ellos la reproducción, la planificación de la familia y la concepción. El ejercicio del derecho a la planificación de la familia y al control preconcepcional en nuestro país, está lejos de ser una realidad. La identificación del embarazo en muchas ocasiones ocurre luego de una o dos semanas de retraso menstrual, esto anula la posibilidad de realizar el cuidado preconcepcional y la toma de decisiones por parte de la pareja, peor aún de que el equipo asistencial integral de salud pueda trabajar en planificación familiar, preconcepción, promoción de salud, quedando en última instancia el acompañamiento y control gestacional, dentro del cual se educa sobre medidas de prevención de complicaciones maternas y fetales (1).

Vivir diariamente estas experiencias convocó a conocer las opiniones y entender los sentires de los adultos jóvenes en torno a la preconcepción, el diálogo llevó a considerar la necesidad de plantear un programa educativo en respuesta a las diferentes interrogantes y necesidades de aprendizaje; en esta construcción conjunta afloró una metodología participativa y activa, rompiendo el esquema de aula y generando espacios de diálogo a nivel intra y extramural para mejorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas preconceptivas en respuesta a las necesidades sentidas de este grupo de jóvenes de la población.

El control preconcepcional hace referencia al conjunto de medidas que se realizan en el periodo previo al embarazo y que buscan identificar y modificar factores de



riesgo. Esta intervención se desarrolla a través de la consulta preconcepcional entre una mujer, su pareja y el personal de salud (2).

La investigación se desarrolla durante la consulta y visitas domiciliarias a personas de entre 20 y 44 años, hombres y mujeres, de la parroquia Hermano Miguel, del cantón Cuenca, que acuden al centro de salud UNCOVIA, durante los años 2015 y 2016.

En el presente documento exponemos los resultados del programa educativo para mejorar los CAP en torno a la preconcepción, como habíamos anotado anteriormente, parte de las percepciones de los adultos jóvenes sobre este campo, su ámbito biopsicosocial, los factores protectores, destructivos y reguladores dentro de un enfoque sistémico; y, los entornos de los denominados proyectos de vida. Los siguientes capítulos dan cuenta del proceso; en el primero, argumentamos el problema, sus entornos y la justificación del proceso investigativo. En el capítulo II encontramos el fundamento teórico que contiene ámbitos paradigmáticos, generales y específicos, que contextualizan la investigación; en los capítulos III y IV se presentan los objetivos, hipótesis y el planteamiento metodológico del estudio, sus procedimientos e instrumentos de análisis. En el capítulo V exponemos los resultados obtenidos en tres fases del trabajo: una primera de descripción sociodemográfica y familiar, la segunda de interpretación de las percepciones en torno a la preconcepción y una fase final de evaluación de los CAP sobre preconcepción. El capítulo VI incluye la discusión y en el capítulo VII las conclusiones y recomendaciones. En el documento se presenta además referencias bibliográficas y anexos.

1.2 Planteamiento del problema

La preconcepción es un espacio casi invisibilizado en el marco de la función reproductiva, su abordaje como proceso integral y de corresponsabilidad es limitado. La ausencia de atención preconceptiva unida a otros aspectos de la realidad social, impiden reconocer e intervenir de manera oportuna sobre factores determinantes y riesgos en torno al embarazo, su planificación, la salud de la mujer y en general de la familia. La OMS (2016), estima que en los países en desarrollo 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método



anticonceptivo. Asegura que la planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados. Aproximadamente 585.000 mujeres a nivel mundial y 23.000 en Latinoamérica mueren por complicaciones relacionadas con la reproducción, el embarazo y el parto (3).

En el Ecuador las mujeres entre 20 a 44 años representan el 83,33% de la población femenina en edad fértil, de acuerdo a la proyección de población para el 2014 establecida por el INEC (4). Aproximadamente 300.000 mujeres se embarazan cada año, de las cuales sólo el 57,5% acuden a un mínimo de 5 controles prenatales (1). Para el año 2013 en nuestro país la razón de mortalidad materna alcanzó 45,71 por cien mil nacidos vivos; del total de muertes maternas directas, las causas obstétricas representan el 78%, siendo las principales: hipertensión gestacional con proteinuria significativa en el 16,12% de los casos, hemorragia postparto en el 13,55%, eclampsia en el 10,32% y sepsis puerperal en el 5,16% (5). En el ámbito de la planificación familiar, el uso de anticonceptivos desde el año 1979 al 2012 se incrementa del 26,5% al 71,7%, el principal método es la esterilización femenina que alcanza el 32,3%. En cuanto a la fecundidad por edad hay un descenso progresivo en personas de 20 y 49 años, no así en los adolescentes en los cuales se incrementa de 91 por cada 1000 mujeres en el año 1999 a 111 en el 2012 (6).

En términos generales tenemos resultados que podrían denominarse como positivos de las políticas públicas implementadas y circunscritas en uso de alternativas anticoncepcionales en el grupo de adultos jóvenes, (no así en adolescentes) que es el mayor en cuanto al ámbito de la reproducción. Se reconoce un trabajo constante establecido y desarrollado por parte de los servicios de salud, donde se visualizan los ámbitos de la planificación familiar, control prenatal, cuidado obstétrico y neonatal esencial, lactancia y una serie de leyes que se han creado para garantizar los derechos en este campo, entre otros aspectos. A pesar de todo lo alcanzado en materia de salud sexual y reproductiva todavía el tema de la preconcepción es abordado de una manera ligera, circunscribiéndose a consejos de consulta, al uso de metodologías improvisadas; la comunicación e información se da con terminología no apropiada, existe ausencia de objetivos específicos para este campo, a lo que se suma un desconocimiento casi absoluto de aspectos



relacionados con el tema por parte de la comunidad en general, para ellos es complicado entender lo referente a factores determinantes y los riesgos, a componentes biológicos, psicológicos y sociales, a las dinámicas de la pareja y la familia, esto lleva a buscar nuevos propósitos a través del acercamiento a la comunidad, con estrategias sencillas que permitan abordar estos temas delicados concernientes a la reproducción, la concepción, el embarazo en función de la toma de decisiones de manera informada y consensuada, superando el argumento operativo, integrando al ser humano hombre y mujer a través de sus percepciones y realidades, hablando de sus proyectos de vida y aspectos relacionados con el derecho a decidir sobre sus cuerpos, sus identidades, sus anhelos, su autodeterminación, su realización, cubriendo la vida con la garantía constitucional.

1.3 Pregunta de Investigación

¿La aplicación de un programa educativo en adultos jóvenes de UNCOVIA sobre control preconcepcional, mejorará sus conocimientos, actitudes y prácticas en este campo con respecto a su situación inicial y con relación al grupo control?

En la respuesta a esta interrogante nos apoyamos con los siguientes testimonios y estudios: *“Nada. No está superado porque todo lo que me pasó está presente, mi hijo falleció. Yo estaba embarazada de 6 meses y él me pegaba. Cuando mi hijo murió yo decidí separarme de él. Mi mamá me fue dejándome sola y yo no sabía qué estaba pasando y cómo era cuando uno iba a tener un bebé o algo. Mi hijo nació vivo pero murió poco después. Él me dijo que iba a llamarle a mi abuela pero regresó ya cuando mi hijo se murió. Se fue porque ha ido a verle a la otra mujer que tenía él. No sé. Yo nunca me hice atender cuando estaba embarazada. Los médicos me dijeron que probablemente yo no había botado la placenta ni nada de eso. Solo le cogí y le envolví en una manta, estaba desnudito, así como ya le saben entregar a uno. Sí, estaba sola y no sabía qué pasaba. Gritaba que alguien me ayude pero nadie me ayudó”. (Testimonio de madre a los 16 años, actualmente tiene de 28 años – UNCOVIA 2016)*

“Antes sí era mal visto; en cambio ahora es normal ver a chicas embarazadas y ya como eso se ve eso normalmente, entonces es algo normal ahora en este tiempo en cambio antes era más más que uno no podía embarazarse pronto. A nadie podía



preguntarle o enseñarme solamente lo que me dijeron en el trabajo por Internet pero que me haya explicado bien, no. Ahora ya con lo que uno anda viviendo y sabe pero caso contrario no. Igual ya uno sabe que desde que se enferma ya puede embarazarse. Por ejemplo ahora que yo ya sé puedo contarles a mis hermanas pero en esa época yo no tenía mucho conocimiento; y ahora como soy la mayor ya puedo contarles a mis hermanas para que aprendan". (Testimonio hermana mayor de la familia– UNCOVIA 2016)

Estudios:

La preparación preconcepcional entre mujeres brasileñas y la relación con la planificación del embarazo, nos evidencia que sólo el 15,9 % de las mujeres hicieron preconcepción y de estas el 47% completaron una medida de salud en torno a búsqueda de asistencia médica y dieta (7).

Los resultados obtenidos en el “Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud” en Pontavedra, el 68,42% de las mujeres participantes indicaron que no realizaron ninguna consulta médica antes de su embarazo, el 84,8% consideraban que era necesario hacerlo sin embargo no tenían claro la razón del porqué (8)

1.4 Justificación

Las personas adultas jóvenes constituyen un grupo etario amplio, su condición reproductiva les permite ser aptos para la concepción sin embargo pueden estar sujetos a diferentes riesgos. El control preconcepcional es una necesidad insatisfecha, todavía no cumple su cometido, el conocimiento sobre el tema y el abordaje metodológico pueden ser causas. Consideramos una gran oportunidad trabajar con adultos jóvenes y a través de ellos con sus familias mediante herramientas útiles, contextualizadas y adaptadas a su realidad para enfrentar de mejor manera este aspecto. Muchas parejas tienen hijos pequeños y adolescentes, por lo que se vuelve importante trabajar en un programa educativo respondiendo a la posibilidad de un proyecto de vida, aportar en la decisión, en una maternidad segura y centrada en la familia, estableciendo orientaciones acerca de la atención, el asesoramiento, los recursos asistenciales a los que deben acceder las mujeres



que desean lograr un embarazo planificado, aquí es donde juega su rol importante el control preconcepcional.

En este contexto se justifica la realización de esta investigación ya que a partir del análisis de los resultados, podremos formular estrategias educativas desde la unidad de salud, generadoras de conocimiento y posicionamiento crítico en las personas, parejas y/o familias como un derecho a decidir en torno a su reproducción y el control antes de concebir.



CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

Los derechos sexuales y reproductivos no son meros enunciados, son fruto de una lucha histórica que responde a una serie de intereses e inequidades producidas por el manejo del poder político, económico, religioso o de otras índoles y que han dejado enormes huellas fruto de la discriminación, dominación, colonización, arbitrariedad e irrespeto; aquí en el seno de toda esta problemática se levantan las voces, se desarrollan reuniones globales para hablar de los derechos humanos, de la Atención Primaria en Salud, de la salud sexual y salud reproductiva, del aborto, de la participación social.

2.1 Preconcepción, entre el derecho, el mito y el riesgo de los seres biopsicosociales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Constitucional manifiesta que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (9), manifiesta además que “es derecho fundamental el grado máximo de salud que todo ser humano pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. El desarrollo económico y social es considerado como un prerrequisito para tener una población sana (10).

La salud reproductiva, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (9).



Estos entendidos y constructos universales son parte sustancial en el afloramiento de la conciencia individual, colectiva e histórica sobre derechos y al mismo tiempo del sentido de los contextos políticos y su presentación diversa.

En la segunda mitad del siglo anterior, mientras se debatían los conceptos; las realidades sociopolíticas de los países presentaban dinámicas diversas, el mundo estaba dividido en bloques y los gobiernos tenían formatos democráticos o dictatoriales, que respondían a intereses geopolíticos de países dominantes, en donde el marco de los derechos universales sufrieron grandes reveses; como olvidar a las Madres de la Plaza de Mayo en Argentina o la dictadura militar en Chile desde 1973 que abrió la economía neoliberal al mundo y cerró la participación social inutilizando los avances de las mujeres y hombres en tema de derechos.

Con el regreso de Latinoamérica a la democracia se promueve la preocupación social de los estados, la reinserción laboral, la atención en salud, las oportunidades para la educación, la participación y el debate sobre los derechos humanos y entre ellos los reproductivos, que serían expresados en las constituciones y por tanto en las políticas de los estados, se da la generación de diálogos y acuerdos para proyectar y cumplir con lo que el mundo venía deliberando.

El año de 1978 constituye un hito histórico en la salud y en los derechos; la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata lanzaba su Declaración cuyo lema decía «Salud para todos en el año 2000», fue un llamado a los gobiernos, los pueblos en general, los trabajadores de la salud y la comunidad internacional para tomar acciones, promover y proteger el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo, incluyendo el cuidado materno e infantil, la planificación familiar; participaron 134 países así como 67 organizaciones internacionales (11).

Al término de este primer llamado, en el año 2000, 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015 los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); ocho propósitos de desarrollo humano entre los que encontramos los objetivos 3, 4, 5 y 6 relacionados con los derechos sexuales y reproductivos que se establecen para promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres, reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años, mejorar la salud materna, reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna, lograr el acceso universal a la salud reproductiva, reducir la



tasa de mortalidad materna, mayor proporción de parto con asistencia de personal sanitario especializado y combatir el VIH/SIDA, reduciendo la propagación (12).

En 2015 los progresos realizados fueron evaluados y la OMS plantean un nuevo compromiso bajo la denominación de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) que serán evaluados en el año 2030; centrados en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, así como la salud materna y el tema del VIH/SIDA, plantea también lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (13).

Las Naciones Unidas en el 2013, en relación al 20º aniversario del ACNUDH, pronuncia que se han obtenido 20 logros en materia de derechos humanos y manifiesta que los derechos de la mujer ya se reconocen como derechos humanos fundamentales. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada en diciembre de 1993, indica las medidas que deberían adoptar los Estados y los organismos internacionales para velar por la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, tanto en la esfera pública como en la privada. Con todo este trabajo manifiesta que la discriminación y los actos de violencia contra la mujer están en la vanguardia del discurso sobre los derechos humanos (14).

En el Ecuador la salud sexual y reproductiva es un derecho amparado por la Constitución de la República. Para poder llevarlo a la práctica se ha generado una serie de leyes y dentro de su proceso operativo encontramos la Norma y Protocolo de Planificación Familiar implantada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) que plantea la prestación de servicios integrales en planificación familiar, dirigida a hombres, mujeres o parejas de acuerdo a sus características propias de edad, paridad, deseo de embarazo, condiciones sociales, económicas, culturales, religiosas, emocionales, capacidades especiales, riesgo y prevención de ETS, violencia de género e intrafamiliar (15).

En éste contexto la planificación familiar contempla tres momentos: control preconcepcional, asesoramiento y uso de métodos de anticoncepción; y, asesoramiento y manejo de la infertilidad. Los tres momentos se desarrollan enmarcados en cuatro acciones básicas: confianza, confidencialidad, individualización y libertad (15).

Tomando en consideración el primer momento o atención preconcepcional,



podemos manifestar que es el derecho de hombres y mujeres al cuidado continuo durante la edad reproductiva, para que cuando elijan un embarazo, se encuentren en las mejores condiciones posibles de salud (16).

Si bien, existe una normativa del MSP para garantizar el derecho a la preconcepción, dirigida a médicos generales, obstetrices, médicos familiares, especialistas en ginecología y obstetricia, terapistas y enfermeras, podemos manifestar que la mayor parte de profesionales involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva la desconocen (2). Esta situación es similar en otros lugares del mundo, por ejemplo en un estudio realizado en Londres sobre conocimientos, actitudes y opiniones de los médicos generales en torno a la prestación de atención preconcepcional, se evidencia el problema del desconocimiento; pues los médicos entrevistados indicaron que habían adquirido su conocimiento sobre elementos de la atención preconcepcional de la experiencia clínica o de fuentes de información del paciente en lugar de directrices (17).

El ejercicio de este derecho por parte del usuario se ve limitado por diferentes condiciones que pueden ir desde el acceso al servicio de salud, a la información profesional u otras dependientes del mismo usuario como: nivel de conocimiento, nivel de instrucción, género, edad, condición económica, etc. Un estudio en Londres reportó que las mujeres de alrededor de 30 años de edad, de clase socioeconómica y nivel de instrucción más alto eran más propensas a buscar atención preconcepcional, mientras que mujeres más jóvenes, de poblaciones de inmigrantes y menos educadas eran menos propensas a buscar asesoramiento antes de la concepción, incluso era un reto lograr que estas mujeres acudan al control prenatal (17).

De los tres momentos de la planificación familiar antes anotados el primer momento o preconcepcional no ha sido impulsado desde el Estado con el mismo ahínco que los dos siguientes, la atención o control preconcepcional está invisibilizado; tanto los profesionales de la salud como los usuarios, desconocen o minimizan este asunto.

Tomando en cuenta que no solo tiene que estar explícito el derecho sino su ejercicio en el cuidado antes de la concepción y además que es política de Estado para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales planteados en el Plan Nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal (1), es necesario una movilización de capacidades y compromisos intersectoriales para



identificar y modificar determinantes de problemas preconceptionales y/o sus factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales; y, mediante un conjunto de intervenciones poner a andar el objetivo del embarazo saludable o sin riesgo.

En nuestra búsqueda no encontramos estadísticas oficiales respecto a este momento de la planificación familiar, ni el porcentaje de profesionales que brindan atención en preconcepción; es posible que estén subregistradas o que se establezcan las acciones como algo implícito dentro de la atención en los servicios de salud; esto contrasta notablemente con las estadísticas relacionadas al uso de anticonceptivos que en el 2012 reportaron a un 81% de mujeres utilizando métodos anticonceptivos en el Ecuador (6). Pero al mismo tiempo como responder o como entender que desde el año 2012 hasta el año 2017 en el Ecuador, se ha observado un aumento de la fecundidad adolescente (15 a 19 años), además la fecundidad entre los 20 y 24 años se mantiene en el nivel más alto y seis de cada 10 mujeres entre los 15 y 24 años han iniciado vida sexual (6).

Existe uso de anticonceptivos pero más de la mitad de las gestaciones no son planificadas, el embarazo se diagnostica una o dos semanas después del retraso menstrual, de ahí pensamos que es fundamental comunicar y educar a hombres y mujeres en edad fértil sobre la importancia de la atención preconcepcional (1).

Una realidad preocupante es la exclusión de varones en la atención prenatal y peor aún del control preconcepcional, el cuidado y los riesgos no son patrimonio u obligación de la mujer sino condiciones que deben ser tratados por la pareja o de manera colectiva empezando por la familia, pues considerando el incremento actual de sobrepeso, obesidad y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador en personas en edad fértil, tanto hombres como mujeres, habría que pensar también como estas van a relacionarse con el riesgo en la concepción, el embarazo y los aspectos perinatales.

Hay el mito de que los hombres al no portar la gestación no generan riesgo por tanto su cuidado es secundario, sin embargo donde dejamos las condiciones asociadas con la edad paterna avanzada que incluyen la acondroplasia, neurofibromatosis, síndrome de Marfan, Treacher Collins, síndrome de Waardenburg, displasia tanatofórica, osteogénesis imperfecta (2)(16). Todas las personas en edad reproductiva deben reconocer las responsabilidades y actuar de manera proactiva frente a: factores de riesgo genético, factores de riesgo infecciosos y crónicos,



factores de riesgo reproductivos, riesgos en relación con estilos de vida (2). Los factores de riesgo genéticos más relevantes se pueden visualizar en la historia familiar de tres generaciones para evaluación enfermedades genéticas o de enfermedades familiares con componente genético, además la etnia y la edad de los progenitores, situaciones de las que no están exentos los hombres como futuros padres (16).

Existe interés por parte de los varones para involucrarse en la preparación preconcepcional conjunta y el embarazo y parto de sus parejas, sin embargo, ellos se sienten excluidos. Los servicios sanitarios invisibilizan a los hombres, coartan su participación y les prejuzgan según el rol de género asignado (18). La aplicación de un Programa de promoción de la salud preconcepcional para las parejas a punto de casarse basada en la Web realizado en Korea, demostró que los varones tienen una actitud propositiva mostrando una diferencia significativa en la conciencia respecto a la necesidad de preconcepción y los beneficios percibidos y una diferencia significativa en la comportamiento de los hombres en relación con mejorar su nutrición y evitar hábitos nocivos pensando en un futuro embarazo (19).

Al tomar los riesgos desde las situaciones relacionadas con la salud de la mujer, aclaro, no como responsabilidad única de la mujer sino como condiciones, factores o riesgos alrededor de su vida y salud, hay varias condiciones que demuestran componentes causales. Como ejemplo, la edad materna avanzada es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Down. En Latinoamérica, el 2% de todos los nacimientos y el 40% de los casos con Síndrome de Down se relacionan con mujeres de 40 años (2). El estudio de prevalencia de fisura labiopalatina realizado en Santiago de Chile encontró que los indicadores de riesgo identificados correspondieron a edad materna menor a veinte años asociado al primer embarazo; alto grado de etnicidad amerindia e historia familiar positiva para este tipo de malformación, apoyando la teoría de herencia multifactorial de la susceptibilidad a las fisuras labiopalatinas (20).

Las condiciones patológicas preexistentes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, epilepsia, enfermedad tiroidea, anemia y obesidad mórbida, también constituyen un riesgo biológico preconcepcional importante. La hiperglucemia aumenta 3 a 5 veces las malformaciones congénitas (2). En Brasil se estudió el nivel de conocimiento en cuanto a riesgos materno – fetales y cuidados



preconcepcionales en 106 mujeres con diabetes, de las cuales 41,5% presentaron conocimiento medio sobre riesgos materno – fetales y 54,7% tenían un conocimiento respecto al tema (21). En las mujeres con enfermedad renal crónica que se embarazan, 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 (16).

Hay mitos y creencias o desconocimiento sobre la alimentación de una gestante, en ocasiones se actúa sin tomar en consideración su verdadero estado nutricional e índice de masa corporal, peor previa a la concepción, situación importante porque a futuro determina el estado materno fetal. La obesidad materna incrementa el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedad trombotica y complicaciones en el parto, además de mayor riesgo de macrosomía fetal (16). También encontramos la asociación con los siguientes defectos al nacimiento: espina bífida, anomalías cardíacas, atresia anorectal, hipospadias, reducción de las extremidades, hernia diagramática y umbilical (2).

Como experiencia contamos que se estudió el índice de masa corporal (IMC) preconcepcional en 378 mujeres embarazadas de Tailandia, la prevalencia de bajo peso antes del embarazo ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$) y sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) fueron 17,2% y 14,3%, respectivamente, mientras que el 23% de las mujeres ganó peso inadecuadamente durante su embarazo. Las mujeres con un alto IMC antes del embarazo tenían 7 veces más riesgo de tener un bebé con macrosomía y las mujeres con ganancia excesiva de peso durante el embarazo tuvieron 8 veces más probabilidades de entregar un recién nacido con macrosomía (22).

Otro ámbito es el estado de vacunación, situación fundamental al momento de la atención preconcepcional. Al respecto en un estudio en España se indagó sobre inmunizaciones a mujeres en edad fértil encontrándose lo siguiente: 84,61% sabían la importancia de estar vacunada contra la rubéola antes del embarazo, 10,76% no lo sabían y 4,1% no contestan (8).

Es fundamental identificar los riesgos relacionados con los estilos de vida; bien conocida es la relación entre el déficit de ácido fólico y los defectos del tubo neural. Las últimas recomendaciones incluidas en la guía de práctica clínica canadiense incluyen:



1. Las mujeres deben ser aconsejadas para mantener una dieta saludable rica en folato; sin embargo, se necesita suplementos multivitamínicos con ácido fólico para alcanzar los niveles de folato en glóbulos rojos asociados con la máxima protección contra defecto del tubo neural (23).
2. Todas las mujeres en edad reproductiva (12 - 45 años de edad) que conservan la fertilidad deben ser advertidas acerca de los beneficios del ácido fólico en la administración de suplementos multivitamínicos durante las visitas de control médico (renovación anticonceptivos, pruebas de papanicolaou, examen ginecológico anual) si se contempla un embarazo (23).
3. Suplemento de ácido fólico es poco probable para enmascarar la deficiencia de vitamina B12 (anemia perniciosa) (23).
4. Las mujeres con alto riesgo, para las cuales se indica una dosis de ácido fólico superior a 1 mg, tomando un comprimido multivitamínico que contenga ácido fólico, deben seguir la etiqueta del producto y no tomar más de 1 dosis diaria del suplemento multivitamínico. Se deben tomar comprimidos adicionales que contengan sólo ácido fólico para lograr la dosis deseada (23).
5. Las mujeres con un bajo riesgo de defectos del tubo neural u otra anomalía congénita sensible al ácido fólico y una pareja masculina con bajo riesgo requieren una dieta de alimentos ricos en folato y un suplemento multivitamínico oral diaria que contiene 0,4 mg ácido fólico durante al menos 2 a 3 meses antes de la concepción, durante el embarazo, y durante 4 a 6 semanas después del parto o mientras continúa la lactancia (23).
6. Las mujeres con un riesgo moderado para un defecto del tubo neural u otra anomalía congénita sensible al ácido fólico o una pareja masculina con riesgo moderado requieren una dieta de alimentos ricos en folato y la suplementación oral diaria con un complejo multivitamínico que contenga 1,0 mg ácido fólico, comenzando por lo menos 3 meses antes de la concepción. Las mujeres deben continuar con este régimen hasta la edad gestacional de 12 semanas. A partir de la edad gestacional de 12 semanas, continuando a través del embarazo y durante 4 a 6 semanas después del parto o durante el tiempo de la lactancia materna continúa, continúa la suplementación diaria debe consistir en un complejo multivitamínico con 0,4 a 1,0 mg de ácido fólico (23).
7. Las mujeres con un riesgo aumentado o alto para un defecto del tubo neural, una



pareja de sexo masculino con una historia personal de defecto del tubo neural, o la historia de un embarazo defecto del tubo neural anterior en cualquiera de las partes requiere una dieta de folato alimentos ricos y un suplemento oral diaria con ácido fólico 4,0 mg durante al menos 3 meses antes de la concepción y hasta la edad gestacional de 12 semanas. A partir de la edad gestacional de 12 semanas, continuando durante todo el embarazo y durante 4 a 6 semanas después del parto o durante el tiempo de la lactancia materna continúa, continúa la suplementación diaria debe consistir en un complejo multivitamínico con 0,4 a 1,0 mg de ácido fólico. El mismo régimen de la dieta y la suplementación debe ser seguido si cualquiera de las partes ha tenido un embarazo anterior con un defecto del tubo neural (23).

El nivel de conocimiento respecto de la necesidad de ácido fólico en el periodo preconcepcional es el más alto en relación con los otros factores de riesgo preconceptionales, sin embargo existen brechas de conocimiento. Se investigó en 295 gestantes en 12 municipios antioqueños, cuanto sabían alimentación en el embarazo encontrándose que 75% no identificó cuáles alimentos aportaban calcio, hierro y ácido fólico a la dieta y el 90,5% nunca o rara vez consumía alimentos ricos en ácido fólico. El bajo nivel educativo y tener bajos ingresos incrementó en 20% el riesgo de tener baja frecuencia de consumo de los alimentos que contienen ácido fólico (24).

Un estudio realizado en mujeres casadas de Irán, encontró que la educación de la madre, los ingresos familiares y las tensiones en el trabajo se relacionaron con el nacimiento prematuro y retraso en el desarrollo gestacional. Este mismo estudio exploró las deficiencias en los servicios de atención preconcepcional de ese país identificando que tanto hombres como adolescentes no estaban incluidos en los programas, los paquetes ofrecidos eran insuficientes, las estrategias inadecuadas y los proveedores de servicios de salud no estaban adecuadamente capacitados (25). La promoción y educación a la población respecto de los cuidados preconceptionales dan frutos. Las mujeres que reciben asesoramiento preconcepcional son más propensos a adoptar conductas más saludables antes del embarazo, lo que lleva a una mejora de la dieta, los suplementos de ácido fólico, y reducir o dejar de fumar (17). Se realizó el seguimiento a universitarias de EEUU, que participaron en la intervención educativa sobre ácido fólico, persistiendo durante un año los aumentos significativos del conocimiento inicial para las preguntas



relativas a los alimentos ricos en ácido fólico y prevención de los defectos del tubo neural (26).

Al momento de difundir y promocionar el cuidado preconcepcional, se debe tomar en consideración los determinantes socio ambientales de la salud para que los profesionales desarrollen estrategias que permitan que la información llegue a los usuarios ajustados a su realidad. Las mujeres manifiestan que “en los centros de salud se dice tiene que comer pescado, frutas, leche! ... Todo el mundo nos puede decir esto. Pero el arte es decirle a la gente pobre y de bajos ingresos cómo tener una dieta equilibrada en función de su nivel de ingresos” (25).

En un estudio sobre opiniones de médicos de familia en Londres, la percepción de los profesionales fue que las mujeres que fumaban tenían peor salud antes de la concepción, además sintieron que ofrecer asesoramiento antes del embarazo para este grupo particular de mujeres no siempre garantiza un cambio positivo en el estilo de vida saludable que resulta en el abandono del tabaco, uno de ellos expresó “Ofrecemos asesoramiento, pero depende de ellos para llevarlo a cabo. Me refiero a que se le dice a la mujer que debe dejar de fumar y, sí, vivir sanamente, reducir el peso y el ejercicio y, pero no todos lo hacen, porque no todo el mundo está dispuesto a aceptar estas cosas, ¿verdad?” (17).

El cuidado preconcepcional muchas veces se centra o termina en los riesgos biológicos y comportamientos de salud, que por cierto son incontables pero se deja excluidos los otros ámbitos del ser biopsicosocial, por ejemplo los estresores psicosociales. El estrés psicosocial que viven las mujeres puede afectar su capacidad para concebir y llevar un embarazo saludable. El estrés psicosocial crónico altera la capacidad del cuerpo para mantener la homeostasis que permite la inhibición de la retroalimentación en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal para mantener controlada la respuesta del estrés y la modulación de la respuesta inflamatoria del cuerpo, si una mujer se embaraza con su sistema alostático comprometido, puede ser más susceptible a una serie de complicaciones, incluido el parto prematuro (27).

Los principales estresores psicosociales incluyen: ingresos económicos bajos, dificultades para acceder a los servicios de salud, falta de seguro social, violencia intrafamiliar, discriminación por etnia o preferencia sexual y el riesgo laboral. Una mujer con situación económica precaria compromete su capacidad para obtener



alimento, refugio y otras necesidades básicas que permitan garantizar un embarazo saludable (27).

Las mujeres que viven violencia intrafamiliar tienen más probabilidades de presentar condiciones de salud adversas y comportamientos de riesgo. El abuso antes de un embarazo pone a una mujer en riesgo de abuso durante el embarazo y las mujeres víctimas de violencia en el embarazo tienen un riesgo elevado de genocidio (28).

Existe una asociación entre la violencia y embarazos no planificados por no uso de anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, depresión y trastorno de estrés postraumático. Las mujeres embarazadas que han experimentado violencia sexual son más propensas a estar presentar depresión, consumir cigarrillos, alcohol o drogas durante el embarazo (28).

Como hemos podido recorrer, la preconcepción es la asesoría a las mujeres y parejas que desean un embarazo próximo, buscando identificar riesgos existentes o potenciales que pueden ser corregidos previo a la concepción (15), por tanto, no es un asunto circunstancial o superficial si se maneja con integralidad el tema de la reproducción pues todos los factores son importantes, es decir la interacción entre el ser biológico, psicológico y social, de ahí que no hay sumatoria de factores contextuales a los relacionados directamente con la medicina sino que todo interactúa por ejemplo lo cultural, la religión, mitos, creencias, machismo, violencia de género, silencio, los factores socio-ambientales, riesgos laborales, entre otros, estamos seguros que la detección de riesgos o eventos relacionados durante el control preconcepcional puede reducir la morbilidad materna y perinatal. Las personas deben ser motivadas y educadas para el autocuidado, para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y para trazar un plan de vida reproductivo (2).

2.2 Perspectivas teóricas en torno a la sexualidad que permiten explicar los entornos de la preconcepción

El ser humano, su sexualidad y los ámbitos preconcepcionales pueden ser tratados desde varias perspectivas teóricas, si partimos desde la visión y orientación holística e integral nos apoyamos en la teoría general de sistemas, propuesta por Ludwig von Bertalanffy (1984) y dentro del enfoque sistémico los estudios sobre la familia (29).



La teoría cognitiva propuesta por Kurt Lewin (1945) nos permite explicar a la preconcepción como característica humana vinculada a estímulos externos y a procesos internos basados en un principio denominado de interdependencia entre el ser humano y su entorno, situación estudiada dentro de la denominada teoría del campo (30).

La psicología cognitiva (Walen y Roth, 1987) puede explicar ciertos aspectos de la sexualidad humana con facilidad. Una suposición básica es que lo que pensamos influye en lo que sentimos (31).

Otro Modelo es el denominado Secuencial de Byrne, que se basa en un prototipo clásico de estímulo-mediación-respuesta, se considera como predictivo de respuestas de la conducta sexual, los estímulos externos que incrementan la probabilidad de aquellas respuestas y los procesos internos que inician y median dichas respuestas. Tenemos entonces una secuencia de tres fases: a) estimulación externa, b) procesos internos y c) conducta externa (32), es decir el modelo de la secuencia de la conducta sexual, ésta es la respuesta generada a partir de la interacción de los estímulos antecedentes, procesos mediacionales y estímulos consecuentes (33).

Fue Edward Wilson, biólogo, quien plantea por primera vez la perspectiva socio biológica bajo argumentos evolutivos, que permitan entender la conducta humana, más allá de los ámbitos de la sexualidad y la reproducción como eventos biopsicosociales y sus implicaciones, la figura conceptual se enmarca en los principios de la evolución y selección natural y la genética optima de seres saludables para descendencias saludables (34).

En la teoría de la interacción simbólica, se explica cómo los símbolos y significados tienen una influencia sobre el accionar de las personas y de las familias como microsistemas; así como, de su interacción con otros sistemas, los individuos como seres sociales tienen que comunicarse y en este proceso se evidencian una serie de símbolos que les permite interactuar, estos símbolos contienen significados que a la postre determinan o inciden en la conducta a través de la interacción (35).

Sigmund Freud aporta con la teoría psicoanalítica e influye de manera contundente en el desarrollo de la Psicología y la teoría de la sexualidad, considera al sexo dentro de la vida humana como la fuerza clave y a la energía o impulso sexual lo llamó libido, el que a su vez motiva la conducta. Desde el modelo psicoanalítico del



desarrollo sexual se considera a la sexualidad como una pulsión libidinal, que se va dirigiendo a determinadas partes del cuerpo y la persona debe realizar determinadas acciones para su satisfacción, en caso contrario se generan fijaciones (33).

Las teorías sobre los determinantes de la salud, nos hacen entender que las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, son fundamentales para la vida, esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos desde el nivel global al local y de las políticas adoptadas, ahí se expresan los factores de riesgo, la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. En todo el mundo, las personas que son vulnerables y socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios, se enferman y mueren antes que las personas que tienen una posición más privilegiada (36).

Finalmente en este espacio podemos abordar el tema desde teorías que explican la interrelación entre el poder, la cultura y la sexualidad. Foucault, declara que la sexualidad dentro de nuestra cultura está encadenada a sistemas de poder y dominación, él examina las implicaciones sociales de las configuraciones de conocimiento y poder en las ciencias humanas, por ejemplo en el campo de la sexología, sostiene que los discursos científicos que apuntan a descubrir la verdad sobre “el sexo”, son utilizados para controlar a los individuos, argumenta además que las disciplinas científicas y sus discursos configuran las estructuras sociales en las que la cultura define lo que es aceptable e inaceptable, desde una posición de autoridad puede decirse quién y en qué condiciones sociales lo determina. En el ámbito de lo que denomina como hipótesis represiva manifiesta que el sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; exige procedimientos de gestión, debe ser asumido por los discursos analíticos (37).

2.2.1 El Modelo Sistémico y la Sexualidad

En el modelo sistémico; todos los sistemas u holones interaccionan, la modificación en alguno de ellos afectan al todo, ya que son partes constituyentes de un sistema global o del todo, (holos). Ser sistémico es ser integral; la salud, la medicina, las dinámicas sociales, la vida misma y sus procesos de reproducción están en



constante interacción, los niveles biológico, psicológico, social, cultural, entre otros, van apareciendo cada uno de ellos en los otros, de esta manera el paradigma o teoría científica abre la posibilidad de entender de manera profunda determinadas dinámicas de la vida y entre ellas la de la familia, la reproducción, la concepción y de manera particular en nuestro estudio el tema de la preconcepción. En el microsistema la pareja desarrolla una serie de vínculos que son dimensionados a través de relaciones en donde se cumplen roles y juega un papel importante el diálogo, la comunicación, surge además el ámbito del poder, que interacciona con la sexualidad y lo emocional estableciéndose una serie de límites y reglas que son parte de la relación de pareja y que deben ser analizadas.

Desde la visión holística la sexualidad integra cuatro holones: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva. Partiendo de la reproducción humana como función universal, podemos decir que es una propiedad de la especie, es la expresión biológica y social como seres, es el ámbito que distingue o diferencia de otras especies, entre otros aspectos, en definitiva el ser humano es un ser sistémico que marca la auténtica diferencia en su proceso de reproducción.

La reproductividad se refiere tanto a la posibilidad humana de producir individuos como a las construcciones mentales que se producen acerca de esa posibilidad. Hablar de reproductividad es hablar del holón sexual con sus manifestaciones psicológicas y sociales más allá de lo puramente biológico de la concepción, el embarazo y el parto.

Hoy en el nivel biológico y molecular de la reproductividad existe una constante actualización en primer lugar desde el conocimiento y experimentación de los componentes bioquímicos y genéticos que regulan las codificaciones hasta las expresiones fenotípicas; todas ellas vinculadas a la genética, ciencia joven que apunta a dar respuestas a una magnitud de problemas humanos en este campo. En segundo lugar y tomando en consideración la expresión fenotípica y los cambios que se suceden a través del crecimiento y desarrollo del ser humano, aparecen otros temas, que se complementan en el sistema de la reproductividad conectados a la concepción, el embarazo, el parto, en definitiva a los componentes de la salud sexual y reproductiva; así como, a las dificultades que puedan suscitarse debido a alteraciones genéticas en su descendencia, como: problemas maritales, alejamiento de las actividades sociales, disminución de la capacidad de divertirse, aislamiento y



depresión (38).

El plano psicológico del holón de la reproductividad tiene aspectos que van cronológicamente con el desarrollo de la persona, los mismos que deben ser tratados, analizados, informados y trabajados en procesos de educación de acuerdo a los ciclos de vida. Con respecto al plano sociológico el hecho reproductivo y la concepción tienen su propia significación, que va desde el rol de la persona, la familia, el ser sujeto de derechos, la responsabilidad del Estado en el cumplimiento de las políticas y muchos otros ámbitos.

Todos estos aspectos amparados en el paradigma tienen una estación intermedia por así decirlo, un punto de encuentro, un espacio que nos permite organizar el holón, este espacio es el de la Preconcepción. Retomando el hecho de que la reproductividad se refiere tanto a la posibilidad humana de producir individuos como a las construcciones mentales que se producen acerca de esa posibilidad, pues la preconcepción analizada de manera sistémica e integral puede darnos esa oportunidad, por un lado reproducir individuos no es un acto eminentemente instintivo sino también racional, por lo tanto es necesario el conocimiento integral para reproducir individuos sanos. Manejar los aspectos biopsicosociales de este hecho generan la necesidad de analizar, conocer, entender la realidad y sus determinantes a fin de que la concepción, el producto y la salud de la familia tengan una acertada acción y precaución ante situaciones negativas, a través de un holón reproductivo que puede ser modificado en sus condiciones mejorando sus procesos de interacción o los procesos dentro de sus sistemas integrales desde el ontosistema o individuo, el microsistema o familia en el ejercicio de sus derechos hasta el macrosistema que es el responsable de velar por el cumplimiento de los mismos.

2.2.2 La familia un microsistema

Siendo el sistema un conjunto de elementos en relación como se manifiesta anteriormente; desde éste enfoque, el conocimiento de los fenómenos biológicos psicológicos y sociales, cualquiera que éstos sean, no puede realizarse directamente, sino a través de entender la complejidad de las relaciones existentes entre sus elementos (39).



La familia desde el enfoque sistémico es considerada un sistema vivo integrado por seres humanos en continua relación, que viven a diario sucesos que les obliga a adaptarse para permitir el desarrollo armónico de todo el sistema y de cada uno de sus miembros (40). La familia como un sistema dinámico requiere de características o regularidades de comportamiento que le permitan, le faciliten o le promuevan la adaptación de los subsistemas a una situación determinada. Este conjunto de respuestas operativas que caracterizan a la familia para enfrentar los procesos de cambio es la dinámica familiar y va a ser ella la que determine la funcionalidad del sistema (38).

Los individuos y las familias durante todos sus ciclos vitales se enfrentan a eventos estresores que generan estados de crisis. Las crisis son momentos decisivos para realizar cambios que les permitan adaptarse a la nueva realidad. Al considerar el contexto personal, familiar o sociocultural y los recursos internos y externos de la familia, los cambios pueden ser favorables permitiendo el ajuste del sistema o desfavorables llevándolo a la entropía (41), de ahí que el control preconcepcional puede ser de gran ayuda en la funcionalidad de la familia.

2.2.3 Ser humano y entorno

Kurt Lewin (1945) en la denominada teoría del campo, dentro de los procesos mentales, analiza como lo que conocemos o pensamos y lo que significa para nosotros esta forma de pensar, ya que actúa sobre la actividad social o sobre el campo específico en el cual se determina nuestra acción o se impone nuestro mundo desde el interior hacia el exterior, estamos empezando a ver que es imposible atacar cualquiera de estos aspectos de las relaciones intergrupo sin considerar a los otros. Esto se aplica por igual a la vertiente científica y a la vertiente práctica de la cuestión. La Psicología, la Sociología y la Antropología Cultural, cada una por su lado han comenzado a advertir que, actuando por separado y al margen de las otras, ninguna de ellas conseguirá llegar muy lejos (30).

Lewin critica al conductismo y el establecimiento del rol pasivo de la persona al considerarse su comportamiento como resultado de la influencia del medio externo. Desde su posicionamiento en el ámbito de la psicología genera la integración del estudio de la persona y el entorno como un sistema de afectación mutua y no como



dos espacios a estudiarlos por separado, plantea el denominado espacio vital (31), la salud sexual y reproductiva y el ámbito relacionado con la preconcepción son campos o espacios totalmente dinámicos, con grandes procesos de transformación donde se ponen en juego lo biológico, lo psicológico, lo social y lo ambiental, esta acción interdependiente no puede ser analizada desde un espacio estacionado o estático sujeto a la mera contemplación o descripción, el comportamiento de los individuos, la familia, las comunidades tienen un punto de inicio o una situación inicial, luego atraviesan un campo dinámico y cada parte interactúa y afecta al resto en base a necesidades, tensiones y fuerzas lo que establece una finalidad y que influyen o que son los elementos sustanciales para comprender de manera holística el comportamiento humano, situación que permite incluso al investigador ser parte activa, introducirse en esa interacción para entender de mejor manera las dinámicas, ¿cómo entender los ontosistemas o individuos integrales, los microsistemas o familias, sin interactuar? Es necesario pensar en lo que manifiesta Kurt Lewin, incidir en estas dinámicas ayuda a tener una imagen fiel de lo que ocurre, para entender un sistema, hay que cambiarlo, considerado como un principio de la investigación-acción como método eficaz para comprender y mejorar las dinámicas sociales (33).

2.2.4 Pensar y sentir

La psicología cognitiva puede explicar ciertos aspectos de la sexualidad humana con facilidad (Walen y Roth, 1987). Una suposición básica es que lo que pensamos influye en lo que sentimos. Si tenemos pensamientos felices y positivos, tenderemos a sentirnos mejor que si tenemos ideas negativas (31).

Es un modelo muy específico, las palabras claves son el estímulo y frente a este una respuesta, la percepción o la forma como percibimos y la capacidad para entender o valorar lo que ocurre en nuestro entorno nos da la posibilidad de sentir o de cómo nos sentimos frente a esa situación, en el campo sexual a través de nuestros sentidos podemos captar estímulos estos tendrán efectos o respuestas dependiendo de muchos factores, entre los cuales están los códigos culturales, éticos, sociales, en definitiva de todo el cargamento que llevamos inmerso en nuestro ser, lo que consideramos como aprendizajes previos, esta serie de



elementos codificará el estímulo y hará que se presente una respuesta ya sea positiva de excitación o negativa de inhibición. En el contexto de la excitación se establecen ámbitos biológicos, anatomo-fisiológicos y como seres biopsicosociales hablamos de la percepción de la excitación y de los diferentes procesos de retroalimentación y posteriormente de evaluación; muchos de estos estímulos respuesta no son considerados como una interacción optima en la pareja, esto conlleva a procesos de inhibición y detención del ciclo (31).

Otro Modelo es el denominado Secuencial de Byrne, que se basa en un prototipo clásico de estímulo-mediación-respuesta, se considera como predictivo de respuestas de la conducta sexual, en un extremo están los estímulos externos que anteceden a la conducta sexual, sean de tipo incondicionado o innato (ej. caricia) o de carácter condicionado o aprendido (ej. literatura erótica). En el otro extremo están las conductas externas, las cuales pueden consistir en respuestas instrumentales (ej. concertar una cita, adquirir anticonceptivos, etc.) o en metas (ej. coito, masturbación), y que a su vez producirán ciertos resultados. Y entre ambos extremos están los procesos internos que inician y median las conductas externas: respuestas fisiológicas y activación sexual, fantasías imaginativas, respuestas afectivas transitorias (emociones), respuestas evaluativas relativamente estables (actitudes) (32).

2.2.5 Perspectivas socio biológicas

Edward Wilson plantea la perspectiva socio biológica, la figura conceptual se enmarca en los principios de la evolución y selección natural, la genética optima de seres saludables para descendencias saludables, dentro de esta perspectiva existirían responsabilidades o implicaciones diferenciadas para hombres y mujeres debido a su capacidad reproductiva, tomemos en consideración el ciclo reproductivo de la mujer y sus características en el proceso de llevar a cabo un embarazo frente al ciclo de un hombre y su aspecto eminentemente biológico como reproductor, con lo cual las estrategias reproductivas pueden y deben ser consideradas en función de esta diferenciada capacidad biológica. Dentro de este componente socio biológico habría que explicar las implicaciones desde el punto de vista de la construcción social de las diferencias de género y los aspectos controvertidos con la cultura, los



ámbitos de la educación, los aprendizajes, es decir contempla un enfoque limitado a la hora de ver al ser en su integralidad, sin embargo puede ofrecer potencialidades a la hora del abordaje metodológico específico, como los que han aflorado en temas vinculados a la conducta anticonceptiva o comportamientos sexuales en adolescentes, prevención de embarazo, preconcepción y de enfermedades de transmisión sexual (31)(34).

2.2.6 La Interacción simbólica

Los símbolos y significados tienen una influencia sobre el accionar de las personas y de las familias como microsistemas así como de su interacción con otros sistemas, los individuos como seres sociales tienen que comunicarse y en este proceso se evidencian una serie de símbolos que les permite interactuar, estos símbolos contienen significados que determinan o inciden a través de la interacción en la conducta; tomando este hecho dentro del marco de la sexualidad a través de la sociología de la interacción de Goffman no se puede reducir al mero respeto a la norma. A diferencia de Durkheim y Parsons, Goffman no considera que un proceso de socialización exitoso implique necesariamente la plena identificación del actor con los roles que desempeña. Goffman no cree que, en todos los casos, el cumplimiento de la norma tenga que convertirse en nuestro deseo. Evidentemente, puede llegar a haber una identificación normativa con uno o varios de los roles que se desempeñan. Sin embargo, esto no quiere decir, que toda interacción implique una renuncia al auto-interés. Goffman tiene muy claro que, de hecho, los actores instrumentalizan los rituales de interacción para alcanzar otras metas (35).

La preconcepción tiene una serie de signos y significados, la reproducción y la sexualidad como ámbitos superiores no podrían ser conocidas ni analizadas en su magnitud universal ni particular, sin la adjudicación de significados similares para las personas o para determinado grupo humano, no solamente como objeto sino como significado o signo del cual podamos hacer uso dentro de nuestros planes o proyectos de vida; es decir, el objeto adquiere objetivo cuando es útil para la realización del ser, en este caso ser sujeto de derechos reproductivos, para ello tomamos nuestros roles y desarrollamos el imaginario de vernos desde o como la otra persona o vernos a nosotros mismos y el accionar pero desde la perspectiva de



los otros, esto marcan de manera fundamental la posibilidad de anticiparnos o anticipar las conductas, tomando en consideración los determinantes de la sociedad para controlar los procesos mentales y de vida de los individuos.

Varios principios básicos de esta teoría dan cuenta que nosotros tenemos la capacidad de pensar, que es moldeada con la interacción social, donde aprendemos símbolos y significados para el ejercicio del pensamiento, la acción y la interacción humana y con nosotros mismos, interpretando la situación y alterando los símbolos y significados (31).

Muchas de las situaciones vinculadas a las dificultades dentro del ámbito de la preconcepción podríamos conocerlas a través de analizar la interacción, los signos y símbolos con los que la gente acude al servicio de salud, ya que determina una forma de pensar y de actuar, si aplicamos los principios teóricos a las esferas de transformación del conocimiento mediante procesos educativos, es decir el interaccionismo simbólico y los ámbitos del pensamiento con nuevas opciones, tendríamos nuevos aprendizajes necesarios en la vida social y de salud, adaptados a las necesidades más sentidas.

La interacción no sólo es el ámbito ceremonial, sino también un campo de batalla. Como se acaba de mencionar, salir victorioso de dicho campo de batalla significa lograr mantener una determinada imagen de sí mismo. Esta meta no es fácil de conseguir. En el ámbito de la interacción no se puede no comunicar. Todo el tiempo estamos emitiendo señales querámoslo o no. Cuando se está en presencia de otros, la comunicación tiene muchos más canales que el habla. Nuestro cuerpo se convierte en un instrumento de comunicación permanente (35).

Los nuevos símbolos generados o resignificados en el marco de la reproducción, la preconcepción desde el ámbito biopsicosocial o integral, son instrumentos de comunicación para reconocerse a sí mismo incluyendo el ser biológico y fisiológico, aunque los lenguajes puedan ser instaurados por la lengua materna, se vuelven universales a través de los símbolos, por ejemplo el de las necesidades comunes, aflora lo que nos identifica, si hay una realidad que nos afecta eso nos identifica y establecemos las acciones para superarla, es decir generamos nuevos conocimientos y símbolos o comunicaciones entre semejantes, tenemos algo nuevo que nos identifica, la reproducción sin planificación nos identifica dentro del marco de embarazos no deseados, si desarrollamos un trabajo sobre CAPs en



preconcepción nos identifica estos nuevos conocimientos y el ámbito de la prevención y planificación, más aún cuando sabemos de la riqueza simbólica ligada a la sexualidad, la concepción y la reproducción de la especie.

2.2.7 Instinto, razón, conciencia y la sexualidad

Sigmund Freud aporta con la teoría psicoanalítica, dentro de su descripción a la personalidad humana le divide en tres partes principales: una considerada como básica de la personalidad a la cual denomina ello, esta aparece con el nacimiento y opera según el principio del placer pudiendo ser irracional, la otra parte integrante de la personalidad es la considerada como el yo, es la parte de las interacciones o del comportamiento racional con los demás y por último la parte relacionada con la conciencia, lo que se determina como la interacción con la sociedad, son los valores a los que denominó superyó (31).

Con esta triada podemos entender el camino desde el ámbito de los instintos, la razón y la conciencia en un proceso de interacción, dentro de este documento no es nuestro objetivo analizar los aspectos relacionados con la libido y su fisiología o ahondar sobre las etapas del desarrollo psicosexual que considera el autor como oral, anal y fálica, los complejos de Edipo y Electra a los que consideraba como factores esenciales en el desarrollo de la personalidad humana, lo que nos interesa por el momento es lo que pueda incidir en la reproducción y en la concepción humana.

Freud ha sido criticado por su posición en torno al determinismo sexual y la considerada superioridad biológica o anatómica del hombre sobre la mujer, circunscrita a través de la presencia del falo, hecho que pudiera ser esencial según el teórico en las carencias de personalidad o desarrollo de la mujer, estos y otros aspectos han sido criticados en el sentido de generar subjetividades que además pudieran impedir ver otras características de las interacciones humanas, por ejemplo desde el punto de vista de las funciones universales de la familia, el afecto; naturaleza que genera situaciones positivas para enfrentar las crisis o superar la entropía.

La sexualidad encierra una serie de misterios, conocimientos, símbolos, intuiciones, que a su vez dinamizan los abordajes desde el apoyo psicológico para resolver



problemas de pareja y familia, hasta comportamientos socioculturales, es decir una mala interpretación sin el apoyo de nuevos estudios, sin tomar en consideración los avances en la reconceptualización y actualización, sin confrontar o interactuar con otras teorías pueden generar un limitado aporte.

Los ámbitos de la sexualidad, reproducción, concepción y el trabajo en preconcepción cataloga como un constructo lleno de situaciones objetivas y subjetivas, que a su vez se dinamizan en la interacción de los sistemas donde el ontosistema puede ser apoyado en su dinámica por el psicoanálisis cuando logramos visualizar el camino desde el subconsciente, desde lo excéntrico o desde lo instintivo a lo racional llegando a la toma de conciencia, esto desde el ámbito de la sexualidad, luego si su abordaje lo hacemos desde las interacciones sociales en la construcción de categorías, que pueden ir contando aspectos de lo cultural hasta lo histórico o desde los determinantes hasta lo ético y religioso, pues no todo lo sexual es reproductivo por tanto puede ser inconcepcional, todo va a influir en la construcción de la identidad sexual, de la reproducción y hasta de la misma preconcepción como abordaje promocional de salud reproductiva o preventiva de complicaciones a la salud partiendo desde el ámbito de la reproducción.

Ahora bien, la actividad sexual y la reproducción son expresiones pero en cuál de los tres niveles es decir subconsciente, razón o conciencia están ubicadas, si decimos que todo lo sexual no necesariamente es reproductivo, cual es la realidad que se la concepción y que rol jugaría la preconcepción en ese imaginario social y de esos sujetos sociales y sexuales. Los ámbitos de la preconcepción bajo ningún punto de vista deben ser normalizadores ni deterministas, deben estar como un espacio de alteridad, de descubrimientos del ser sexual y del ser social, del ser biológico y cultural, del ser simbólico y ser sujeto de vida y de salud (33).

2.2.8 Determinantes y riesgos

La enfermedad y muerte materna están estrechamente vinculadas a factores que aumentan la probabilidad de sufrir estos daños en la población expuesta. Factores estructurales que no dependen de la decisión de las personas, las condiciones de vida, la pobreza, las políticas públicas, la educación, los ingresos, la migración, o los factores biológicos como la edad de los padres, las alteraciones genéticas, las



enfermedades crónicas propias de cada persona, aspectos ambientales clima, altitud, contaminación, aspectos ligados a las oportunidades como accesibilidad a los servicios de salud, las distancias a los centros asistenciales (36).

Por otra parte los factores de riesgo o probabilidad de que una persona libre de una enfermedad concreta desarrolle la enfermedad durante un periodo determinado. Como cualquier probabilidad carece de dimensiones y varía de 0 a 1. Se reserva el término factor de riesgo para aquellos que aumentan la probabilidad de enfermar, mientras que los factores que disminuyen se denominan factores protectores (42).

En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva enfocándonos en el derecho fundamental a reproducirse o regular su fertilidad. En la fecundidad humana el deseo de cada persona desempeña un papel determinante en la manera de buscar o evitar un embarazo o de reaccionar cuando no se puede obtener, aspectos que hay que valorar adecuadamente, también el ámbito de la doble protección es decir evitar un embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) (42).

Por tanto disponer de información respecto a la morbi-mortalidad materna y de los factores que incrementan el riesgo que estas circunstancias no deseadas ocurran, será de mucho valor para los servicios de salud, ya que les permitirá tomar decisiones atendiendo a cada uno en un contexto personal, social e histórico, además de hacerlo con una apropiada definición de las prioridades.

2.2.9 Poder, cultura y sexualidad

Foucault, declara que la sexualidad dentro de nuestra cultura está encadenada a sistemas de poder y dominación. Las relaciones de poder no pueden ser establecidas, consolidadas o instrumentadas sin la producción, acumulación, circulación, y funcionamiento de un discurso. No existe ejercicio de poder posible sin una cierta economía de discursos de verdad que operan a través y sobre la base de esta asociación. Estamos sujetos a la producción de la verdad mediante el poder y no podemos al mismo tiempo ejercer el poder sino no es a través de la producción de la verdad, el individuo está sujeto constantemente a nuevas formas de poder y de control que se llama “nuestra sociedad disciplinaria”. Desde el siglo XVIII el sexo no ha dejado de provocar una especie de eretismo discursivo generalizado y tales



discursos sobre el sexo no se han multiplicado fuera del poder o contra el, sino en el lugar mismo donde se ejercía y como medio de su ejercicio. En todas partes fueron preparadas incitaciones a hablar, en todas partes se ubicaron dispositivos para escuchar y registrar, en todas partes procedimientos hay para observar, interrogar y formular (37).

Foucault problematizó las concepciones globales de la sexualidad (aquellas representadas en las teorías psicoanalíticas, social – constructivistas y feministas), al analizar la genealogía del sujeto se tienen que tomar en consideración las técnicas de dominación y las técnicas del Yo. mostrar la interacción entre los dos tipos del Yo.

Se observó también como la teoría social y la crisis de identidad impulsaban la politización de las identidades, entonces se consideró si la sexualidad era liberada de los constreñimientos sociales y personales existentes, la sociedad podría alcanzar niveles más altos de autonomía, además buscó desarrollar un enfoque radicalmente diferente para analizar la cultura de la sexualidad, el deseo y la identidad sexual. Manifiesta que la sexualidad aparece como una vía de paso para las relaciones de poder, particularmente densa: entre hombres y mujeres, jóvenes y viejos, padres e hijos, educadores y alumnos, sacerdotes y laicos, gobierno y población (37), es decir se expresa en el ontosistema o individuo, en el microsistema o familia y en las relaciones de la sociedad ya sea en el meso o en el macrosistema.



CAPÍTULO III

3.1 Hipótesis

Con la aplicación del programa educativo se mejorarán los conocimientos, actitudes y prácticas sobre control preconcepcional en adultos jóvenes de UNCOVIA de la Parroquia Hermano Miguel, con respecto a su situación inicial.

3.2 Objetivo general

Evaluar un programa educativo con enfoque familiar de promoción del control preconcepcional, a partir de las percepciones de los adultos jóvenes, UNCOVIA, parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2015 – 2016.

3.3 Objetivos específicos

3.3.1 Describir, las características sociodemográficas y familiares: género, estado civil, ocupación, escolaridad, tipo de familia, ciclo vital familiar y funcionalidad familiar, de los adultos jóvenes de UNCOVIA involucrados en el estudio.

3.3.2 Identificar las percepciones de los adultos jóvenes sobre control preconcepcional y a partir de éstas generar un programa educativo con enfoque familiar sobre control preconcepcional.

3.3.3 Comparar los conocimientos actitudes y prácticas sobre el control preconcepcional, antes y después de la intervención educativa.



CAPÍTULO IV

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

Este es un estudio que se basó en dos tipos de diseños complementarios, el primero etnográfico que sirvió de base para elaborar una propuesta educativa y el segundo el cuasiexperimental que permitió evaluar el programa sobre CAP en preconcepción, realizado en adultos jóvenes de la parroquia Hermano Miguel del cantón Cuenca que asisten al centro de salud de UNCOVIA.

4.1.1 Diseño etnográfico

Se realizó en función de conocer las percepciones de los adultos jóvenes en torno a la preconcepción, sus aspectos sociales, biológicos y psicológicos así como las interacciones y comportamientos. Las personas fueron asignadas considerando el ciclo de vida, la voluntad de compartir sus experiencias, la relevancia de sus opiniones respecto al tema y la disponibilidad de tiempo. Se explicó la metodología, el rol de los facilitadores y el uso de medios de apoyo para realizar el trabajo; se utilizó guías semiestructuradas con grupos focales de hombres y mujeres y entrevistas a profundidad; se pidió autorización para grabar las entrevistas y la firma del consentimiento informado, luego se procedió a la transcripción textual de la información para su análisis e interpretación. A través de la herramienta de Atlas ti, con estos resultados se establecieron los parámetros para la elaboración de un programa educativo sobre preconcepción.

4.1.2 Diseño cuasiexperimental

Con la estructuración del programa educativo se estableció el grupo de intervención y el diseño basado en la preprueba y posprueba de un mismo grupo o de comparación consigo mismo, se evaluó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de aplicar el módulo educativo sobre preconcepción. En



la fase previa a la intervención se aplicó el cuestionario de CAP sobre preconcepción a un grupo de similares características, obteniéndose un promedio de nivel de conocimiento de 15,93%, dato que permitió calcular la muestra (39 a 45 individuos) con un intervalo de confianza del 95% y un poder de 80%, planteándonos elevar los CAP a un nivel óptimo del 70%. Para el cálculo la muestra se utilizó Estalcal, EPI info 7 y se trabajó el módulo educativo con 50 adultos jóvenes.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el área de influencia del centro de salud UNCOVIA, ubicado en la parroquia urbana Hermano Miguel del cantón Cuenca.

4.3 Población de estudio

El estudio fue realizado en 200 adultos jóvenes de entre 20 y 44 años, hombres y mujeres, que fueron identificados para el programa de intervención, mediante el levantamiento territorial y dispensarización de las familias del área de influencia de la Unidad de salud. En primera instancia se investigó sus percepciones respecto del control preconcepcional y posteriormente el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de aplicar el módulo educativo.

4.4 Muestra

La muestra fue no probabilística; las unidades de análisis estuvieron constituidas por personas entre 20 y 44 años, hombres y mujeres que corresponden al ciclo vital individual de adultos jóvenes, según la clasificación de Erickson.

Para el abordaje de las percepciones se seleccionaron adultos jóvenes bajo los siguientes criterios: casos típicos y de conveniencia que se encuentren en etapas preconcepcionales e interconcepcionales, que permitan el acceso y que sean informantes clave respecto al tema.



De entre los adultos jóvenes que formaron parte de la caracterización, se seleccionó de forma no aleatoria, a los adultos jóvenes participantes en el módulo educativo.

4.5 Tamaño de la muestra

En la caracterización estuvieron involucrados 200 adultos de entre 20 y 44 años, hombres y mujeres.

Para las percepciones se realizó 2 grupos focales, uno de hombres y otro de mujeres con la participación de 5 personas en cada grupo. Además se realizó entrevistas a profundidad a 4 mujeres y 4 varones.

Durante la primera fase del estudio se aplica el cuestionario de CAP sobre preconcepción, obteniéndose el promedio de nivel de conocimiento de 15,93%, se toma éste dato y con un intervalo de confianza del 95% y un poder de 80% se aplica el módulo educativo con el objeto de elevar los niveles del CAP a un nivel óptimo del 70%. Se calculó la muestra mediante estalcal, EPI info 7, necesitando desarrollar el trabajo con 39 a 45 individuos. Teniendo presente la posibilidad de pérdidas en la muestra, el módulo educativo se trabajó con 50 adultos jóvenes.

4.6 Asignación de los adultos jóvenes al estudio

Las personas fueron asignadas al estudio de las percepciones sobre preconcepción, por conveniencia, considerando la voluntad de compartir sus experiencias, la relevancia de sus opiniones respecto al tema y la disponibilidad de tiempo con el que contaban.

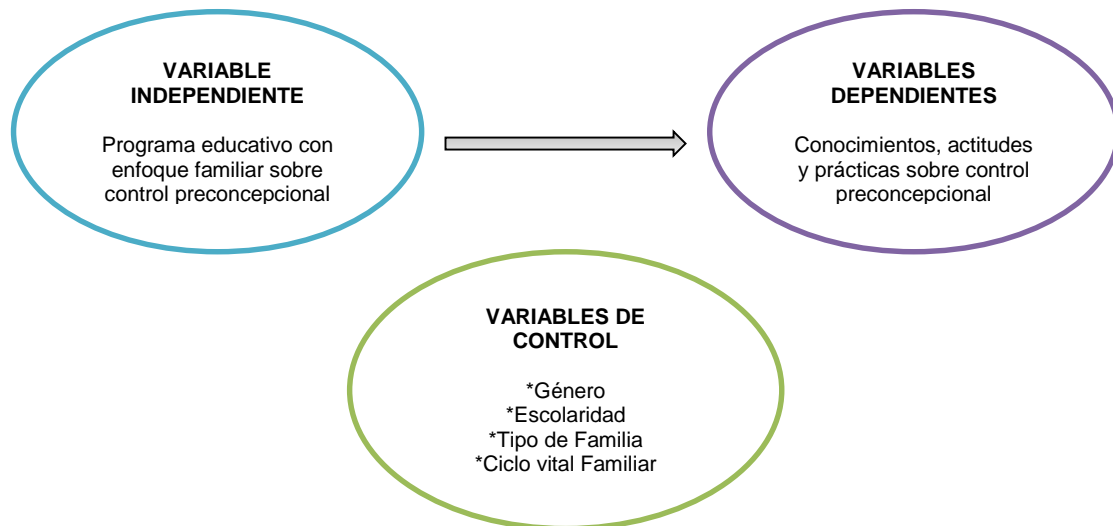
La asignación de los 50 adultos jóvenes al módulo educativo se realizó de forma no aleatoria, a través de la motivación y aceptación para formar parte del programa educativo, respaldado mediante el consentimiento informado con la firma de cada participante.



4.7 Variables

4.7.1 Matriz de variables

Ilustración 1. Esquema de variables



Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

4.7.2 Operacionalización de variables. (Anexo 1)

4.8 Criterios de inclusión y exclusión

4.8.1 Criterios de Inclusión

Adultos entre 20 y 44 años, hombres y mujeres de la parroquia Hermano Miguel que acuden a la unidad de salud UNCOVIA.

4.8.2 Criterios de Exclusión

Al ser un estudio participativo que cuenta con la aceptación de los adultos jóvenes, la exclusión está supeditada a la voluntad de continuar o de abandonar el programa. Las actividades se desarrollaron a través de visita domiciliar consensuada en función de tiempo, distancia, motivación, entre otros aspectos, y a través de la



estrategia de autoagendamiento hacia la unidad de salud de UNCOVIA, con lo que se logró reforzar los conocimientos, mejorar la actitud y la prácticas preconceptivas, evitando la exclusión voluntaria de los participantes.

4.9 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

El estudio se realizó en tres fases: la primera consistió en el diagnóstico documental y de campo de la condición socioeconómica, demográfica y familiar de los adultos jóvenes de la parroquia Hermano Miguel. Se llevó a cabo a través de la revisión de historias clínicas y fichas familiares del centro de salud de UNCOVIA, también se consideró a los usuarios durante la consulta externa y en visitas domiciliarias realizadas a los adultos de entre 20 y 44 años que pertenecían al área de influencia de la unidad de salud. La información obtenida se registró mediante un formulario de recolección de datos (anexo 2), para luego ser consolidada en una matriz de datos, estos documentos fueron elaborados por la investigadora y en base a esta información se caracterizó a la población de estudio.

En esta misma fase se estableció un estudio etnográfico sobre las percepciones de los adultos jóvenes en referencia a la preconcepción. Se trabajó en grupos focales, uno de mujeres y otro de hombres, además se realizaron entrevistas individuales a profundidad.

Se establecieron 2 grupos focales constituidos por 5 mujeres y 5 varones respectivamente, comprendidos en edades de 20 y 44 años. Para el abordaje de con los grupos se elaboró una guía semiestructurada de discusión sobre control preconceptual, (anexo 3), se pidió autorización a los participantes para grabar las entrevistas y se procedió a la firma de los consentimientos informados (anexo 4). Al inicio de las reuniones se explicó la metodología, luego se realizaron preguntas generales de introducción y posteriormente preguntas específicas sobre derechos sexuales y reproductivos, comunidad, familia e individuo enfocados a la preconcepción. Para el trabajo con los grupos focales estuvieron presentes dos facilitadores, encargados de realizar las entrevistas y registrar el lenguaje para-verbal. Cada reunión duró aproximadamente una hora y media luego de lo cual se procedió a la transcripción textual de la información para su análisis posterior.



Las entrevistas a profundidad se realizaron a través de visitas domiciliarias a informantes claves, previa su autorización y firma del consentimiento informado, la duración de las entrevistas fue de entre 45 y 90 minutos. Para romper las barreras de género, los hombres fueron entrevistados por un profesional masculino y las mujeres por una investigadora mujer. Una de las participantes compartió experiencias de vida muy difíciles que afectaron su estabilidad emocional por lo que fue necesario detener la entrevista para retomarla posteriormente.

Partiendo de las percepciones se elaboró un instrumento para medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos jóvenes sobre preconcepción. El instrumentó (cuestionario CAP) consistió en un formulario que contenía 15 preguntas orientadas a los conocimientos, 17 preguntas referentes a las actitudes y 11 preguntas que evaluaban las prácticas (anexo 5). Los temas abordados en el cuestionario incluyeron: derechos sobre salud, salud sexual y reproductiva y factores de riesgo biopsicosociales en el período preconcepcional.

Las preguntas sobre conocimientos se estructuraron según una escala de Likert de 3 puntos en donde 1 correspondía a nivel de conocimiento insuficiente, 2 conocimiento regular, 3 conocimiento aceptable y el 0 representaba no tengo conocimiento.

Las actitudes se evaluaron utilizando la escala de Likert de 5 puntos en los que el 0 representaba mucha molestia, 1 bastante molestia, 2 molestia intermedia, 3 poca molestia y 4 ninguna molestia.

La escala de Likert utilizada para evaluar las prácticas incluyó 5 puntos, 0 para nunca lo practico, 1 casi nunca lo practico, 2 algunas veces lo practico, 3 casi siempre lo practico y 4 siempre lo practico. Además se incluyó una opción de sugerencias para mejorar el cuestionario.

El instrumento se validó en 30 adultos jóvenes obteniendo de un α de Cronbach de 0,87 para el cuestionario de conocimientos, 0,86 para las actitudes y 0,80 para las prácticas, y un nivel de conocimiento promedio de 15,93% (IC 95%) que sirvió de referente para el cálculo de la muestra.

El instrumento validado se aplicó a los adultos jóvenes participantes durante la consulta externa y en las visitas domiciliarias realizadas, considerándose éste como el pretest de CAP en preconcepción.



Basándonos en el estudio de las percepciones y en los resultados del cuestionario, en la segunda fase se diseñó y elaboró la propuesta educativa de intervención.

El modelo de promoción consideró lo siguiente: derecho a la salud, derecho a la salud sexual y reproductiva, control preconcepcional, exámenes médicos, factores de riesgos infecciosos y no infecciosos crónicos (diabetes mellitus, anemia, trastornos tiroideos, infecciones de transmisión sexual, hipertensión, epilepsia, salud mental / trastornos psiquiátricos, rubeola o varicela, hepatitis B, toxoplasmosis, clamidia, VIH, gonorrea, sífilis); factores de riesgo genético (historia familiar, edad parental); factores de riesgo reproductivos (historia menstrual, anticonceptiva, sexual, obstétrica, abortos involuntarios, número de embarazos, tipo de parto, duración del trabajo parto, complicaciones, parto prematuro, diabetes gestacional, enfermedades hipertensivas, depresión, posparto, infertilidad, Papanicolaou anormal, endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica); factores de riesgo en relación al estilo de vida (nutrición, actividad física, consumo de drogas con receta y de venta libre, uso de otras sustancias, exposiciones ambientales actuales y del pasado); factores de riesgo sociales (violencia) y consumo de suplementos (ácido fólico, hierro, calcio).

La propuesta educativa se fundamentó en las teorías del aprendizaje significativo de Ausubel e histórico cultural de Vigotsky. En el primer caso se valora la importancia de la estructura cognitiva previa del adulto joven y en el segundo se considera el valor de la enseñanza estructurada como eje del aprendizaje. Los objetivos educativos planteados en el proceso de la promoción y la formación fueron:

- a) Estimular el aprendizaje sobre el valor del control preconcepcional y la reproducción humana.
- b) Generar debate en torno a ciertos planteamientos (creencias, mitos, valores y contravalores) vigentes, sobre el control preconcepcional y la responsabilidad individual, familiar y social.
- c) Consolidar la identidad de género y los roles de ambos sexos.
- d) Promover el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva basada en conocimientos científicos, con valores y enfocados en el control preconcepcional.
- e) Desarrollar CAP que promueva el control preconcepcional como un derecho sexual y reproductivo.



El programa contempló los siguientes momentos: motivación, problematización y reflexión, afrontamiento, resolución y evaluación. Mediante motivación generamos la participación y emprendimos la priorización del problema y su caracterización determinando las causas y los efectos, posteriormente se llegó a acuerdos, se fundamentó y analizó el problema, se establecieron compromisos y responsables así como los recursos; luego del desarrollo de las actividades se realizaron los procesos de monitoreo y evaluación e informe final.

La tercera fase corresponde a la evaluación del aprendizaje. En esta fase se aplicó por segunda ocasión el cuestionario de CAP a los adultos jóvenes, con un intervalo de tiempo de la encuesta inicial de seis meses. Para evaluar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en el posttest se utilizó la misma puntuación de la escala de Likert del pretest de CAP.

4.10 Plan de análisis

El estudio tiene una complementariedad de diseños por lo que hemos establecido parámetros relacionados en primera instancia para la interpretación de las percepciones a través de la etnografía y para la evaluación del programa educativo el cuasiexperimental.

Para la caracterización de la población se usó el programa estadístico SPSS versión 20 y Excel 2011.

4.10.1 Estudio etnográfico

La información sobre percepciones que se obtuvo a través de las entrevistas a profundidad y grupos focales, esta información fue procesada y luego analizada mediante el software Atlas ti versión 7, obteniéndose las categorías correspondientes al estudio que se presentan en los resultados.

4.10.2 Estudio cuasiexperimental

La información obtenida en las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas fue analizada con el programa estadístico Excel 2011 y SPSS versión 20. El análisis



comparativo entre los resultados del pretest y posttest se realizó por medio del estadístico de McNemar. Se comparó promedios en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes de forma general y de manera específica, es decir, por preguntas, haciéndose evidentes los cambios ocurridos con el programa educativo y su significancia.

4.11 Consideraciones Éticas

Éticamente se consideraron los principios básicos manejados en la declaración de Helsinki: respeto y autonomía en la toma de decisiones informadas respaldadas con el consentimiento de los participantes, quienes tenían libertad de integrarse o retirarse de la investigación en el momento que consideraran oportuno.

La confidencialidad y el conocimiento de las dinámicas y objetivos de la investigación fueron socializadas, acordadas y respaldadas con la firma de consentimiento informado (ver en anexos). En el proceso de investigación no estuvieron involucrados pago o cobro económico ni de ningún otro tipo

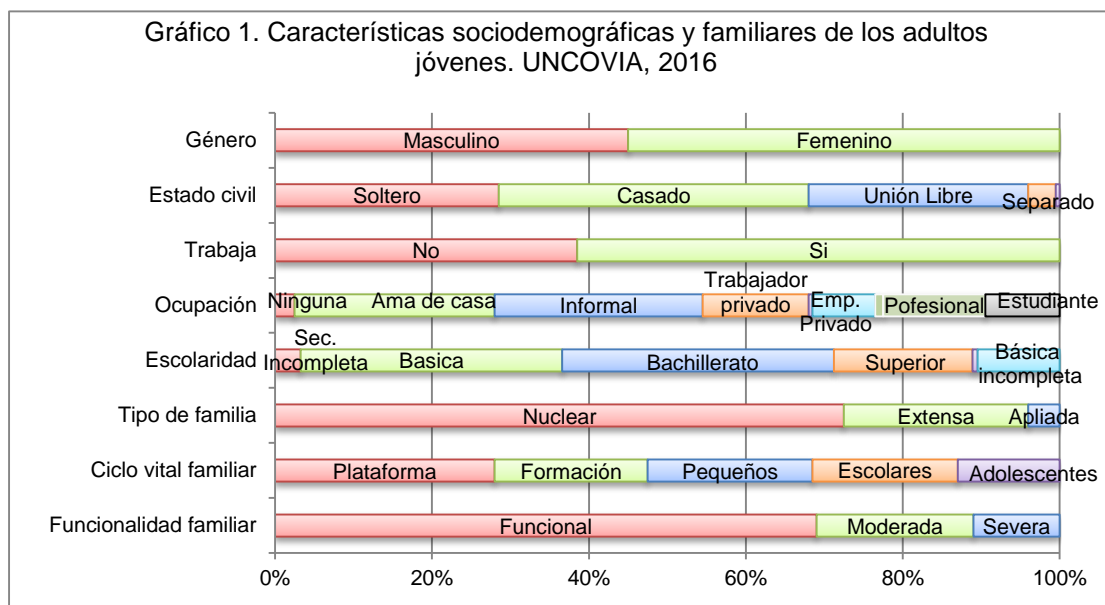


CAPÍTULO V

5. Resultados

5.1 Caracterización sociodemográfica y familiar

En el estudio estuvieron involucrados 200 adultos jóvenes, hombres y mujeres del área de influencia de la unidad de salud de UNCOVIA, de la parroquia Hermano Miguel del cantón Cuenca, de la provincia del Azuay.



Fuente: Fichas familiares, base de datos
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

Las personas tenían un mínimo de edad de 20 años y un máximo de 44 años, un poco más de la mitad correspondieron a mujeres, la mayor parte estaban casados.

En cuanto a la escolaridad, gran parte de los participantes tienen bachillerato, uno de cada 10 alcanza hasta 3º de básica y solamente un 1% de las personas de la muestra han desarrollado estudios de posgrado.

En lo referente a la ocupación, 6 de cada 10 tienen trabajo. Un alto porcentaje de los encuestados son trabajadores informales, una cuarta parte de la ocupación corresponde a: mujeres amas de casa; el 13% de la población analizada se ocupa según su profesión, otra parte son empleados y trabajadores privados; una minoría está vinculada al sector público. Parte de las actividades ocupacionales comprende ser estudiantes.

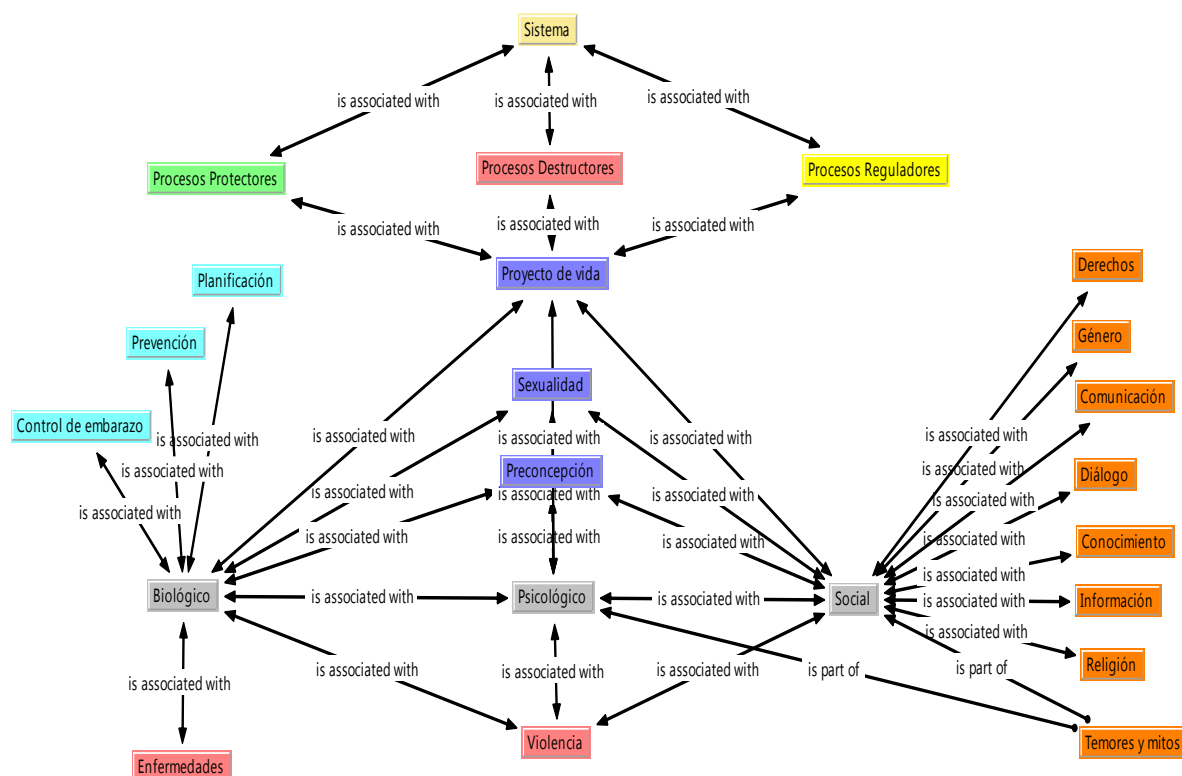


Tres cuartos de la población en estudio pertenecen a familias nucleares, funcionales. La mayoría atraviesan por el ciclo vital familiar de plataforma de lanzamiento de acuerdo a la clasificación de Duvall.

5.2 Percepciones sobre preconcepción

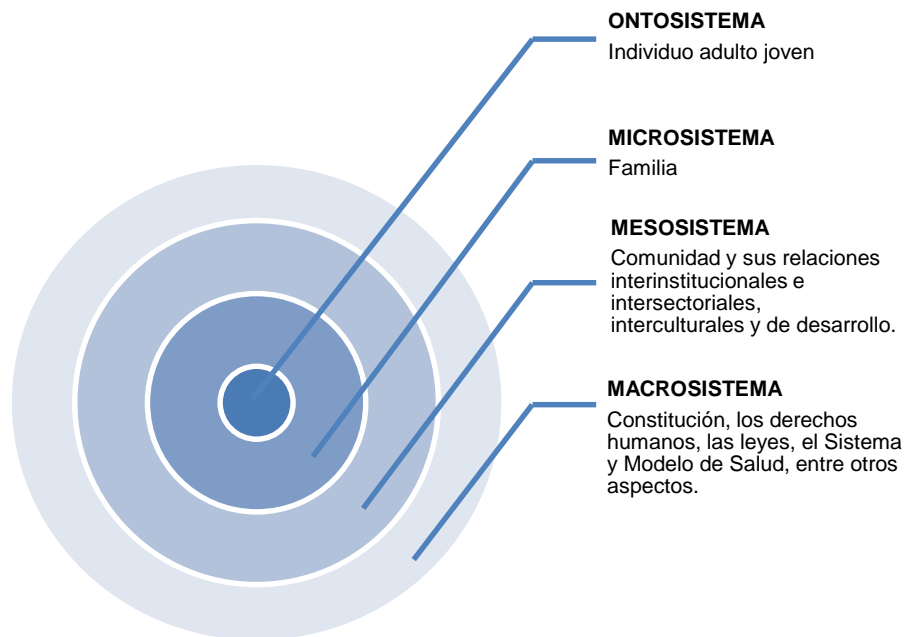
La interpretación de las percepciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la preconcepción, se codificó en aspectos biopsicosociales de hombres y mujeres adultos jóvenes, lo que permitió establecer los procesos protectores, destructores y reguladores de la salud dentro de cuatro categorías del enfoque sistémico: macrosistema, mesosistema, microsistema y ontosistema. Con estos elementos se generaron las bases conceptuales de la categoría denominada plan de vida, que constituye un elemento importante en la estructuración del módulo educativo.

Ilustración 2. Codificación de aspectos biopsicosociales sobre preconcepción. UNCOVIA 2015 – 2016.



Fuente: Grupos focales y entrevistas a profundidad de adultos jóvenes.
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

Ilustración 3. Categorías de interpretación dentro del enfoque sistémico



Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

5.2.1 El Macrosistema

Testimonios

Mujeres: “O sea que tengo los derechos que el mismo gobierno nos da, que tengo el derecho a ser atendida normalmente, igual como persona, sería un derecho que..... corresponde... a la familia”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016)

“Es algo importante, que en medio de planificaciones usted pueda llegar a tener hijos que en... verdaderamente quiere planificados, a veces uno se embaraza sin desear, sin planificar. Entonces para mí yo veo que es un caso humm muy importante la planificación, yo por ejemplo... no he planificado mucho de mis hijos, ni he deseado tampoco, pero encima he tenido a mis hijos”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

Hombres: “Creo que engloba el derecho a la igualdad, a recibir un trato igual, el derecho a pedir información o ayuda. Todos debemos empaparnos bien en el tema, ser precavidos, consientes y responsables con el cuerpo y la otra persona”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

“Estar bien, tener salud poder disfrutar de la vida. pero también tener con que pues, si no hay plata difícil estar bien, tener trabajo, hasta para comprar la medicina, aunque mejor sería no enfermarnos y poder disfrutar”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016)

“Bueno yo creo que tener derecho a la salud es poder hacer algo que uno pueda, o sea que bueno comer bien, tener medicamentos, tener posibilidades, tener hasta tiempo para hacer lo que uno quiere y también plata, porque aunque lo más importante no tener dolor, enfermedades, poder trabajar” (Grupo focal, UNCOVIA, 2016).



Tabla 1. Interpretación percepciones sobre preconcepción en la categoría macrosistema desde el enfoque biopsicosocial. UNCOVIA 2015 – 2016.

Procesos protectores	Procesos destructivos	Procesos reguladores	Proyectos de vida
<p>Mujeres y hombres saben que la Constitución les protege y son sujetos de derechos, tienen conciencia sobre la crisis, la pobreza, la violencia, la limitación en el acceso y ejercicio de los derechos, saben que hay programas y proyectos a los que pueden acceder.</p> <p>Mujeres: ven el problema de manera integral, desde la crisis en todos los aspectos, la limitación en el acceso, lo determinante que es tener conocimientos y estar inmerso en una cultura y dentro de ella en una situación machista. Tienen mayor sensibilidad por el ámbito intercultural, el buen trato y otros aspectos amigables con la salud, su derecho está vinculado a la realización de la familia, al cuidado, a los hijos, al cumplimiento de planes y programas.</p> <p>Hombres: opinan que la vida se centra en el trabajo, los recursos, la realización personal, la información.</p>	<p>Mujeres y hombres viven situaciones de crisis, pobreza, violencia, limitación en el acceso y ejercicio de los derechos. Saben que hay derechos pero los desconocen. Desconocen el funcionamiento del sistema de salud.</p> <p>Tienen creencias, costumbres y mitos como expresiones culturales, que afectan la salud.</p> <p>Mujeres: viven el problema y es afectada de manera integral, recae en ella muchas de las responsabilidades y efectos de la crisis, sufre la limitación en el acceso a los servicios y beneficios, no tiene tiempo para desarrollar conocimientos, es víctima una cultura machista.</p> <p>Hombres: consideran que la falta de trabajo, de tiempo, la enfermedad, el dolor, son grandes temores o amenazas, no visualizan los programas de salud o del Estado como oportunidades. Su visión de género se sustenta sobre el tema de reproducción “debe cumplirse el derecho de las mujeres a ser atendidas bien”</p>	<p>Mujeres y hombres buscan conseguir trabajo, poder estudiar, tener para dar de comer.</p> <p>Mujeres: tienen conocimiento de las condiciones de salud para el ejercicio de la anticoncepción y preconcepción. La actividad económica unida a otras oportunidades como el estudio se constituyen en fuente liberadora y de realización.</p> <p>Hombres: opinan que tener plata para alimentarse, comprar medicamentos, el acceso a la planificación y a la Información son procesos reguladores de la salud.</p>	<p>Los adultos jóvenes creen que es necesario involucrarse de manera activa y participativa en el proceso de salud de la familia, en los ámbitos de la promoción de la salud, de la prevención de riesgos y enfermedades en todos los ámbitos y establecer contacto con la comunidad, creen en la veeduría siempre y cuando se tenga conocimiento para el cumplimiento de los derechos consignados en la Constitución y el Modelo de Salud.</p>

Fuente: Grupos focales y entrevistas a profundidad.
Elaborado por: Dra. Marisol Orellana Díaz

El macrosistema al ser el paraguas de los derechos y de su ejercicio también es el ámbito desconocido, los hombres y mujeres saben que son sujetos de derecho pero no saben de ellos, por otra parte hay una interpretación de los mismos desde una perspectiva individual y de roles bien marcados entre hombres y mujeres, más aún en torno al proceso reproductivo y embarazo, el hombre tiene una visión sobre la responsabilidad de proveedor y la mujer sobre la reproductora. Los proyectos de vida en el macrosistema responden a las aspiraciones de los participantes; en este caso los adultos jóvenes, ven la necesidad de vincularse en el proceso de salud de



la comunidad, conocer sobre sus derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio, a través de la aplicación del Modelo de Salud.

5.2.2 El Mesosistema

Testimonios

Mujeres: “me decían que solamente con que un hombre me toque, ya podría quedar con el bicho adentro”. (Grupo focal de mujeres, UNCOVIA, 2016).

“En mi caso, como no vivía con mi mami sino con otra señora, ella tenía hijas de mi misma edad, entonces me acuerdo que la tercera hija de esta señora, siendo menor a mí (15 años) decía que ojalá que no esté embarazada (ella); entonces yo le preguntaba por qué cree eso, a lo que respondía que había tenido relaciones con el novio y que no se entere la mamá porque le mata, entonces siempre se preocupaba por eso y siempre esperaba enfermarse para darse cuenta que no estaba embarazada. Entonces era por esto que yo tenía conocimiento de estos temas, es decir, conversando con ella por curiosidad. A veces nos reuníamos en el cuarto las 4 hermanas y yo y le preguntábamos a ella y ella nos enseñaba y decía que no perdamos la virginidad”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

“No, yo no lo veo que cuidarse sea pecado, yo veo más bien el pecado, la culpa tuviera, es traer más hijos al mundo sin desear y hacer sufrir y en este mundo que está bien difícil de criar, eso sí, pero de ahí la culpa de cuidarme no me siento culpable de eso, siento mejor la conciencia más liviana que estar embarazada de un hijo sin desear doctorita, sinceramente eso si no”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

“Sí, la verdad es que ahora no son las cosas como eran antes; antes como que se tenía miedo, o que era algo prohibido hablar de eso. Si uno preguntaba al respecto nos hablaban (todos rien). No es como ahora que nos preguntan normalmente, y ahora a veces nuestros hijos hasta nos sorprenden porque saben más que uno; a veces mi hija me dice que debo hacerme tratar, me pregunta qué es esto, qué es el otro, que debo hacerme por lo menos cada año el Papanicolaou, porque ella tiene bastante conocimiento debido a que le daban biología en el colegio”. (Grupo focal mujeres, UNCOVIA, 2016).

Hombres: “No, o sea si hemos leído, entramos a internet a veces, ambos trabajamos, ella es empleada y yo trabajo en una fábrica acá en el parque, entonces si podemos tener un hogar pero no hemos decidido, entonces nos cuidamos, pero no hemos visto la necesidad de ir al centro de salud todavía, ya cuando se embarace (todos rien). En el internet hay todo jajaja, pero a veces uno no pone atención en estos temas”. (Grupo focal varones, UNCOVIA, 2016).

“En el colegio se habla y también entre panas ya conversamos jajaja de todo, o sea de como tener relaciones y no se quede embarazada la pelada, jajaja”. (Grupo focal varones, 2016).

“Si en la materia de biología, dan esos temas, pero también hay charlas sobre sexualidad, videos jajaja. En mi caso más o menos a los 15 años, empezó en el colegio, nos daban charlas de sexualidad y además uno mismo busca en internet ese tipo de cosas”. (Grupo focal varones, UNCOVIA, 2016).

“El Dr. del centro de salud nos ayudó, mi esposa usa eso que les ponen en el brazo y bueno no hemos tenido más hijos”. (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).



“Como le digo en ese tiempo no había ninguna comunicación como ahora hay, o sea diálogo de médicos, de cómo la planificación familiar, ahí no había nada, nada, entonces ya uno se casó, se pensó que ya casarse era ya de una sola, pero nunca se pensó que íbamos a saber antes de venir los hijos, cuando se quedó embarazada íbamos a la farmacia al Subcentro era lo único que había, o sea no, había sí, pero como no veíamos como ahora hay las posibilidades aquí, sólo el subcentro”. (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).

“Más antes como, como no había ni médico ni nada, parteras habían, y mi hijo el primero nació de totalmente mala suerte se cortó el pupo sin tener quien atiende, y más que yo que saliendo así mismo a ver una partera, así lejos y más bien cuando ya regresaba ya había salido, y mi primer hijo nació sin ninguna, así médico, ninguna clase de partera nada, como Dios ayudó a mi esposa ella mismo, así como otras sin saber que puede hacer, ella mismo había cortado, mal que mal el pupo no, como ya siempre, como la maaaaa, así nació mi hijo, la mamá también le había aconsejado, le había dicho viendo el pupo se corta entonces ahí ella había hecho eso y ella mismo se había endurecido”. (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).

“Creo que antes si era fregado, ahora no, uno cree en Dios pero ya lo de la iglesia es otra cosa a veces uno ni va, al menos en esos temas nada, depende mucho de cada hogar, en nuestro caso mis papas son muy creyentes, pero de este tema no hablan”. (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).

Tabla 2. Interpretación percepciones sobre preconcepción en la categoría mesosistema desde el enfoque biopsicosocial. UNCOVIA 2015 – 2016.

Procesos protectores:	Procesos destructivos	Procesos reguladores	Proyectos de vida
<p>Mujeres y hombres: cuentan como positivos y aceptados los abordajes a través de la escuela, el colegio o la universidad.</p> <p>Hay confianza en el servicio de salud en la comunidad, la atención, los profesionales. Dan importancia a la información correcta y saben que debe ser de manera apropiada o adecuada para la comunidad.</p> <p>Mujeres: tienen conciencia sobre el uso de los medicamentos, la educación en salud, el trabajo con las familias e instituciones (CNH, CBV, iglesia, escuelas, colegios). Manifiestan que la Iglesia y la religiosidad de la gente, aporta en el cuidado de la salud, a través de valores.</p> <p>Hombres: cuidan las redes sociales especialmente vinculadas al proceso económico, saben que son importantes las interacciones con la</p>	<p>Hombres y mujeres: presentan falta de criterio para seleccionar la información en salud y sobre los riesgos ambientales y laborales.</p> <p>Mujeres: para ellas el servicio de salud no cuenta con todos los medicamentos, cambian los profesionales de manera continua, el tiempo de la consulta es muy poco, la atención es despersonalizada, manifiestan que acuden a consultorios médicos pero no a profesionales a los que les cuentan su vida, hay desconfianza y afecta su parte psicológica. Dicen no tener recursos para comprar medicamentos y exámenes, que no brinda el MSP, lo que lleva a tomar la dosis hasta que alcanza la plata (resistencia, falta de adherencia, no se cura y se complica la enfermedad). La falta de solidaridad, los prejuicios, el estigma, la distorsión de los valores hace que la salud sexual y reproductiva sea de orden pecaminoso.</p> <p>Hombres: desconocen y dan poca importancia a los programas de salud. Para ellos el centro de salud es sinónimo de</p>	<p>Mujeres: consideran que a más contactar menos atención personalizada y afectación a la relación médico paciente. Opinan que si bien el sistema de referencia y contrareferencia regula la distribución de usuarios por niveles de acuerdo a la complejidad y por tanto resolución de problemas de salud, al desconocer su funcionamiento les genera dificultades.</p> <p>Hombres: creen que la calidad de la información, los conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos, son factores reguladores de la salud.</p>	<p>Los adultos jóvenes creen en la participación social, en el trabajo con grupos de la misma condición o pares, creen que puede mejorarse la relación con las organizaciones generadas por los programas del MSP como: club de madres, embarazadas, preconcepción, o con otras instituciones que son parte de su red social como CNH y CIBV</p> <p>Su proyecto de vida debe sustentarse en el conocimiento del sistema y programas de salud.</p> <p>Desean aprender y formarse criterios sobre sus derechos y las potencialidades del servicio de salud.</p>



comunidad, hay un respeto grande por la iglesia y la religiosidad aunque estén en un segundo plano.	responsabilidad de la mujer y está unido al control del embarazo y a la curación de enfermedades. Machismo		
---	--	--	--

Fuente: Grupos focales y entrevistas a profundidad.
Elaborado por: Dra. Marisol Orellana Díaz

Desde la visión de la mujer los ámbitos de la comunidad, la organización, la asistencia a los espacios de formación de los hijos o su desarrollo, la iglesia, las actividades del centro de salud y trabajo grupal, ligados al proceso de salud son fundamentales para el desarrollo de la familia y su salud. Los varones consideran que el cuidado de la salud de la familia es una responsabilidad implícita al hecho de ser mujer. Los males de la unidad de salud repercuten en la dinámica de las mujeres, en su tiempo, en su economía y en la posibilidad de cumplir los “roles delegados por la sociedad”; de ahí la necesidad de involucrarse de manera activa en la gestión de la salud de la familia y en el uso adecuado del servicio de salud y sus formas organizativas.

5.2.3 Microsistema

Testimonios

Mujeres *“No he planificado mucho de mis hijos, ni he deseado tampoco, pero encima he tenido a mis hijos”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).*

“No, a mí me vino sin ni siquiera tener idea, porque a nosotras nunca nos habló nuestro padre, mejor dicho ninguna persona anterior, que era como nuestro padre, o nuestra familia, nunca hablaban de eso, era prohibido hablar de eso”. (Grupo focal de mujeres, UNCOVIA, 2016).

A mí me vino de sorpresa, ni siquiera sabía que era, mmm solamente empecé a sangrar, no sabía por qué?, ni que tenía que hacer ese momento”. (Grupo focal de mujeres, UNCOVIA, 2016).

“Yo sí, a mi hija mayor sobre todo yo le trate de preparar desde los 9 años, yo siempre hablaba de eso, la menstruación como tiene que venir, de cuáles son los síntomas y que al rato que ella vea sangrar no se espante que es algo normal y que cualquier cosa me tiene que decir a mí, porque yo ya pase por eso, entonces yo ya le puedo ayudar en todo aspecto, casi en todo sentido, eso si yo he hablado de eso”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

“Yo hablo sobre cómo sería la relación sexual, de eso hablo, yo sé que no soy papá, para eso el varón, varón es mucho mejor. Pero cuando uno le tiene confianza los hijos no necesita ser papá para que le cuente a uno lo que esta pasando... como le vaaa, o sea yo hablo de todo sentido, o qué consecuencias puede traer la relación sexual sin protección, por ejemplo. O aparte de eso de lo que las chicas pueden embarazar, las consecuencias que puede traer para ellas mismas, o enfermedades, como venir un embarazo a una muchacha que no desea, así como mi hija o por muchas cosas que hay, o sea yo hablo de eso, como se dice morochamente, yo no



estoy con vergüenza de nada, porque aurita doctora, en este tiempo no hay que tener vergüenza, sobre todo las relaciones sexuales eso ya no, ya quedo atrás se puede decir”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

“Mi abuela solía decir eso, que no debo dar la mano y menos un beso, que es algo terrible. Porque los papas decían así, nunca hablaban de nada de eso, o sea nosotros no podíamos pronunciar, ni siquiera por lo menos nombre de algo porque y nos pegaban, por eso digo que era prohibido hablar de eso en el tiempo de nosotras, o sea no tenían quien hablan, nunca escuchaba en mi vida, en el tiempo que yo era adolescente o niño hablar de eso”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

Hombres:

“A, si claro, de no hacerle trabajar mucho, que que tenga mucho cuidado, así que noooo, pero yo ayudando si era dura mismo, no sentía ningún dolorrr, y no se enfermaba, ya solamente cuando llegaba la hora de dar a luz, llegaba mismo bueno y después de que iban pasando los años ya necesitaba partera, más arriba habían buenas parteras, entonces ello le hacían dar a luz y hacer de cuidar mucho, ahura es más que tienen mucho cuidado de llevar al médico, de hacer chequeos, más antes como no había vivíamos en Amaluza, no digo ahí era lejos de salir, por unas ocho horas de salir a caballo”. (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).

“Sí, ahora es lo principal de lo que uno habla al momento de tener una sexualidad activa; se habla de planificación”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).



Tabla 3. Interpretación percepciones sobre preconcepción en la categoría microsistema desde el enfoque biopsicosocial. UNCOVIA 2015 – 2016.

Procesos protectores:	Procesos destructivos	Procesos reguladores	Proyectos de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Biológico Mujeres y hombres sexualmente activos, valoran la consulta al médico, la importancia de conocer sobre las enfermedades, reconocen las consecuencias de la relación sexual sin protección y lo positivo de los controles médicos. Están conscientes de la función de protección de la familia. Mujeres: tienen conciencia de que el hombre también es responsable de la salud reproductiva. • Psicológico Hombres y mujeres consideran el hogar como base de sus realizaciones, tienen absoluta conciencia de función universal de afecto (buen trato), consideran que el diálogo es imprescindible, no importa la edad para hablar de sexualidad y sexo, decir las cosas como son. Mujeres: consideran importante la confianza y consejos que pueden brindar a sus hijos. Hombres: cuentan con información de lo vivido. • Social Hombres y mujeres consideran importante los valores, llegar a acuerdos como pareja, sacar adelante a la familia. Mujeres: manifiestan la importancia de la educación, asumen con mucha responsabilidad el rol, ser padre y madre a la vez es una condición ineludible, creen que es necesario romper la vergüenza, preparar a los hijos sobre lo normal del cuerpo. Hombres: su responsabilidad se centra en la producción económica y en el sustento del hogar y la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos <i>Mujeres y hombres tienen poco conocimiento sobre prevención de enfermedades, presencia de pautas clínicas como hipertensión, diabetes, embarazos de riesgo, enfermedades genéticas.</i> • Psicológico: Hombres y mujeres presentan pautas repetitivas de alcoholismos, violencia intrafamiliar, disfuncionalidad, desestructuración, crisis no normativas, naturalización del problema, vergüenza, falta de comunicación. • Social Hombres y mujeres sienten que no hay confianza para hablar de sexo, no hay el conocimiento suficiente ni comunicación. Mujeres: confunden la religiosidad y el pecado en torno a la sexualidad, de las cosas íntimas, abordaje superficial, manifiestan estar aisladas. Hombres: no hablan con su pareja ni familia ni le da importancia al tema de la religiosidad y el pecado en torno a la sexualidad, no hay conciencia sobre el comportamiento machista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos Mujeres y hombres opinan que los controles y chequeos de la salud, además del conocimiento sobre consanguinidad pueden regular la salud. • Psicológico Mujeres y hombres piensan que la información sobre violencia, el trabajo en la dinámica familiar (Holones, reglas, normas, límites, comunicación) y el conocimiento desde lo vivido son procesos reguladores psicológicos.. • Social Hombres y mujeres consideran procesos reguladores sociales las funciones universales de la familia, roles de género, valores, cultura y el manejo de las condiciones vinculadas a riesgo de violencia intrafamiliar. 	<p>En esta categoría se vuelve fundamental el trabajo en planificación familiar, control preconcepcional y todos los ámbitos de la sexualidad relacionados con la pareja y la familia. Se establece como meta llegar a una verdadera comunicación, trabajar en la autonomía, el respeto, afecto, la socialización protección y reproducción. Resiliencia. Cultura del buen trato.</p>

Fuente: Grupos focales y entrevistas a profundidad.
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

En el microsistema, el paradigma del hombre es la economía, es un reflejo de los otros espacios del sistema, su trabajo es el nexo entre todos los ámbitos, la protección a la familia desde la generación de recursos. El limitado acceso a fuentes



de trabajo e ingresos repercute en la salud y en la dinámica de la familia, generando su falta de involucramiento en la vida cotidiana, en las decisiones consensuadas y en el reconocimiento de su pareja que está sujeto a la generación de recursos, conocimiento, disposición a participar y tiempo libre.

Queda en un segundo plano el afecto, el diálogo, la confianza, cuenta con que la responsable de la salud, la educación y el funcionamiento del hogar, es la mujer.

5.2.4 Ontosistema

Testimonios

Mujeres: *“Yo aprendí aquí pongamos de muchas otras personas que empezaron a hablar, o sea escuchar a las diferentes personas que hablaban de eso. Y más aprendí de mis propias hijas, como ya les incluí en la escuela, en el colegio, todo desde ahí, cada vez que venía me contaba nuevas cosas, de eso aprendí, por eso yo hablo con mis hijas así honestamente”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).*

“Yo por ejemplo, con el padre de mis hijos de los grandes, yo siempre he dicho que yo me quiero cuidar, que no quiero tener más hijos. Yo me hice a los 16 años de él, él aurita tiene 47, yo tengo 35, pero créame doctora, él nunca ha sido una persona que diga si, si vamos a cuidar, vamos a planificar, o sea al contrario solo decía que sí, que sólo las mujeres malas, las mujeres que no son mujeres del hogar son las que se cuidan, que no sé qué”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

Hombres: *“A mi esposa le dieron vitaminas, hay otro que dan a todas las embarazadas, es vitamina también creo, no recuerdo el nombre. Eso es lo que le dieron a mi mujer y que ella decía que era para que el niño se desarrolle fuerte, saben usar durante mucho tiempo, empezó a usar una vez que estaba embarazada y fuimos al doctor, bueno y pues mi guguá nació bien”. (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).*

“Es justamente por eso que trato de planificar de tal manera que no “meta la pata” y quedarme con la persona equivocada, jaja, no vivimos juntos pero tenemos ya 3 años de enamorados, ahora es diferente, o sea tenemos relaciones y nos cuidamos con preservativo”. (Entrevista a profundidad, UNCOVIA, 2016).

“Hacen exámenes de sangre, de orina, a la mujer cuando tiene problemas, yo si fui con ella pero a mí no me pidieron nada de exámenes, creo que también piden eso del colesterol y el azúcar para ver la diabetes, no pues a uno no le piden nada, pero uno tampoco está embarazado pues” (todos ríen). (Grupo focal de varones, UNCOVIA, 2016).



Tabla 4. Interpretación percepciones sobre preconcepción en la categoría ontosistema desde el enfoque biopsicosocial. UNCOVIA 2015 – 2016.

Procesos protectores	Procesos destructivos	Procesos reguladores	Proyectos de vida
<ul style="list-style-type: none"> Biológico Mujeres y hombres visualizan la importancia de los anticonceptivos, saber que se tiene que prevenir o que problemas se deben manejar en el embarazo está dentro de su preocupación. Mujeres: tienen absoluta conciencia sobre el control de la salud, aunque no como control preconcepcional sabe que es importante una etapa previa al embarazo, conoce del ácido fólico, sabe que es importante el control de la gestación. Hay conciencia de su cuerpo, contemplan la iniciativa de la no automedicación, saben de la importancia del ejercicio físico y de lo contraindicado del esfuerzo. Hombres: se limitan a acompañar al control de la gestación, tienen conciencia de su cuerpo y del cuerpo de la gestante, saben de igual manera lo complicado que puede resultar el esfuerzo físico, pero no hay conciencia de su ejercicio y de los hábitos en la preparación para la reproducción. Psicológico Hombres y mujeres desean estar bien, manifiestan que sentirse bien vale para todo, tener la conciencia tranquila, saber escuchar para poder dialogar, es fundamental tener la seguridad de que se quiere tener al bebé, dan mucha importancia al buen trato. Mujeres: Hablan de que es importante no sentir culpa de usar anticonceptivos, buscan estar fuera de los problemas de estrés y estar preparadas para ser madres. Hombres: consideran importante no impedir la decisión del uso de anticonceptivos. Social Hombres y mujeres tienen conciencia de los derechos, consideran importante el tiempo libre de calidad (autocuidado, relaciones sociales, recreación). 	<ul style="list-style-type: none"> Biológico Hombres y mujeres consideran el consumo de sustancias tóxicas, la edad especialmente de la madre y ámbitos relacionados con la violencia física como procesos destructivos. Mujeres: asumen que el embarazo es su responsabilidad biológica. Identifican como negativo la automedicación, el consumo de sustancias tóxicas, la desnutrición o sobrepeso y la automedicación para el dolor. Psicológico Mujeres y hombres tienen concepciones machistas de que un embarazo no planificado y no deseado es por falta de cuidado de la mujer, sostienen que la planificación la hacen las mujeres malas. Identifican la violencia psicológica, el miedo, la depresión y el estrés como procesos negativos. Social Hombres y mujeres naturalizan la violencia, el machismo (el cuidado del embarazo es responsabilidad de la mujer). Tienen creencias y mitos que afectan negativamente a la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Biológico Hombres y mujeres consideran importante el nivel de responsabilidad con la salud, autocuidado, controles y chequeos médicos, adherencia al tratamiento, estilos de vida. Psicológico Hombres y mujeres identifican el nivel de autoestima, el conocimiento de indicadores de violencia y sus ciclos. Existe reconocimiento de roles y límites. Social Mujeres y hombres visualizan el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre derechos. Conocimiento sobre redes de apoyo y resolución legal de problemas. Mujeres: conocen la opción de casas de acogida para víctimas de violencia. 	<p>Para los proyectos de vida, en esta categoría el diálogo nos lleva a hablar la necesidad de trabajar en autonomía, independencia. Adoptar estilos de vida saludables Trabajar en autoestima, resiliencia En el campo de la salud mental trabajar en tiempo libre de calidad. Se ve como importante establecer un plan de educación en derechos. Conocimiento de la Ley y regulaciones. Educación en cultura del buen trato.</p>

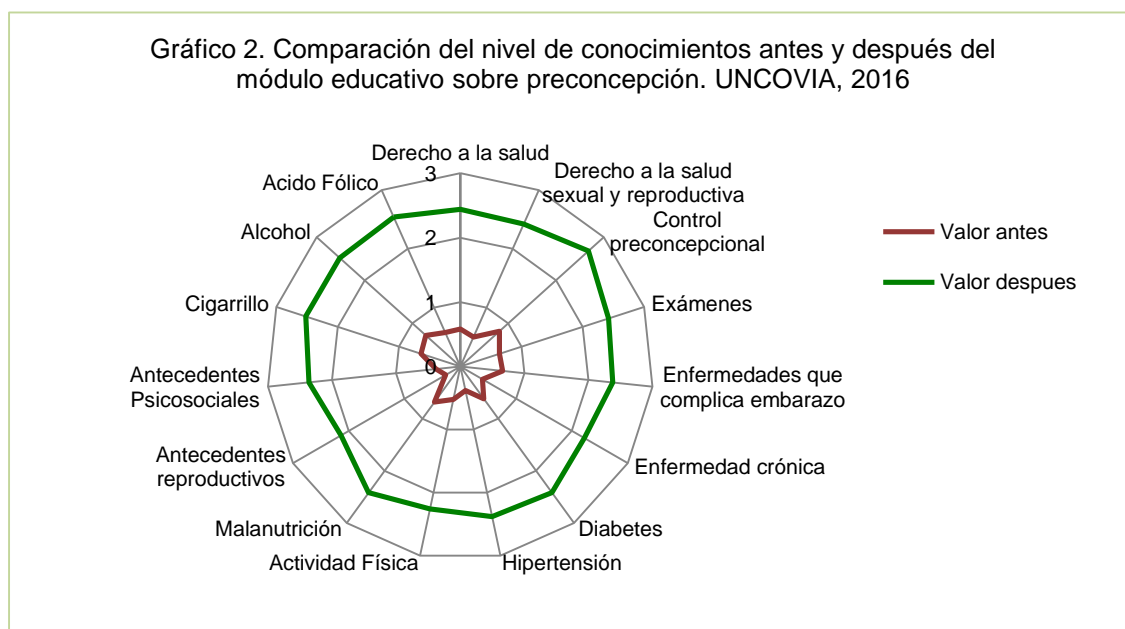
Fuente: Grupos focales y entrevistas a profundidad.
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz



En el ontosistema, hombres y mujeres interactúan entre poderes reforzados por la cultura, el machismo y lo económico que sostienen pautas repetitivas de violencia, que se expresan de diferentes maneras y que a su vez limitan el diálogo y los acuerdos. La mujer presenta una marcada limitación en cuanto a su independencia lo que genera el silencio en la sexualidad, la preconcepción y el en el ámbito de su proyecto de vida, cuyas consecuencias pueden manifestarse en la esfera biopsicosocial.

5.3 Conocimientos, actitudes y prácticas preconceptivas, antes y después del módulo educativo

En torno al programa educativo la evaluación nos muestra los siguientes resultados. El porcentaje promedio de nivel de conocimiento general en preconcepción encontrado en la primera aplicación del cuestionario fue: de 18,62% (IC 95%: 15,14%-22,10%). Luego del desarrollo del módulo educativo, este porcentaje se elevó al 80,27% (IC 95%: 75,60% - 84,94%).



Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

El valor promedio de conocimiento alcanzado en el pretest sobre una escala de 3 puntos, fue de 0,56 equivalente a un bajo nivel. Luego del desarrollo del módulo educativo y la aplicación del posttest el nivel de conocimiento se eleva a 2,41 sobre 3



puntos, con una diferencia estadísticamente significativa (X^2 de McNemar 6,96. $P < 0,05$).

Además, el estudio reportó que 24 de las 50 personas participantes sabían más que el promedio al inicio de la intervención, en comparación del final del estudio en donde la totalidad superaba el conocimiento promedio.

Tabla 5. Comparación de promedios de conocimiento sobre preconcepción por pregunta, antes y después del módulo educativo. UNCOVIA, 2016.

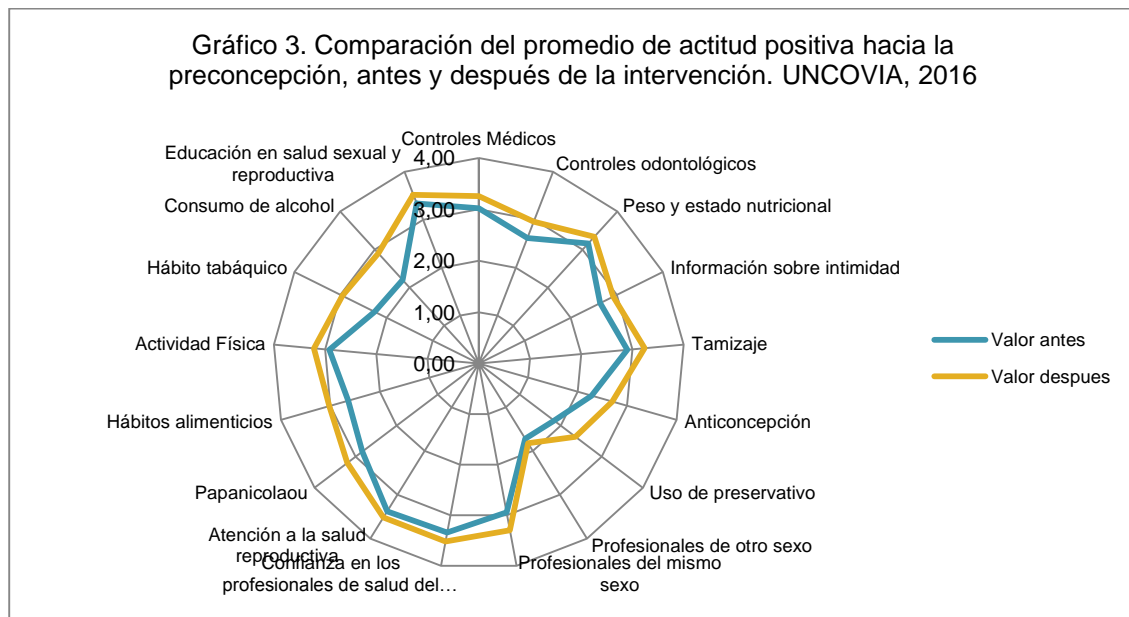
Nº	Pregunta	Promedio antes	IC	Promedio después	IC	X^2 McNemar	Valor P
1	Derecho a la salud	0,58	0,44 – 0,72	2,44	2,27 – 2,61	11,04	< 0,05
2	Derecho a la salud sexual y reproductiva	0,50	0,33 – 0,67	2,42	2,24 – 2,60	10,13	< 0,05
3	Control preconcepcional	0,82	0,68 – 0,96	2,68	2,55 – 2,81	22,08	< 0,05
4	Exámenes	0,64	0,44 – 0,84	2,42	2,24 – 2,60	7,68	< 0,05
5	Enfermedades que complican el embarazo	0,66	0,51 – 0,81	2,38	2,21 – 2,55	13,04	< 0,05
6	Enfermedad crónica	0,40	0,26 – 0,54	2,22	2,02 – 2,42	12,01	< 0,05
7	Diabetes	0,62	0,41 – 0,83	2,42	2,29 – 2,59	9,26	< 0,05
8	Hipertensión	0,38	0,22 – 0,54	2,38	2,21 – 2,55	15,28	< 0,05
9	Actividad Física	0,52	0,35 – 0,69	2,26	2,08 – 2,44	9,26	< 0,05
10	Mala nutrición	0,68	0,53 – 0,83	2,42	2,24 – 2,60	14,13	< 0,05
11	Antecedentes reproductivos	0,26	0,14 – 0,38	2,14	1,94 – 2,24	20,57	< 0,05
12	Antecedentes Psicosociales	0,38	0,22 – 0,54	2,36	2,19 – 2,53	15,28	< 0,05
13	Cigarrillo	0,64	0,48 – 0,80	2,52	2,35 – 2,69	12,01	< 0,05
14	Alcohol	0,72	0,56 – 0,88	2,52	2,35 – 2,69	15,28	< 0,05
15	Acido Fólico	0,58	0,41 – 0,75	2,54	2,36 – 2,72	8,45	< 0,05
TOTAL		0,56	0,48 – 0,64	2,41	2,34 – 2,48	6,96	< 0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

Al analizar el nivel inicial de conocimiento por cada pregunta, el promedio más alto corresponde a la referente al objetivo de preconcepción alcanzando 0,82 sobre 3 puntos, seguido del conocimiento relacionado con la mala nutrición en la preconcepción que es de 0,68. El nivel de conocimiento más bajo corresponde a antecedentes reproductivos que alcanza 0,26 sobre 3 puntos.

Luego de la intervención se obtiene un incremento del conocimiento en todas las preguntas, siendo lo más significativo lo referente a preconcepción y antecedentes reproductivos y lo menos representativo el conocimiento acerca de los exámenes requeridos en el periodo preconcepcional.



Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

Al analizar los resultados se encontró una actitud positiva hacia los cuidados preconceptionales en la mitad de los participantes, con un promedio general de 2,71 sobre 4 puntos en el pretest. Luego de la intervención, se produjo un ligero aumento tanto en el número de personas con actitud positiva: de 25 a 37, como en el promedio alcanzado: 3,04, sin ser estadísticamente significativo (X^2 de McNemar 1,95. $P > 0,05$).

La actitud positiva con mayor promedio en el pretest, es la que se refiere a la predisposición de hombres y mujeres a realizarse controles de salud reproductiva en el periodo preconceptional. Es importante destacar que las personas tienen confianza en los profesionales del MSP lo que se evidencia en el 2º promedio más alto al igual que la voluntad de recibir capacitación en temas de salud sexual y reproductiva.



Los resultados del análisis de actitudes por cada pregunta, se expresan en la siguiente tabla:

Tabla 6. Comparación de promedios de actitud positiva sobre preconcepción por pregunta, antes y después del módulo educativo. UNCOVIA, 2016.

Nº	Pregunta	Promedio antes	IC	Promedio después	IC	X ² McNemar	Valor P
1	Controles Médicos	3,02	2,67 – 3,37	3,26	3,00 – 3,52	0,02	>0,05
2	Controles odontológicos	2,62	2,21 – 3,03	2,96	2,65 – 3,27	2,24	>0,05
3	Peso y estado nutricional	3,16	2,83 – 3,49	3,34	3,08 – 3,60	1,62	>0,05
4	Información sobre intimidad	2,64	2,30 – 2,98	2,92	2,66 – 3,18	3,25	>0,05
5	Tamizaje	2,90	2,52 – 3,28	3,24	2,99 – 3,49	3,35	>0,05
6	Anticoncepción	2,28	1,87 – 2,69	2,70	2,40 – 3,00	0,31	>0,05
7	Uso de preservativo	1,84	1,43 – 2,25	2,36	2,05 – 2,67	2,36	>0,05
8	Profesionales de otro sexo	1,72	1,33 – 2,11	1,82	1,45 – 2,19	0,00	>0,05
9	Profesionales del mismo sexo	2,94	2,54 – 3,34	3,30	3,03 – 3,57	10,47	< 0,05
10	Confianza en profesionales del MSP	3,34	3,05 – 3,63	3,52	3,32 – 3,72	3,38	>0,05
11	Atención a la salud reproductiva	3,38	3,08 – 3,68	3,52	3,32 – 3,72	5,78	< 0,05
12	Papanicolaou	2,84	2,38 – 3,30	3,20	2,88 – 3,52	5,56	< 0,05
13	Hábitos alimenticios	2,64	2,22 – 3,06	3,02	2,66 – 3,35	2,53	>0,05
14	Actividad Física	2,92	2,53 – 3,31	3,22	2,94 – 3,50	9,80	< 0,05
15	Hábito tabáquico	2,26	1,79 – 2,73	2,96	2,69 – 3,23	0,46	>0,05
16	Consumo de alcohol	2,20	1,72 – 2,68	2,90	2,62 – 3,18	0,46	>0,05
17	Educación en salud sexual y reproductiva	3,34	3,07 – 3,61	3,52	3,32 – 3,72	2,82	>0,05
TOTAL		2,71	2,47 – 2,95	3,04	2,83 – 3,25	1,95	>0,05

Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

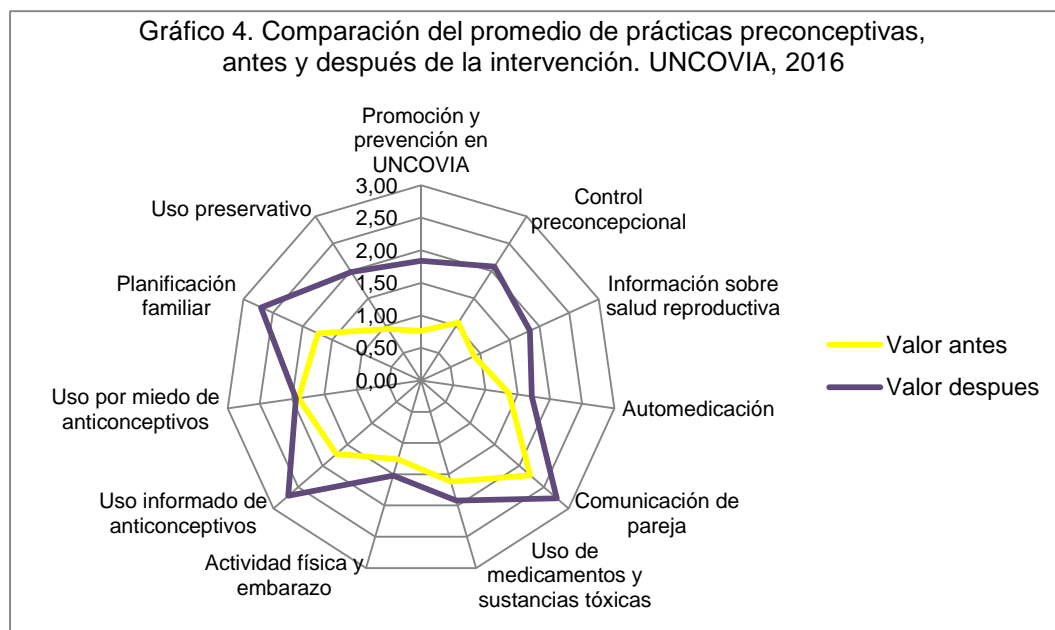
La actitud más negativa que nos muestra el postest, es la relativa a la incomodidad de ser atendidos por profesionales de salud del sexo opuesto. La visión de las personas respecto del consumo de alcohol y tabaco en el periodo preconcepcional, no presenta una modificación en el postest luego de aplicado el módulo de educación, a pesar de que la pregunta de conocimientos respecto de estos temas tiene un aumento significativo en el promedio luego de la intervención.

Los cambios de actitud más positivos fueron la inclusión de actividad física regular en su vida diaria; así como, los controles preconcepcionales y el examen de Papanicolaou, que obtuvieron valores estadísticamente significativos (X^2 de McNemar 9,80; 5,78 y 5,56 respectivamente. $P < 0,05$). Existió una ligera mejora en la actitud hacia el uso del preservativo y los anticonceptivos de manera informada;



sin embargo, no es significativa. La molestia hacia el control por profesionales de otro sexo no sufrió modificación.

Los resultados relacionados con las prácticas fueron variables. La práctica con mayor promedio previa a la aplicación del módulo educativo fue la comunicación con la pareja, que alcanzó 2,22 sobre 4 puntos. Preocupa encontrar que la mitad de personas utilizan anticonceptivos de manera desinformada y por miedo a embarazarse.



Fuente: Base de datos
Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

Luego de la intervención se da un incremento general en todas las prácticas positivas preconceptivas, siendo estadísticamente significativo (X^2 de McNemar 4,12. $P < 0,05$), excepto en el uso de anticonceptivos por miedo que se mantiene igual que antes de la intervención.

El análisis de cada práctica evidenció que la información, promoción y prevención en preconcepción que desarrolla la Unidad de salud no llega de manera masiva a la población, ya que las prácticas de acercamiento al centro de salud para este objeto presentan los promedios más bajos, las personas acuden por enfermedad más que por prevención; de allí que, el incremento de promedios en el postest no alcanza a ser significativo.



A pesar de la aplicación del módulo educativo no se pudo limitar o evitar el uso de alcohol y tabaco en el período preconcepcional; sobre todo en hombres, teniendo un promedio inicial de 1,62 y un final de 1,92.

Tabla 7. Comparación de promedios de prácticas preconceptivas, antes y después del módulo educativo. UNCOVIA, 2016.

Nº	Pregunta	Promedio antes	IC	Promedio después	IC	X ² McNemar	Valor P
1	Promoción y prevención en UNCOVIA	0,76	0,47 – 1,05	1,84	1,54 – 2,14	2,96	>0,05
2	Control preconcepcional	1,06	0,68 – 1,44	2,08	1,74 – 2,42	0,06	>0,05
3	Información sobre salud reproductiva	0,90	0,58 – 1,22	1,84	1,54 – 2,14	3,61	>0,05
4	Automedicación	1,36	0,93 – 1,79	1,72	1,33 – 2,11	0,30	>0,05
5	Comunicación de pareja	2,22	1,80 – 2,64	2,76	2,47 – 3,05	0,00	>0,05
6	No uso de alcohol y tabaco	1,62	1,13 – 2,11	1,92	1,48 – 2,36	0,02	>0,05
7	Actividad física y embarazo	1,26	0,83 – 1,69	1,52	1,12 – 1,92	4,33	< 0,05
8	Uso informado de anticonceptivos	1,72	1,29 – 2,15	2,70	2,40 – 3,00	4,56	< 0,05
9	Uso por miedo de anticonceptivos	1,90	1,40 – 2,40	1,94	1,45 – 2,43	0,02	>0,05
10	Planificación familiar	1,74	1,29 – 2,19	2,70	2,40 – 3,00	4,25	< 0,05
11	Uso de preservativo	0,94	0,58 – 1,30	1,98	1,68 – 2,28	4,01	< 0,05
TOTAL		1,41	1,13 – 1,69	2,09	1,84 – 2,34	4,12	< 0,05

Fuente: Base de datos

Elaboración: Dra. Marisol Orellana Díaz

El uso del preservativo es una práctica con un promedio bajo antes del módulo educativo; sin embargo, luego de la intervención se logró elevar su uso de manera significativa (X² de McNemar 4,01. P <0,05).

La realización de actividad física es otra práctica que se elevó de manera significativa, esto va de la mano con el cambio de actitud que tuvieron los participantes al respecto.

Al inicio del estudio sólo 14 de las 50 personas habían realizado algún tipo de práctica preconceptiva, al final se cuenta con 35 participantes involucrados íntegramente en el control preconcepcional.



CAPÍTULO VI

6. Discusión

La atención preconcepcional, permite identificar y reducir riesgos biopsicosociales en hombres y mujeres con el fin de evitar complicaciones materno fetales; sin embargo, esta etapa tan importante está minimizada o ausente debido a múltiples factores, dentro de éstos citamos los sociodemográficos y familiares.

La mayor cantidad de participantes en el estudio lo constituyeron bachilleres, casados, de familias nucleares funcionales, a pesar de esto las diferencias encontradas en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas preconcepcionales, no fueron estadísticamente significativas al momento de compararlas con las de las personas que tenían diferente escolaridad, estado civil y estructura familiar. Estos resultados de la investigación difieren de estudios similares realizados en otros lugares del mundo, donde las mujeres con secundaria tenían un mayor nivel de conocimiento en preconcepción respecto de las demás (43).

El conocimiento es el primer paso hacia el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva y dentro de ésta a la preconcepción. En general en este estudio se encontró un nivel de conocimiento insuficiente respecto de preconcepción que fue de 18,6%, casi diez puntos más bajo que el encontrado en un estudio similar realizado en Etiopía, en dónde el nivel de conocimiento fue de 27,5% (IC 95%: 23,2% - 32,0%) (43).

La mayor parte de estudios que abordan el tema de atención preconceptiva, se centran en las mujeres y se recomienda la necesidad de involucrar a los varones (7)(21)(44), situación que ha sido tomada en cuenta en este estudio en donde el 40% de participantes son hombres.

En la investigación realizada no se evidenció una diferencia significativa en el nivel de conocimiento entre hombres y mujeres, pero si existió una mejora en la actitud y un incremento en las prácticas preconceptivas de los hombres, esto se asemeja a lo encontrado en un estudio realizado en Korea que promocionó la preconcepción en parejas antes del matrimonio (19).



Analizando la característica de género, la población masculina involucrada en esta investigación alcanzó el 40% de la muestra total. La mayor parte de integrantes varones lo constituyeron las parejas de las mujeres que acudían al centro de salud, quienes luego de obtener información y motivación se fueron sumando al proceso.

El estar vinculados a la unidad de salud a través de los programas de planificación familiar y control prenatal es un factor que facilita la promoción de la atención preconcepcional. Un estudio en Etiopía reveló una situación parecida encontrando que las mujeres que no tenían antecedentes de uso de planificación familiar, eran un 85% menos informadas que las que tenían un historial de uso de la planificación familiar (AOR: 0,15; IC 95%: 0,05, - 0,44) (43).

Es importante crear conciencia en hombres y mujeres que el hábito de fumar activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre y que su consumo genera efectos negativos que influyen desde el período de preconcepción, este se asocia con el bajo peso del niño al nacer, la restricción del crecimiento fetal y el parto prematuro (2). Las actitudes y prácticas de los participantes al respecto en este estudio no tuvieron cambio.

En un estudio en Londres, los médicos identificaron que las mujeres pobres y con problemas de salud antes del embarazo eran menos propensas a asistir para el cuidado preconcepcional, más propensas a recurrir a abortos por embarazos no deseados, además tenían menos probabilidades de tomar suplementos de ácido fólico y estaban más expuestas a caer en comportamientos poco saludables como fumar, beber alcohol y tomar drogas ilícitas (17). Si bien la tolerancia a la exposición a tabaco y drogas durante la preconcepción de hombres y mujeres fue evidente en el actual estudio, no se identificó a través de las percepciones de los profesionales de salud, quienes no fueron abordados en la presente investigación.

Un estudio Danés estimó la ingesta de alcohol en las mujeres en edad reproductiva como superior al 50% y muchas de ellas inician el embarazo con una alta exposición de alcohol, un tercio de las mujeres danesas embarazadas beben alcohol en exceso. A pesar de que la prevalencia del consumo semanal de alcohol disminuyó considerablemente durante el embarazo temprano, en comparación con los niveles de antes del embarazo es necesario orientar sobre los riesgos que esto conlleva a los grupos de mayor vulnerabilidad (45).

El consumo de alcohol puede ser teratogénico para el desarrollo del sistema



nervioso central del feto. 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 (16).



CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

- Con la aplicación del programa educativo sobre control preconcepcional, se mejoraron los conocimientos y prácticas de los adultos jóvenes con respecto a su situación inicial de manera significativa. En lo concerniente a las actitudes se consiguió una mejoría aunque no con la misma significancia de los anteriores.
- Los adultos jóvenes participantes en el estudio fueron en su mayor parte mujeres, casadas o en unión libre, amas de casa, con bachillerato, pertenecientes a familias nucleares, funcionales en ciclo vital familiar de plataforma de lanzamiento.
- El mayor número de hombres involucrados en la investigación, fueron parejas de las mujeres que acudían por diferentes motivos al centro de salud; esto nos permite entender que la interacción social entre el programa de investigación y las mujeres que se convirtieron en socias estratégicas, lograron la aceptación e involucramiento de sus pareja en el proceso.
- La diferencia en porcentaje de mujeres participantes es cubierta por aquellas que al momento no tienen pareja, sean madres o no.
- La interpretación de las percepciones en preconcepción llevó a ahondar en los ámbitos biopsicosociales, sus procesos protectores, destructores y reguladores.
- Partiendo desde el enfoque sistémico anotamos lo más relevante dentro de las siguientes categorías: macrosistema tanto hombres como mujeres saben de manera general que existen derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva pero desconocen cuales son y como ejercerlos.
- En el mesosistema el comportamiento social nos permite entender dinámicas diferenciadas entre hombres y mujeres, en cuanto a roles y responsabilidades que deben cumplir frente al sistema de redes de la comunidad.
- La mujer es la encargada del área social, del seguimiento de la educación y el desarrollo de los hijos, es la más cercana al servicio de salud, a la iglesia. Sobre sus hombros pesa una carga ya que culturalmente es la responsable de establecer la protección de la salud, evitar y prevenir los elementos destructores y conocer los sistemas de regulación de la sociedad en beneficio de la familia, a



diferencia del hombre cuyo rol esta vinculado a la decisión de las acciones de la mujer en la comunidad.

- En el microsistema se generan interacciones dentro del marco de la sexualidad, la reproducción, la concepción, en donde la mujer cumple funciones universales de socialización, reproducción y protección de la familia, tomando en consideración que puede o no haber la presencia del hombre y cuando vive en pareja se comparten las funciones dentro de un sistema de poderes, el del proveedor frente al de la ama de casa que influye en las dinámicas del hogar que son responsabilidades fundamentales asociadas a la mujer.
- Tomando en consideración el ontosistema, en el campo de la sexualidad también se manifiestan estos poderes reforzados por la cultura, el machismo y lo económico que sostienen pautas repetitivas de violencia y se expresan de diferentes maneras que a su vez limitan el diálogo y los acuerdos. El poder desde la perspectiva de la mujer se establece en el conocimiento de las dinámicas de la familia, del uso de los recursos internos y externos y también sobre la conciencia y autonomía en relación a su cuerpo, pero con una marcada limitación en cuanto a su independencia lo que genera el silencio en la sexualidad, el silencio en la preconcepción y el silencio en el ámbito de su proyecto de vida, cuyas consecuencias pueden manifestarse en el ser biológico con enfermedades, en lo psicológico con depresión y en lo social con aislamiento.
- El aula para el proceso educativo no fue convocante, la estrategia utilizada fue el diálogo directo en visitas domiciliarias bajo ámbitos de dispensarización enfocados en el tema y el reforzamiento de actitudes y prácticas a través del autoagendamiento, la consulta y la resolución de los problemas de salud de la familia y la relación médico paciente.
- El nivel de conocimientos sobre preconcepción antes de la intervención fue insuficiente y posterior al módulo educativo cambio a bueno con un nivel altamente significativo.
- No existió diferencia significativa en cuanto al nivel de conocimiento sobre el tema de la preconcepción, cuando tomamos en consideración el género, el estado civil, la escolaridad y las características familiares de los participantes.



- La actitud frente al proceso siempre fue positiva y mejoró de manera general sin que represente un cambio significativo, excepto en la predisposición a acudir a los controles de salud reproductiva, el Papanicolaou y la actividad física donde se demuestra significancia.
- En cuanto a las prácticas hay cambios significativos en el uso informado de anticonceptivos, actividad física y el uso de preservativo como método de barrera y de prevención de ETS.
- A pesar de que el conocimiento sobre el efecto nocivo del consumo de alcohol y tabaco en el periodo preconcepcional se incrementó significativamente, es preocupante la actitud y práctica casi natural o tolerante de las familias en relación con este tema.

7.2 Recomendaciones

- Que se generen programas de inclusión del hombre en los procesos de: información, educación en salud sexual, reproductiva y preconcepción, así como en la interacción con la unidad de salud.
- En el ámbito de la preconcepción es necesario desarrollar programas de inclusión y abordaje informado y fundamentado científicamente por los EAIS, tanto en las modalidades intra como extra murales.
- En los procesos de educación sobre sexualidad y preconcepción deben ser incluidos los adolescentes, ya que es un ciclo vital vulnerable a embarazos no deseados, prematuros y las implicaciones biopsicosociales presentes en el perfil epidemiológico.
- El uso de la tecnología para los procesos ubicación, dispensarización, seguimiento, información y comunicación en torno a la promoción de la salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, editor. CONE en el sistema nacional de salud. Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013.
2. Dirección Nacional de Normatización - MSP, editor. Guía de práctica clínica. Control preconcepcional. Ecuador: MSP; 2013.
3. Publicaciones UNFPA en México [Internet]. [citado 19 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones.php>
4. Pérez A, Ferreira Salazar C, Instituto Nacional de Estadística y Censos (Ecuador), UN Women. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. 2010.
5. Usiña J. Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones. Ecuador: INEC; 2014
6. INEC - MSP editors. Encuesta nacional de salud y nutrición - ENSANUT 2012, demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. Ecuador: INEC - MSP; 2012.
7. Borges ALV, Santos OA dos, Nascimento N de C, Chofakian CB do N, Gomes-Sponholz FA. Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. Rev Esc Enferm USP. abril de 2016;50(2):208-16.
8. Duran Santos MC, González Teijeiro M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev Cuba Med Gen Integral Habana. 2002;43:252–262.
9. OMS | Salud reproductiva [Internet]. WHO. [citado 8 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
10. Organización Mundial de la Salud, editor. Documentos básicos. 48o edición. Oms; 2014.
11. Mahler H. El sentido de« la salud para todos en el año 2000». Rev Cuba Salud Pública. 2009;35(4):2–28.
12. Naciones Unidas editors. Objetivos de desarrollo del milenio, informe de 2015. Nueva York: ONU; 2015
13. CEPAL N. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2016 [citado 21 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40155>



14. ONU. Declaratoria sobre la eliminación de violencia contra la mujer. Nueva York: ONU; 1967
15. Escobar J, Yépez E, León W, Caicedo A, Nieto B, editor. Norma y protocolo de planificación familiar. Ecuador: CONASA; 2010.
16. Ortiz E., Vásquez G., Arturo M., Medina V. Protocolo de atención preconcepcional. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2014.
17. Ojukwu O, Patel D, Stephenson J, Howden B, Shawe J. General practitioners' knowledge, attitudes and views of providing preconception care: a qualitative investigation. *Ups J Med Sci*. 1 de octubre de 2016;121(4):256-63.
18. Navarro GM, López EC, Calvente M del MG, Ruzzante NH, Rodríguez IM. Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y postparto de sus parejas. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(2):267–278.
19. Je NJ, Choi SY. Effects of Web-based Preconception Health Promotion Program for Couples about to be Married. *J Korean Acad Nurs*. 2016;46(5):720.
20. Sepúlveda Troncoso G, Palomino Zúñiga H, Cortés Araya J. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2008;30(1):17–25.
21. Moura ERF, Evangelista DR, Damaceno AKC. Conocimiento de mujeres con diabetes mellitus sobre cuidados preconcepcionales y riesgos materno fetales. *Rev Esc Enferm. USP* 2012, 46(01):22-8
22. Pongcharoen T, Gowachirapant S, Wecharak P, Sangket N. Pre - pregnancy body mass index and gestational weight, gain in Thai pregnant women as risks for low birth weight and macrosomia. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2016; 25(04):810-817.
23. CONTRIBUTORS Specia. Pre-conception folic acid and multivitamin supplementation for the primary and secondary prevention of neural tube defects and other folic acid-sensitive congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37(6):534–549.
24. Torres Trujillo LE, Ángel Jiménez G, Calderon Higueta G, Fabra Arrieta JC, López Galeano SC, Franco Restrepo MA, et al. Knowledge and practices food in pregnant women, from municipalities of Antioquia, Colombia, 2010. *Perspect En Nutr*



Humana. 2012;14(2):185–198.

25. Bayrami R, Latifnejad Roudsari R, Allahverdipour H, Javadnoori M, Esmaily H. Experiences of women regarding gaps in preconception care services in the Iranian reproductive health care system: A qualitative study. *Electron Physician*. 25 de noviembre de 2016;8(11):3279-88.

26. Murphy BL, Dipietro NA. Impacto de un programa educativo dirigido por farmacéutico sobre el conocimiento a largo plazo y uso del ácido fólico entre universitarias: estudio de seguimiento de 12 meses. *Pharm Pract Internet*. 2012;10(2):105–109.

27. Klerman LV, Jack BW, Coonrod DV, Lu MC, Fry-Johnson YW, Johnson K. The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors. *Am J Obstet Gynecol*. diciembre de 2008;199(6):S362-6.

29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, editor. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual, por ciclos de vida. Primera edición, Ecuador, 2009.

29. Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Univ Autónoma St Domingo Cent Cult Poveda [Internet]. 2006 [citado 23 de febrero de 2017]; Disponible en: http://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013_11_22_18_50_06.pdf

30. Lewin K. La teoría del campo en la ciencia social. Barcelona [etc.: Paidós; 1988.

32. Fantasasadrimars Blog [Internet]. Teorías fundamentadas sobre sexualidad [Citado noviembre 2016]. Disponible en <https://fantasasadrimar.wordpress.com/2010/02/26/teorias-fundamentadas-sobre-sexualidad/>

33. Passaidireto [Internet]. Psicología de la sexualidad. [citado diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.passeidireto.com/arquivo/23253736/psicologia-de-la-sexualidad/7>

33. Vásquez Maza VA. Modelo teórico de la estructura y dinámica de las identidades sexuales. 2015 [citado 23 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4442>

34. Wilson EO. Sociobiología: la nueva síntesis. Barcelona: Omega; 2008.

35. Galindo J. Erving Goffman y el orden de la interacción. *Acta Sociológica*.



enero de 2015;66:11-34.

36. Galvão LAC, Finkelman J, Henao S. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
37. Foucault M, Guiñazú U. Historia de la sexualidad. 2008.
38. Saucedo García JM, Maldonado Durán JM. La familia: su dinámica y tratamiento. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
39. Colom AJ, Bernabeu JL, Domínguez E, editores. Teorías e instituciones contemporáneas de la educación. 2 ed. ampl. y actual. Barcelona: Ed. Ariel; 2002. 417 p. (Ariel educación).
40. Solórzano M, Brant C, Flores O. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas, Venezuela: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; 2001.
41. Irigoyen Coria A. Fundamentos de medicina familiar. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
42. Martín Zurro A. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona [etc.]: Elsevier; 2011.
43. Ayalew Y, Mulat A, Dile M, Simegn A. Women's knowledge and associated factors in preconception care in adet, west gojjam, northwest Ethiopia: a community based cross sectional study. Reprod Health [Internet]. diciembre de 2017 [citado 10 de febrero de 2017];14(1). Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0279-4>
44. de Smit DJ, Weinreich SS, Cornel MC. Effects of a simple educational intervention in well-baby clinics on women's knowledge about and intake of folic acid supplements in the periconceptional period: a controlled trial. Public Health Nutr. abril de 2015;18(06):1119-26.
45. Iversen ML, Sørensen NO, Broberg L, Damm P, Hedegaard M, Tabor A, et al. Alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy. A cross-sectional study with data from the Copenhagen Pregnancy Cohort. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. diciembre de 2015 [citado 26 de enero de 2017];15(1). Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0757-z>

**ANEXOS****Anexo 1. Operacionalización de variables**

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala Ordinal
Conocimiento sobre control preconcepcional	Control preconcepcional es el 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.	Control Preconcepcional	Nivel de conocimiento respecto al control preconcepcional	Bueno Regular Malo No sabe
	Historia familiar, etnia, edad parental.	Factores de riesgo preconcepcionales genéticos	Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcionales genéticos	Excelente (3) Bueno (2) Malo (0 o 1)
	Historia menstrual, anti conceptiva, sexual, obstétrica, abortos involuntarios, número de embarazos, tipo de parto, duración del trabajo parto, complicaciones, parto prematuro, diabetes gestacional, enfermedades hipertensivas, depresión posparto, infertilidad, papiñicolaou anormales, endometriosis	Factores de riesgo preconcepcionales reproductivos.	Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcionales reproductivos	Excelente (+12) Bueno (6 – 12) Malo (- 6)



	s y enfermedad inflamatoria pélvica)			
	Diabetes mellitus, anemia, trastornos de la tiroides, las infecciones de transmisión sexual, hipertensión, epilepsia, salud mental / trastornos psiquiátricos, rubéola, varicela, hepatitis B, toxoplasmosis, clamidia, VIH, gonorrea, sífilis.	Factores de riesgo preconceptionales infecciosos y crónicos	Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo infecciosos y crónicos preconceptionales	Excelente (+ 10) Bueno (5 – 10) Malo (- 5)
	Nutrición, actividad física, consumo de drogas con receta y de venta libre, uso de otras sustancias, exposiciones ambientales actuales y del pasado.	Factores de riesgo preconceptionales en relación al estilo de vida	Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconceptionales en relación al estilo de vida.	Excelente (4 – 5) Bueno (2 – 3) Malo (0 – 1)
Actitud hacia el control preconcepcional	Manera de estar dispuesto a comportarse u obrar en relación al control preconcepcional, considerando su cultura, valores y ética.	Disposición para acudir al control preconcepcional	Actitud	Positiva Negativa Indiferente
Prácticas de control preconcepcional	Asistencia sanitaria un año antes del embarazo con el fin de prevenir, detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo.	Acude a control preconcepcional.	Número de cuidados preconceptionales recibidos antes de concebir el embarazo	Completo Incompleto Ninguna vez



Anexo 2. Formulario de recolección de datos

Nombre del responsable: _____ N° de ficha familiar _____

1. Características demográficas y socioeconómicas del adulto joven

Nombres completos _____

N° cédula _____

N° historia clínica _____

Edad en años _____

Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐

Separado ☐ Viudo ☐

Residencia

Zona 15 ☐ Zona 16 ☐ Zona 17 ☐ Zona 18 ☐

Sector _____ Calle(s) _____ Casa # _____

Teléfono del domicilio _____ Teléfono celular _____

Trabaja Si ☐ No ☐

Ocupación _____

Escolaridad: Sin ☐ Básica ☐ Bachillerato ☐ Superior ☐ Especialidad ☐

2. Caracterización de la Familia

2.1 Tipología familiar:

Familia extensa ☐ Familia nuclear ☐ Persona sin familia ☐

Equivalente familiar ☐ Familia ampliada ☐

2.2 Ciclo Vital Familiar:

Plataforma de Lanzamiento ☐ Familia en Formación ☐ Familia con hijos pequeños ☐ Familia con hijos Escolares ☐ Familia con hijos adolescentes ☐

2.3 Función Familiar

Familia funcional ☐ Familia con disfunción moderada ☐ Familia con disfunción severa ☐

Fecha de levantamiento de la información:

Firma del responsable: _____



Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada.

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA GRUPOS FOCALES POR GÉNERO APLICADO A ADULTOS JÓVENES PARA EL DIAGNÓSTICO ETNOGRÁFICO

1. Categoría de derechos

- Percepción sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Características y dimensiones de los derechos sexuales y reproductivos en los individuos y las familias

2. Categoría planificación familiar

- Percepción sobre el control preconcepcional

3. Categoría familia

- Percepción sobre dinámica familiar
- Adaptación, participación, crecimiento, afecto, recursos



Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Marisol Orellana Díaz, con CI: 0102974227, médico posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria, me permito solicitar su colaboración para la realización de un programa educativo.

Este estudio busca desarrollar y evaluar una propuesta educativa con enfoque familiar sobre control preconcepcional, a partir de las percepciones locales, UNCOVIA, Cuenca.

Nos gustaría que usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a las preguntas elaboradas, participando en una entrevista ya sea de manera personal o en grupos donde se abordarán temas relacionados con el control preconcepcional.

Riesgos.- La participación en el proyecto no involucra pruebas de sangre o examen físico, no tiene riesgo alguno, ni implica gastos.

Información del estudio.- La entrevista se realizará en un espacio de la comunidad y en su hogar previo aviso u organización de la misma con usted, de forma que no se vean afectadas sus actividades laborales.

Confidencialidad.- Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que sólo usará los códigos numéricos.

Beneficios.- Si usted participa en el programa podrá conocer más respecto del control preconcepcional y la familiar, para tener una actitud positiva que le permita actuar de una manera saludable frente a la concepción aportando a la estabilidad de su familia.

Con la información que usted nos proporcione podremos entender de mejor manera el tema a fin de que conjuntamente se construyan estrategias que permitan mejorar y sea un aporte al buen vivir.

Si acepta participar, usted aún tiene libertad de renunciar al programa en cualquier momento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación lo animamos a preguntar al personal del programa en cualquier momento.

Firme abajo si desea participar en este programa.

Las condiciones para participar en este programa me han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar todas mis dudas.

Yo, _____, con mi firma, doy consentimiento para formar parte de este programa bajo las condiciones explicadas.

Firma: _____

Fecha: _____

CI:

Dra. Marisol Liliana Orellana Díaz



Anexo 5. Cuestionarios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre preconcepción.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Test – Programa Educativo con Enfoque Familiar sobre Control Preconcepcional, UNCOVIA 2015 - 2016.

Nombres completos _____ N° de ficha familiar _____

Correo electrónico _____

CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué es tener derecho a la salud?
2. ¿Qué es tener derecho a la salud sexual y reproductiva?
3. ¿Para qué sirve el control antes del embarazo o control preconcepcional?
4. ¿Qué exámenes generales debe **realizar el médico** en la consulta a una mujer y **que exámenes de laboratorio debe solicitar el médico** antes del embarazo o en el llamado control preconcepcional?
5. ¿Mencione qué enfermedades pueden complicar un embarazo?
6. En una mujer que ya tiene una enfermedad crónica y que desea embarazarse, ¿qué debería hacerse dentro del control preconcepcional?
7. ¿Ponga lo que sabe sobre la diabetes, los síntomas, las complicaciones, los cuidados o su control en el embarazo?
8. ¿Ponga lo que sabe sobre la tensión arterial alta (hipertensión), los síntomas, las complicaciones, los cuidados o su control en el embarazo?



9. Escriba lo qué conoce sobre la actividad física o ejercicio en el embarazo, que mejora, que previene o que daña.

10. Escriba ¿Cómo influye o perjudica la malnutrición en el embarazo, ya sea desnutrición u obesidad?

11. Ponga ¿Qué son los antecedentes reproductivos y cuáles de ellos debería contarle al médico, para evitar el riesgo

12. Anote, ¿Qué aspectos psicológicos y sociales deben ser identificados antes del embarazo o preconcepción?

13. Conteste ¿Qué consecuencias trae el cigarrillo en el embarazo?

14. Conteste ¿Qué consecuencias trae el consumo de alcohol y drogas en el embarazo?

15. Escriba todo lo que conozca sobre el ácido fólico en la preconcepción.

Firma del participante: _____



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Test – Programa Educativo con Enfoque Familiar sobre Control Preconcepcional, UNCOVIA 2015 - 2016.

ACTITUDES

	ITEMS	Mucho	Bastante	Más o menos	poco	nada
1	Me molestan los controles médicos					
2	Me disgusta ir al odontólogo					
3	Me incomoda que hablen de mi peso					
4	Me incomoda dar información o hablar de mi intimidad con un doctor/a.					
5	Me molesta tener que hacerme exámenes cuando no tengo ningún síntoma ni enfermedad					
6	Me molesta tener que usar anticonceptivos inyectables o pastillas					
7	Me molesta tener que usar preservativo					
8	Me incomoda tener que mostrar mis partes íntimas a un profesional de salud de otro sexo					
9	Me incomoda tener que mostrar mis partes íntimas a un profesional de salud del mismo sexo					
10	Tengo desconfianza en los profesionales médicos del Ministerio.					
11	Me molesta tener que ir a controles sobre salud reproductiva					
12	Molesta que haya que hacerse el Papanicolaou					
13	Me fastidia hacer dieta					
14	Me fastidia hacer ejercicio					
15	Tolero que fumen a mi alrededor					
16	Tolero que tomen alcohol					
17	Me molesta tener que ir a charlas sobre salud sexual y reproductiva					

Firma del participante: _____



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Test – Programa Educativo con Enfoque Familiar sobre Control Preconcepcional, UNCOVIA 2015 - 2016.

PRÁCTICAS

Nº	Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	¿Acude al centro de salud a conocer novedades sobre programas y derechos?					
2	¿Se realiza exámenes y controles médicos como parte de la posibilidad de concebir?					
3	¿Ha visitado el centro de salud por información sobre los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazo?					
4	¿Evita la automedicación?					
5	¿Dialoga sobre el tema de la concepción con su pareja?					
6	¿Evita sustancias tóxicas y medicamentos pensando en la posibilidad de un embarazo?					
7	¿Realiza ejercicios en función de su salud y de su reproducción?					
8	¿Usa anticonceptivos de una manera informada, sabiendo los efectos y las posibilidades?					
9	¿Usa anticonceptivos por miedo a embarazarse?					
10	¿Usa anticonceptivos como planificación de la familia?					
11	¿Usa preservativo?					

Firma del participante: _____