
Multimed 2020; 24(1)

Enero–Febrero

Artículo original

Intervención educativa para potenciar conocimientos sobre infertilidad

CMF- 8. Policlínico 13 de Marzo. Bayamo. 2018 – 2019

Educational intervention to enhance knowledge about infertility. CMF- 8.

Polyclinic March 13. Bayamo 2018 - 2019

Intervenção educacional para aprimorar o conhecimento sobre infertilidade. CMF- 8. Policlínica 13 de março. Bayamo 2018-2019

Madeline Yoanis Meireles Ochoa.^{I*} <https://orcid.org/0000-0003-2653-6068>

Liudmila Cutiño Montejo.^{II} <https://orcid.org/0000-0002-4153-9067>

Yumei Rosada Navarro.^{III} <https://orcid.org/0000-0003-4090-4293>

Yamileidis Zaymara López Céspedes.^{III} <https://orcid.org/0000-0001-7584-2075>

Zulin Fonseca González.^{IV} <https://orcid.org/0000-0001-8995-9661>

^I Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Policlínico 13 de Marzo. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Centro Municipal de Higiene. Bayamo. Granma, Cuba.

^{III} Facultad de Ciencias Médicas. Bayamo. Granma, Cuba.

^{IV} Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. Email: madeline@infomed.sld.cu

RESUMEN

La infertilidad es la incapacidad para concebir embarazo después de un período de tiempo igual o superior a los 12 meses de tener relaciones sexuales regulares sin método anticonceptivo alguno. Se realizó este trabajo con el objetivo de evaluar el

resultado de la aplicación de un programa educativo para potenciar conocimientos sobre infertilidad. Se realizó un estudio cuasiexperimental de preprueba - postprueba con un solo grupo tipo intervención educativa en el Consultorio Médico de la Familia-8 del Policlínico Universitario 13 de Marzo, 2018- 2019. De 82 pacientes en edad reproductiva se estudió una muestra probabilística de 31 pacientes seleccionados mediante el método sistemático. Se utilizó el método PROCEDE-PRECEDE para determinar las dianas de actuación del programa educativo. La edad media de los pacientes fue de 18 - 48 años. Predominó el sexo femenino (61.29%), el nivel educacional universitario (57.8%). El 87.09% tenían un estado civil de soltero, el (67.74%) convivían en una familia extensa, el 93.54% eran pacientes en la categoría de obreros, el (77.41%) convivían en familia funcionales mientras que el (54.83%) formaban parte de una familia con ingresos económicos medios. La fuente de información más referida fue la televisión (93.54%) y las amistades (83.87%). El nivel de conocimiento se elevó desde un a 35.48 % hasta un 90.32 % con la aplicación del programa educativo. La prueba de diferencia de proporciones estableció una diferencia significativa entre el nivel de conocimientos entre ambos momentos por lo que el programa educativo logró modificar el nivel de conocimientos de una manera estadísticamente significativa.

Palabras clave: Infertilidad; Educación de la población.

ABSTRACT

Infertility is the inability to conceive pregnancy after a period of time equal to or greater than 12 months of having regular sexual intercourse without any contraceptive method. This work was carried out with the objective of evaluating the result of the application of an educational program to enhance infertility knowledge. A quasi-experimental pre-test study - post-test with a single group type educational intervention was carried out in the Family Medical Office- 8 of the University Polyclinic March 13, 2018-2019. A probabilistic sample of 31 patients was studied from 82 patients of reproductive age selected by the systematic method. The PROCEDE-PRECEDE method was used to determine the action targets of the educational

program. The average age of the patients was 18-48 years. The female sex predominated (61.29%), the university educational level (57.8%). 87.09% had a single civil status, (67.74%) lived in an extended family, 93.54% were patients in the category of workers, (/77.41%) lived in functional families while (54.83%) formed part of a family with average economic income. The most referred source of information was television (93.54%) and friendships (83.87%). The level of knowledge rose from 35.48% to 90.32% with the application of the educational program. The difference in proportions test established a significant difference between the level of knowledge between the two moments, so the educational program managed to modify the level of knowledge in a statistically significant way.

Keywords: Infertility; Population education.

RESUMO

Infertilidade é a incapacidade de conceber a gravidez após um período igual ou superior a 12 meses de ter relações sexuais regulares sem qualquer método contraceptivo. Este trabalho foi realizado com o objetivo de avaliar o resultado da aplicação de um programa educacional para aprimorar o conhecimento sobre infertilidade. Um estudo pré-teste quase experimental - pós-teste com uma intervenção educacional do tipo de grupo único foi realizado no Family Medical Office-8 da University Polyclinic 13 de março de 2018 e 2019. Uma amostra probabilística de 31 pacientes foi estudada em 82 pacientes em idade reprodutiva selecionado pelo método sistemático. O método PROCEDE-PRECEDE foi utilizado para determinar as metas de ação do programa educacional. A idade média dos pacientes foi de 18 a 48 anos. O sexo feminino predominou (61,29%), a escolaridade universitária (57,8%). 87,09% possuíam um único estado civil, (67,74%) moravam em uma família extensa, 93,54% eram pacientes na categoria de trabalhadores, (/77,41%) moravam em famílias funcionais enquanto (54,83%) formavam parte de uma família com renda econômica média. A fonte de informação mais referida foi televisão (93,54%) e amigos (83,87%). O nível de conhecimento passou de 35,48% para 90,32% com a aplicação do programa educacional. O teste de diferença de proporções estabeleceu uma diferença

significativa entre o nível de conhecimento entre os dois momentos, de modo que o programa educacional conseguiu modificar o nível de conhecimento de forma estatisticamente significativa.

Palavras chave: Infertilidade; Educação da população.

Recibido: 11/12/2019

Aprobado: 19/12/2019

Introducción

La salud reproductiva, es parte integrante de la salud sexual, la idea central de esta afirmación es destacar el enfoque integral, con énfasis en la dimensión cualitativa del proceso salud enfermedad en estas esferas particulares, ello significa que trasciende su alcance en cuanto a edades y sexo. ⁽¹⁾

La infertilidad por sí misma generalmente no significa una amenaza para la salud física, pero sí, teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, puede tener un serio impacto en la salud mental personal y familiar. Una de las funciones de la familia es la reproducción, por lo que, al no poder cumplirla, podrían considerarse como familias disfuncionales, en dependencia de lo que este problema les pueda afectar. ⁽²⁾

La percepción actual de que la infertilidad es una dificultad en aumento no carece de bases; incluso, el riesgo se acrecienta, pues cada vez es mayor el número de parejas que eligen demorar la procreación hasta tener más edad, y se convierten en estadísticamente menos fértiles. A pesar de lo antes referido, este trastorno de la reproducción puede presentarse en cualquier momento, enmarcado en el periodo de edad fértil del hombre o la mujer. ⁽³⁾

Se define la infertilidad femenina como la incapacidad para concebir embarazo después de un período de tiempo igual o superior a los 12 meses en mujeres menores de 35 años o de seis meses en mujeres mayores de esta edad, siempre y cuando mantengan relaciones sexuales regulares sin uso de ningún método anticonceptivo. La

ASRM, en el año 2008, modificó el tiempo de espera para catalogar la mujer como infértil, a 6 meses, en mujeres de más de 35 años de edad, para no demorar el inicio del estudio y tratamiento en estos casos.⁽⁴⁾

La infertilidad se ha dividido en primaria y secundaria. La infertilidad primaria es el término utilizado para describir a una pareja que nunca ha podido lograr un embarazo, mientras que la infertilidad secundaria es aquella en que la mujer tiene una historia previa de al menos un embarazo confirmado, aborto, parto y no es capaz de concebirlo de nuevo. Es un problema de pareja y no es una enfermedad, sino consecuencia de una o varias enfermedades.⁽⁴⁾

Los datos sobre prevalencia de la infertilidad no son muy exactos, y varían de una región a otra. Según la OMS, existen en el mundo aproximadamente ochenta millones de parejas con problemas de fertilidad o dificultades para concebir un hijo, es decir, unas quince de cada cien parejas no logran la fertilidad o no pueden llevar a cabo un embarazo a término.⁽⁵⁾

Un estudio realizado en Colombia estima que la infertilidad afecta a 1 de cada 6 parejas. En los Estados Unidos de América se ha estimado que la prevalencia de la infertilidad afecta entre un 5 y 15% de las parejas en edad reproductiva, y que en el mundo hay 60-80 millones de parejas infértiles. Aproximadamente el 21% de los casos se deben a un factor masculino, 33% se deben a un factor femenino, 40% es de tipo mixto y el resto (6%) es por causas inexplicables. Aproximadamente 20% de las parejas están aquejadas por infertilidad, la cual podría ser curable en más del 90% de los casos si se hiciera un diagnóstico adecuado. Sin embargo, la falta de dicho diagnóstico impide lograr el embarazo.⁽⁵⁾

En Cuba se plantea que existe un estimado de 300 000 parejas susceptibles de atención; con una incidencia que fluctúa entre un 12 y 15% de la población.⁽⁶⁾ Para los médicos cubanos, el problema representa retos de diversas magnitudes, por limitaciones diagnósticas, terapéuticas y por las difíciles situaciones económicas que ha atravesado el país. Cuba cuenta con un sistema único de salud, basado en la atención primaria con carácter intersectorial, integral y descentralización de servicios especializados desde los niveles terciario y secundario hasta el policlínico, que asume

la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud y que abarca un número de consultorios del médico y la enfermera de la familia insertados en la comunidad.

El municipio Bayamo no se encuentra ajeno a esa realidad toda vez que la carga de morbilidad por parejas infértiles va en ascenso. La realidad va más allá de la carga de morbilidad en una población con clara tendencia a la feminización, escasa paridad y baja fecundidad. La posibilidad de obtener descendencia en una pareja inicialmente infértil hace posible desde la promoción de salud la concientización de la población y la prevención activa de la percepción de riesgo y la estigmatización social. La accesibilidad a los servicios de salud constituye otra fortaleza que puede ponderar un descenso de la morbilidad por este tipo de causa evitable.

En el Policlínico 13 de Marzo, se han detectados parejas que después de un período de 12 meses de actividad sexual sin utilizar métodos anticonceptivos, no logran embarazo, por lo que se definen como infértiles. El presente trabajo tiene como objetivodiseñar un programa educativo sustentado en la promoción de salud para potenciar conocimientos sobre la necesidad de aprender a identificar estilos de vida y acciones relacionados con la infertilidad en la población.

Método

Se realizó en estudio cuasiexperimental de preprueba- postprueba con un solo grupo tipo intervención educativa. El universo estuvo constituido por los 82 pacientes en edad reproductiva según criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio. Se seleccionó una muestra probabilística mediante el método sistemático. La selección sistemática de los elementos muestrales para $K=82$, es decir cada 3 pacientes 1 se incluyó en el estudio por lo que la muestra quedó conformada finalmente por 31 pacientes. Se tomaron como variables para el estudio: edad, sexo, nivel educacional, estado civil, tipo de familia, ocupación y funcionalidad familiar.

Criterios de inclusión:

-
- ✓ Pacientes dispensarizados.
 - ✓ Pacientes mayores de 16 años.
 - ✓ Pacientes que hayan dado su consentimiento informado.
 - ✓ Pacientes femeninas que no hayan tenido algún embarazo anterior.
 - ✓ Pacientes masculinos que no hubiesen dejado a una fémina embarazado.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes con trastornos psiquiátricos de nivel psicótico.
- ✓ Pacientes con retraso mental u otros trastornos cognitivos y del aprendizaje para el desarrollo de la intervención se comenzó con la solicitud del consentimiento informado y la respuesta a un cuestionario contentivo de preguntas sobre las variables propuestas para su estudio en la población escogida (ver anexo1 y anexo 2).

Se realizó una recolección de forma activa a través de una encuesta elaborada por el autor, que se aplicó de forma anónima, al inicio y al final de la intervención, como fuente primaria. Se procesaron los datos de forma manual y computarizada para lo cual se creó una base de datos en el sistema Excel, como medidas de resumen se utilizaron los números absolutos y el método porcentual. Se utilizó la prueba de diferencia de proporciones con un nivel de significación del 95% para establecer si el programa educativo logró modificar el nivel de conocimientos.

Resultados

De un total de 31 pacientes sin tenencia anterior de embarazo la media de edad fue de 18.48 años con una desviación estándar de ± 1.6097 , una moda de 17, una mediana de 18 y una curtosis de -0.6282 en un rango de 18 a 34.

En la tabla 1, se relaciona los pacientes según sexo, se muestra que el sexo femenino con 19 féminas para un (61,29%), predominó sobre el masculino, representado por 12 pacientes (38,71%).

Tabla 1. Pacientes según sexo. Consultorio Médico 8. Policlínico Universitario13 de Marzo. Bayamo, octubre 2018 - junio2019.

Sexo	Total de pacientes	
	No.	Por ciento (%)
Masculino	12	38.71
Femenino	19	61.29
Total	31	100

Fuente: Historias clínicas individuales.

La tabla 2, muestra el nivel educacional de los pacientes participantes en el estudio, fue alto al predominar el nivel universitario con el 57.8% del total de pacientes.

Tabla 2. Pacientes según nivel educacional. Consultorio Médico No. 8. Policlínico Universitario13 de Marzo. Bayamo, octubre 2018 - junio2019.

Nivel educacional	Total de pacientes	
	No.	Por ciento (%)
Nivel primario sin terminar	0	0.0
Nivel primario terminado	0	0.0
Nivel secundario sin terminar	0	0.0
Nivel secundario terminado	0	0.0
Nivel medio superior sin terminar	7	22.58
Nivel medio superior terminado	6	19.35
Nivel universitario	18	57.8
Total	31	100

Fuente: Historias clínicas individuales

La tabla 3representalos pacientes según estado civil, deun total de 31 pacientes, 27 de ellos (87.09%) tenían un estado civil de soltero, 3 (9,6%) unidos de forma estable y solo 1(3,22%) casado, ninguno divorciado.

Tabla 3. Pacientes según estado civil. Consultorio Médico No. 8. Policlínico Universitario13 de Marzo. Bayamo, octubre 2018 - junio2019.

Estado civil	Total de pacientes	
	No.	Por ciento (%)
Soltero	27	87.09
Casado	1	3.22
Unión Estable	3	9.67
Divorciado	0	0.0
Total	31	100

Fuente: Historias clínicas individuales

La tabla 4, muestra los pacientes según tipo de familia, 21 pacientes (67.74), convivían en una familia extensa, 8 de ellos (25,80%) con familia tipo nuclear y 2 (6,45%) con familia ampliada.

Tabla 4. Pacientes según tipo de familia. Consultorio Médico No. 8. Policlínico Universitario 13 de Marzo. Bayamo, octubre 2018 - junio 2019.

Tipo de familia	Total de pacientes	
	No.	Por ciento (%)
Nuclear	8	25.80
Extensa	21	67.74
Ampliada	2	6.45
Total	31	100

Fuente: Historias clínicas individuales

En la tabla 5, se representa los pacientes según funcionalidad familiar, predominando la familia funcional con 24 pacientes (77,41%), seguida de la familia moderadamente funcional con 7 pacientes (22,59). El estudio no arrojó familias disfuncionales ni severamente disfuncionales.

Tabla 5. Pacientes según funcionalidad familiar. Consultorio Médico 8. Policlínica Universitaria "13 de marzo". Bayamo, octubre 2018 - junio 2019

Funcionalidad familiar	Total de pacientes	
	No.	Por ciento (%)
Familia funcional	24	77.41

Familia moderadamente funcional	7	22.59
Familia disfuncional	0	0.0
Familia severamente disfuncional	0	0.0
Total	31	100

Fuente: Historias clínicas individuales

Discusión

Cuando se establece una pareja lo esperado socialmente es que se conviertan en padres. Sin embargo, cuando algún evento altera esta expectativa, la pareja se ve obligada a replantear sus necesidades, y por supuesto, a establecer otras prioridades que no lo eran hasta ese momento. ⁽⁶⁾

La infertilidad se define por la mayoría de los autores como la incapacidad de lograr un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. La infertilidad afecta mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y causa profundo sufrimiento personal y familiar. Aunque las estimaciones de su prevalencia no son muy exactas y varían de un país a otro, aproximadamente 15% de las mujeres sufren de infertilidad durante su vida reproductiva. ^(6,7)

Actualmente, en las sociedades occidentales una tendencia a postergar la descendencia en el seno de las familias hasta después de los 35 años de edad en las mujeres. Las parejas también van alargando el momento de la concepción hasta que se sienten económicamente más seguras y estables, siendo este retraso coincidente con la disminución de la fertilidad de la mujer. ^(4,8,9)

La edad de la mujer afecta tanto a la capacidad natural de alcanzar el embarazo, como a las tasas de éxito de los tratamientos de fertilidad. Lo que significa que esta experiencia de embarazo, caracterizada normalmente de crisis de ciclo vital, podrá ser aún más conflictiva cuando la gravidez no se produce de forma persistente. ^(8,9)

El análisis demográfico de la población cubana evidencia una disminución en la tasa de fecundidad que desde el 1978 se encuentra por debajo del nivel mínimo de reemplazo

poblacional. Rodríguez Fernández MC, et al, ⁽⁵⁾ encontró que la edad media de tenencia del primer hijo en Cuba es sobre los 22.8 años y actualmente el número de hijos por mujer es de 1.76. Al cierre del 2017 Cuba exponía un nivel de reproducción de la población bajo, confirmado con una disminución del número de nacimientos en 8 192 con respecto al 2016. Finalmente, en el 2017 la tasa de natalidad fue de 10.4 nacidos vivos por 1 000 habitantes, para un alarmante decrecimiento porcentual del 6.3% respecto al año anterior.

Autores como Cabrera Figueredo I, et al, ⁽⁸⁾ en un estudio sobre factores socio epidemiológicos y clínicos presentes en mujeres atendidas en consulta de infertilidad encontraron que predominaron las mujeres en el grupo de edad de 25 a 29 años Fernández Borbón H, et al, ⁽¹⁰⁾ en su estudio: Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río, encontraron que la población demandante de asistencia por este concepto tuvo una edad media de 29.73 años. Estos datos dan fe de la problemática de la infertilidad en Cuba la cual es diagnosticada y tratada por debajo de los 30 años de edad. Otra conclusión de estos estudios es la longitudinalidad y acceso a los servicios de salud. Todos los autores consultados coinciden en afirmar un franco predominio de la demanda de asistencia médica por infertilidad en el sexo femenino.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Contreras García, et al, ⁽¹²⁾ en un estudio piloto, sobre descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria, concluyen que si bien el diagnóstico de infertilidad involucra a los dos cónyuges son las mujeres las que más se afectan. Estos autores afirman que el componente femenino de la pareja es la persona que siempre es culpada de primera instancia, es quien inicia la demanda de asistencia médica y es, por un amplio margen, quien lidera la iniciativa de búsqueda de soluciones al problema. Los resultados de este estudio son elocuentes pues de un universo de 40 mujeres con diagnóstico de infertilidad primaria más de la mitad presentaron desesperanza, baja autoestima y un bajo apoyo social.

El nivel educacional fue alto al predominar el nivel universitario con el 57.8% del total de féminas. Hacerse adulto es, entre otras cosas, un proceso mediante el cual los

individuos acumulan conocimientos sobre la realidad cotidiana y sobre esa base adoptan estilos de vida. Una de las finalidades de la educación es ayudar a crear una ética personal y una responsabilidad sobre el autocuidado y la integridad física.^(4,9)

La escolaridad evidencia la preparación científica que posee un individuo para enfrentar la cotidianidad desde sí. De este modo Quiala Portuondo J,⁽²⁾ afirma que la escolaridad actúa indirectamente enmarcando y limitando las posibilidades de la actividad humana, por lo que una baja escolaridad puede exponer al individuo a múltiples enfermedades, ya que la escasez de conocimiento lo sitúa en desventaja para saber protegerse. Autores como Llorente Molina D, et al,⁽¹¹⁾ encuentran una fuerte relación entre escolaridad, nivel de conocimientos y estilos de vida favorables. Algunos autores encontraron que una escolaridad máxima de primaria tiene 5.3 veces más probabilidad de presentar un inadecuado afrontamiento a las situaciones estresante del núcleo familiar en comparación de quienes tienen un noveno grado o cuentan con un duodécimo grado o más.⁽¹⁾

La convivencia armónica en el seno de una familia donde la comunicación fluye sin grandes dificultades constituye un terreno fértil para lograr entender la necesidad de un autocuidado mayor sobre la salud toda vez que cada miembro de la familia juega un rol importante en la vida de sus convivientes y sienten la necesidad de ser útil a los demás.

Conclusiones

Se constató la escasa información científica sobre la sospecha diagnóstica de infertilidad y la poca percepción de riesgo sobre las situaciones o condiciones que elevan la posibilidad de ocurrencia de la misma. Se obtuvo una diferencia en el conocimiento sobre el diagnóstico precoz y oportuno, así como de estilos de afrontamiento de la infertilidad. El programa educativo fue efectivo.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Fernández MD. Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. MEDISAN 2016; 20(10): 2294-2297.
2. Quiala Portuondo J, Portuondo Hernández Y, Franco Chibás A, Moreaux Herrera D, Guilarte Guindo P. Salud sexual reproductiva. Intervención educativa en jóvenes. Revista de Información Científica 2016; 95(4): 571-80.
3. Corredera Hernández FJ. Intervención educativa en conductas de riesgo en salud sexual y reproductiva en la población universitaria de salamanca. [Tesis]. España: Universidad de Salamanca; 2015. [citado 5/8/2019]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/127373/DPPMMLHM_CorrederaHernandezFJ_Intervencioneducativa.pdf;jsessionid=2642CA31A9FA6879A7DA05AF554244D5?sequence=1
4. Leyva L, Arias Veloso Y. Chlamydia e infertilidad: actualidad y desafíos. AMC 2016; 20(4): 378-85.
5. Rodríguez Fernández MC. Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. MEDISAN 2016; 20(10): 2294-2297.
6. Tamayo Hussein S, Cardona Maya W. Evaluar el factor masculino mediante un espermograma durante la consulta de infertilidad. Rev Cubana ObstetGinecol2017; 43(2): 1-5.
7. Nicot Vidal L, Quevedo Durand A, Nicot Crespo Y. Dinámica e impacto de la atención a parejas con infertilidad. RIC 2016; 95(5): 711-20.
8. Cabrera Figueredo I, Luaces Sánchez P, González González F, González Reigada A, Rodríguez Hernández L, de la Cruz Fernández C. Análisis de la infertilidad femenina en la población camagüeyana. AMC 2017; 21(6): 705-16.
9. Li RH, Ng EH. Management of anovulatory Infertility. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2012; 26(6): 757-68.
10. Fernández Borbón H, Valle Rivera T, Fernández Ramos I, Ramírez Pérez N. Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2013; 17(5): 64-73.

-
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud, 2016. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2017. [citado 5/8/2019]. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2016/19%20Salud%20Publica.pdf>
12. Contreras García Y, Jara Riquelme V, Manríquez Vidal C. Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria: un estudio piloto. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2016; 67(1): 50-60.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.

Yo: _____ residente en el área de salud del CMF 8, perteneciente al Policlínico 13 de Marzo, municipio Bayamo, fui debidamente informada(o) acerca de las características de la Investigación (Programa educativo para potenciar conocimientos sobre infertilidad), a lo que accedí conforme, por considerar que sus resultados serán empleados para el bien de los ciudadanos de la comunidad.

Al respecto se me informó que los datos por mis ofrecidos, tienen carácter confidencial, cuentan con el respaldo de no ser divulgados manteniéndose el anonimato, que serán empleados por profesionales de la salud bajo la observancia de la ética médica, sin que se vean comprometidas mi integridad física o moral. Conocí además que se me reserva el derecho de abandonar mi participación en el estudio.

Y para que así conste firmo el presente documento. El día ____ de _____ del _____.

Firma: _____

Anexo 2. Cuestionario.

Marque con un X la forma lo que usted considere correcto en cada caso:

1. El padecimiento de infertilidad se declara solo cuando:

Cuando se tienen 30 años o más con relaciones sexuales desprotegidas y no se ha logrado ningún embarazo.

Cuando los embarazos se pierden a muy temprana edad a pesar del reposo absoluto.

Cuando se mantienen relaciones sexuales desprotegidas por lo menos 6 meses y no se logra embarazo.

Cuando se han tenido relaciones sexuales sin el uso de algún método anticonceptivo por 12 meses.

Cuando no se logra embarazo a pesar de estar bajo tratamiento con ácido fólico y fumarato ferroso.

2. La infertilidad puede ser relativa al hombre, a la mujer o a ambos:

Sí.

No.

3. La asistencia a consulta de riesgo reproductivo preconcepcional es una oportunidad de examinar el estado reproductivo de mujeres y hombres y descartar el posible padecimiento de infertilidad:

Sí.

No.

4. Cuáles de las siguientes situaciones constituyen causas de infertilidad:

Útero infantil o hipoplásico.

Recibimiento de grandes cantidades de radiaciones ionizantes como Rx, radiación gamma o radiaciones electromagnéticas.

El padecimiento de una condición genética conocida como síndrome de ovario poli quísticos o Síndrome de Stein-Leventhal donde los ovarios están llenos de quistes produciendo trastornos menstruales entre otros síntomas.

El padecimiento de varicocele en el hombre.

El padecimiento de anorexia de manera sostenida como medida para mantener el peso corporal.

El padecimiento de trastornos de la glándula tiroides.

El consumo de quimioterapia y radioterapia en el padecimiento de alguna neoplasia.

El padecimiento de enfermedad inflamatoria pélvica a repetición.

Stress.

5. La esterilidad se define por:

La incapacidad de tener hijos aun con el concurso de las técnicas de reproducción asistida.

La incapacidad reversible de tener hijos durante la etapa fértil en los primeros 6 meses de relaciones sexuales con la nueva pareja.

Solo se declarará esterilidad cuando la mujer ha tenido relaciones sexuales desprotegidas con 4 o más hombres por un tiempo mínimo de 10 meses en un periodo de tiempo de la menso 6 años.

6. La infertilidad puede ser reversible y su reversibilidad depende de:

El apoyo de la pareja.

De la causa que la origine.

De la atención médica que se reciba.

De la edad donde se diagnostique la enfermedad.

7. Ante la sospecha de infertilidad, independientemente del miembro de la pareja que sea infértil, la conducta debe ser (se aclarara en cada acápite si la acción se refiere al hombre, a la mujer o a la pareja):

(Hombre) Buscar una nueva pareja para lograr descendencia previo consenso con su pareja.

____ (Hombre) Asistir a consulta médica especializada en busca del diagnóstico de infertilidad y de ser así su causa para poder exponer a su pareja la situación y solucionarlos entre ambos.

____ (Pareja) Asistir a consulta especializada en busca de un diagnóstico preciso de infertilidad y su causa de origen, así como posibles soluciones.

____ (Mujer) Exponer su duda a su pareja y proponer la asistencia a consulta médica en conjunto o sola.

____ (Pareja) Asumir la imposibilidad de tener hijos y pasar directamente a la adopción o proseguir ya sin la ilusión de tener un hijo.

____ (Mujer) Ir a consulta médica para confirmar el diagnóstico y guardar los resultados por cualquier motivo.

____ (Mujer) Buscar ayuda profesional independientemente de la decisión de su esposo ante la probabilidad de tal diagnóstico.

____ (Hombre) Mantener una relación en secreto social, con conocimiento de la esposa, para lograr una descendencia.

____ (Pareja) Asistir a consulta de reproducción asistida una vez obtenido el diagnóstico y la confirmación de un posible embarazo mediante esas técnicas.

____ (Mujer) Confrontar junto a su pareja a la familia en la búsqueda de soluciones al supuesto problema de la infertilidad.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Contribución de Autoría

Madeline Yoanis Meireles Ochoa, como autora principal originó la idea del tema sobre Intervención educativa para potenciar conocimientos sobre infertilidad CMF- 8. Policlínico 13 de Marzo. Bayamo. 2018 – 2019. Realizó el diseño de la investigación.

Liudmila Cutiño Montejo, participó en la redacción y corrección del estudio.

Yumei Rosada Navarro, contribuyó en la parte estadística de la investigación y recogida de información.

Yamileidis Zaymara López Céspedes, contribuyó al procesamiento de la información del artículo.

Zulin Fonseca González, participó en el diseño de la investigación, búsqueda de bibliografía actualizada.

Yo, Madeline Yoanis Meireles Ochoa en nombre de los coautores, declaro la veracidad del contenido del artículo: Intervención educativa para potenciar conocimientos sobre infertilidad CMF- 8. Policlínico 13 de Marzo. Bayamo. 2018 – 2019.