

Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara

Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada

[Benita Mavel Beltrán González,¹ Magalys Ruiz Iglesias,² Ricardo Grau Abalo³ e Isa Álvarez León⁴](#)

Resumen

Introducción: se presenta una estrategia de intervención educativa en función de promover la salud de las embarazadas. La investigación se realizó en seis consejos populares del municipio de Ranchuelo en la provincia de Villa Clara con la participación de 32 facilitadores mediante un diseño *cuasi* experimental.

Objetivo: contribuir a mejorar la salud de las embarazadas del municipio Ranchuelo.

Métodos: la muestra estuvo constituida por 160 embarazadas distribuidas en dos grupos, uno de intervención y otro de comparación con 80 mujeres cada uno. Se realizó el análisis de los problemas de salud materno infantil a nivel del grupo básico de trabajo así como el diagnóstico educativo con las embarazadas que posibilitó la estructuración de la estrategia de intervención en siete fases.

Resultados: se logró la coordinación e interacción de los sectores y organizaciones participantes. Las embarazadas del grupo de intervención se convirtieron en sujetos activos del cuidado de su salud, lo que se manifestó en la disminución del número de mujeres con enfermedades evitables durante la gestación en ese grupo, 19 (23,8 %) en relación con el grupo de comparación, 41 (51,3 %); además, en el grupo de intervención nacieron menos bebés con bajo peso, fue mayor el número de mujeres que amamantaron a su bebé con lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes y donde se apreció una mejor evolución de la relación peso/talla de los hijos en el primer semestre de la vida.

Conclusiones: la intervención educativa fue efectiva al cumplirse los objetivos propuestos.

Palabras claves: Promoción de salud, intervención educativa, evaluación, embarazadas.

Introducción

El Sistema de Salud de Cuba, como estrategia, prioriza el programa materno-infantil; los principales logros obtenidos en los indicadores que reflejan el estado de salud materno infantil en Cuba, no pueden circunscribirse al sector de la salud, están implícitos en la mayoría de las acciones sociales, culturales y de desarrollo económico dentro de una voluntad política de equidad. A este programa contribuyen los consejos por la salud, las organizaciones de masas, la Sociedad Cubana para el Desarrollo de la Familia y los servicios de salud integralmente.¹

Cuando se habla de la integridad de la atención en los servicios de salud materno-infantil se debe pensar en más de un componente que actúa simultáneamente sobre los problemas de un individuo, de una familia o de la comunidad entera; para lograrlo es

necesario que se establezcan las estrategias necesarias que faciliten el sinergismo de las intervenciones sociales y de salud, en función de lograr los objetivos propuestos.

En Cuba se dan condiciones *sui generis* para el desarrollo de la promoción de la salud. La existencia de una voluntad política del más alto nivel ha hecho que, siendo un país subdesarrollado del tercer mundo, pueda exhibir indicadores de salud de un país altamente desarrollado.

El grado de organización social del pueblo, la existencia de organizaciones comunitarias, el avance alcanzado por la atención primaria de salud, en especial por el programa del médico y la enfermera de la familia, potencia los resultados de esta estrategia.

Con el perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) se ha planteado la necesidad de abordar los problemas de salud con tecnologías apropiadas dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social como guía fundamental de actuación en la atención primaria, de ahí la importancia de realizar un análisis crítico sobre la ejecución de las actividades básicas por el equipo de salud, en especial aquellas relacionadas con la promoción de salud que requieren enfoques integrales para modificar la situación de salud de la población.²⁻⁴

Todos estos factores, tanto biológicos como psicológicos y sociales, son pues los contenidos que se han de trabajar en la educación para la salud, para aprenderlos, se considera esencial un aprendizaje significativo; la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo.⁵

Las relaciones sinérgicas entre los impactos de las múltiples intervenciones sociales y en la salud son difíciles de cuantificar, principalmente cuando están dirigidas a promover la salud; desafortunadamente, la recolección e interpretación de estos datos es difícil, al no poder presentar plenamente el resultado de una intervención dada.

La implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana.⁶

Al analizar cómo se cumplen las estrategias referidas respecto a la promoción de la salud de la embarazada se observa que las actividades dedicadas a la educación para la salud se realizan de forma individual el día de la consulta de seguimiento. La embarazada no está así capacitada para asumir el control de los factores de riesgo que influyen en su salud y la del niño, para ello se requiere fomentar la corresponsabilidad, la coordinación de las políticas de promoción de salud de la embarazada en los diferentes sectores y organizaciones involucrados. En la práctica no existen los espacios a nivel de Consejo Popular para el desarrollo de actividades grupales y es insuficiente la preparación de los recursos humanos en los aspectos teóricos y prácticos de la promoción y la educación para la salud.

El análisis entre lo que se aspira para la promoción de la salud dado por las estrategias y la descripción de lo que ocurre en realidad, impone la necesidad de buscar vías concretas para lograr una promoción de la salud más efectiva, específicamente en uno de los grupos priorizados por el sistema de salud cubano, que es el referido a la educación de las embarazadas.

La creación de las condiciones favorables de interacción y colaboración pueden ser interpretadas y reorganizadas con el objetivo preciso de favorecer el desarrollo de la embarazada, en condiciones sociales adecuadas para el despliegue máximo de sus posibilidades, esto significa en la embarazada hacerla apta, habilitarla para el cambio individual, grupal; ganar capacidades para cambiar comportamientos que dependan de factores ambientales, socioculturales, a través de un conjunto de actividades estrechamente interrelacionadas, que sirvan de herramienta para alcanzar la promoción de la salud.⁷

Es importante recordar que el embarazo es una etapa en que se producen cambios psicológicos en la gestante, que se manifiestan en cambios en su autoestima, preocupaciones y ansiedad respecto a su estado, aspectos que deben ser considerados por el facilitador a la hora de planificar y desarrollar las actividades individuales y grupales.

La educación para la salud de la embarazada debe partir del diagnóstico de sus problemas, indagar en sus condiciones socioeconómicas, en la relación con su pareja, cuáles son sus experiencias anteriores; en la medida en que se conozcan estos aspectos, se podrá incidir en una adecuada psicohigiene del embarazo, el parto y el puerperio.

Tales consideraciones habrán de tenerse en cuenta al realizar intervenciones educativas para promover la salud de las embarazadas, pues las estrategias globales para su desarrollo a nivel internacional, deben ser organizadas según las condiciones concretas de la embarazada en la sociedad cubana actual.

La estrategia de promoción de la salud, para intervenir sobre las condiciones y estilos de vida, requiere como elemento indispensable la acción intersectorial. La necesidad de actuar sobre los factores generales del ambiente físico y social que favorecen las condiciones y comportamientos de riesgo que se pretende modificar, implica la participación y el compromiso de actores y sectores sociales con capacidad de decisión sobre la economía, la educación, el trabajo, el saneamiento, el hábitat, la legislación, la recreación, la seguridad, la comunicación social, entre otros.⁸

Sin embargo, para lograr una verdadera articulación intersectorial, que contemple los intereses y objetivos de todos los actores y sectores sociales de una determinada comunidad, es necesaria la creación o la búsqueda de algún espacio preexistente de deliberación y concertación a nivel local. Al constituir una instancia de participación social, donde puede lograrse el consenso necesario para la puesta en marcha del proyecto, y los acuerdos básicos entre los diversos actores sociales para la formulación de estrategias, la asunción de compromisos y responsabilidades y, posteriormente, la evaluación del desarrollo de las acciones emprendidas.⁹

Con este trabajo se pretende contribuir a mejorar la salud de las embarazadas del municipio Ranchuelo.

Métodos

Se realizó una investigación en Servicios y Sistemas de Salud con un diseño de intervención *cuasi*-experimental desde octubre de 1999 hasta diciembre del 2002, en el municipio Ranchuelo de la provincia de Villa Clara.

El estudio se realizó con la participación de 160 embarazadas, de ellas 80 formaron el grupo de intervención y 80 el grupo de comparación, todas pertenecientes a los poblados de San Juan, Esperanza y Ranchuelo de esta localidad y 32 facilitadores.

El grupo de intervención quedó conformado con las embarazadas que se encontraban en el primer trimestre de edad gestacional (entre 8 y 10 semanas), que solicitaron participar en la intervención educativa y que no tenían enfermedad psiquiátrica ni retraso mental.

El grupo de comparación lo integraron las embarazadas que se encontraban en el primer trimestre de edad gestacional (entre 8 y 10 semanas) procedentes de los mismos consejos populares pero que fueron captadas seis meses antes de iniciar la intervención para evitar la contaminación de la muestra, libres de enfermedad psiquiátrica ni retraso mental.

Se logró una equivalencia de los grupos desde el punto de vista del riesgo obstétrico y lugar de procedencia.

La estrategia de intervención se estructuró en siete fases que se explican a continuación:

Fase I: diagnóstico de los problemas de salud materno-infantil identificados en el área y análisis, planificación, selección de las diferentes alternativas para su solución.

Fase II: definición de los sitios y etapas de implementación. Los sitios seleccionados fueron centros de la comunidad ubicados en los consejos populares, la casa de orientación a la mujer y la familia y el hogar materno. Las etapas fueron: 1era. intervención prenatal y 2da. intervención posnatal.

Fase III: elaboración de los planes operativos en los diferentes niveles de implementación.

Fase IV: e laboración de materiales básicos para la implementación de la estrategia:

- Programa de capacitación de los facilitadores.
- Programa de educación para las embarazadas.
- Material de apoyo con información básica para los facilitadores.
- Medios de enseñanza: rotafolios, tarjetas, diagramas.

Fase V: elaboración de los instrumentos para la recolección de información.

Fase VI: implementación de los planes operativos.

Fase VII: monitoreo y seguimiento del plan operativo.

Resultados

En la tabla 1 se aprecia que en el grupo de intervención se expresa alguna enfermedad en 19 embarazadas (23,8 %) y en el grupo de comparación aparecen en un poco más del doble del número de mujeres, 41(51,3 %), diferencia altamente significativa (significación 0,001).

Tabla 1. Distribución de las embarazadas según la presencia de alguna enfermedad asociada durante el embarazo

Alguna enfermedad asociada	Grupos de estudio			
	Intervención		Comparación	
	No.	%	No.	%
No	61	76,3	39	48,8
Si	19	23,8	41	51,3
Total	80	100	80	100

($p < 0,001$)

En la tabla 2 se puede observar que en el grupo de intervención hay menos recién nacidos de bajo peso que en el grupo control (2 vs. 9) y en ambos hay pocos bebés con sobrepeso (2 y 6 respectivamente). La cantidad de niños con peso insuficiente fue menor en el grupo de intervención que en el de comparación (12 y 20 respectivamente) y el grupo de intervención aventaja al otro en cuanto al número de niños normo peso (64 vs. 45). Estas diferencias al nivel de “pesos clasificados” son significativas según la prueba de chi-cuadrado (significación 0,007).

Tabla 2. Distribución de las embarazadas según clasificación del peso del recién nacido

Clasificación del peso del recién nacido	Grupos de estudio			
	Intervención		Comparación	
	No.	%	No.	%
Bajo Peso	2	2,5	9	11,3
Peso insuficiente	12	15	20	25
Normopeso	64	80	45	56,3
Sobrepeso	2	2,5	6	7,5
Total	80	100	80	100

($p < 0,005$)

La lactancia materna (tabla 3), se mantiene como exclusiva en el 73,8 % de las mujeres del grupo de intervención y sólo en el 17,5% del grupo de comparación, esta diferencia es según la prueba estadística, muy altamente significativa.

Tabla 3. Distribución de las embarazadas según el tipo de lactancia al cuarto mes

Tipo de lactancia al cuarto mes	Grupos de estudio			
	Intervención		Comparación	
	No.	%	No.	%

Leche de vaca	21	26,3	66	82,5
Lactancia materna exclusiva	59	73,8	14	17,5
Total	80	100	80	100

($p < 0,001$)

Ocurre algo interesante en los datos que se ofrecen en la tabla 4 y es que el peso medio de los niños del grupo de intervención no se incrementa tanto en los primeros meses aunque mantiene ventaja sobre el grupo de comparación, pero apenas medianamente significativo (significación de la prueba de Student fue 0,051). Sin embargo, la diferencia de las tallas continúa significativamente acentuada a favor del grupo experimental, sin que haya diferencias en variabilidad (la significación de la prueba de *Mann-Whitney* fue de 0,005, menor que 0,01). Esto es, la lactancia materna aparentemente fructifica el peso en los primeros cuatro meses de vida y en los próximos dos se traduce en incrementos de la talla. Es interesante que estos resultados se producen aun cuando en el quinto mes hubo una disminución del porcentaje de madres que mantenían la lactancia en el grupo de intervención (de cualquier modo, un porcentaje siempre superior al del grupo de control). Al cabo del 6to. mes el porcentaje de mujeres que mantenían la lactancia materna exclusiva en el grupo de intervención fue apenas de 22,5 % pero todavía notablemente superior al del grupo de comparación donde apenas un niño se mantvo en esta condición. Por supuesto que esta diferencia de proporciones es todavía altamente significativa al final del período de estudio.

Tabla 4. Distribución de las embarazadas según peso y talla al sexto mes del recién nacido

Peso y talla al sexto mes	Grupos de estudio				
	Intervención		Comparación		
Estadígrafos	No.	Media	No.	Media	
Peso	80	8,169	80	7,816	($p=0,051$)
Talla	80	66,541	80	65,094	($p < 0,01$)

El peso del niño, la talla, y los demás resultados posibles (registrados en la literatura) que dependen de la mayor prevalencia de la lactancia materna, son mejores en el grupo que recibió la intervención respecto al grupo de control.

Los datos en la tabla 5 se refieren a una variable que representa la duración de la lactancia exclusiva en meses terminados (con rangos de 0 a 6). Aquella madre del grupo de control que no lactó a su hijo desde el inicio fue considerada de lactancia perdida (“o no lactó”). Obsérvese el máximo: en ambos grupos hubo madres que lactaron a sus bebés hasta seis meses, se sabe que en el grupo de control fue sólo un niño y en el grupo de intervención 18. La mediana, que determina uno de los parámetros fundamentales de las curvas de prevalencia de la lactancia materna normadas por la Organización Mundial de la Salud (incluso en normas ISO) fue de cuatro meses en el grupo de intervención y

de apenas dos meses en el grupo de comparación. Las diferencias por “categorías de meses” fueron altamente significativas.

Tabla 5. Distribución de las embarazadas según la duración la lactancia materna en el primer semestre de vida del recién nacido

Duración de la lactancia	Intervención		Comparación	
	No.	%	No.	%
No lactó	-	-	1	1,3
Hasta 2 meses	14	17,5	46	27,5
De 3 a 4 meses	41	51,3	30	37,5
5 o más meses	25	31,3	3	3,8
Total	80	100	80	100

($p < 0,001$)

Discusión

La presentación de enfermedades asociadas a la gestación como la anemia debido al agotamiento de los depósitos orgánicos de hierro por la demanda del feto para su metabolismo, crecimiento y desarrollo puede ser evitada si se realizan acciones de promoción de salud desde el inicio de la gestación, se orienta a las embarazadas y familiares para que sean capaces de identificar los factores de riesgo y actuar sobre ellos, por ejemplo la suplementación con prenatal, la elaboración correcta de la dieta respecto a la disponibilidad y combinación de los alimentos, horarios y frecuencia.¹⁰

Estudios realizados en varios países incluyendo Cuba han señalado la asociación significativa del bajo peso al nacer con la presencia de sepsis urinaria durante el embarazo, a la hipertensión arterial como la causa más importante de morbilidad materno fetal y enfatizan la importancia del diagnóstico precoz de los síntomas de alerta, la orientación nutricional, la higiene del embarazo mediante la educación de la embarazada y su participación de forma activa en el resultado de la salud.¹¹

Los resultados de este trabajo demuestran la eficacia de la intervención realizada con las embarazadas, familiares y recursos humanos, con respecto a la reducción de enfermedades asociadas al embarazo.

La Organización Mundial de la Salud plantea que uno de cada seis niños nacen con bajo peso, y se registra un índice de 17 % a nivel mundial. En Cuba, el índice de bajo peso al nacer es de 5,5; se comprende la preocupación que para médicos y enfermeras de la familia, pediatras, obstetras, neonatólogos representa la posibilidad de un niño con estas características.¹²

Múltiples han sido los trabajos realizados sobre el bajo peso al nacer y todos coinciden en que su causa es multifactorial, y que su prevención primaria consiste en la identificación o corrección de los factores de riesgo, entre los que se han encontrado con mayor frecuencia, el embarazo en la adolescencia, desnutrición de la madre (peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación), hábito de fumar, antecedentes de niños con bajo peso, hipertensión arterial durante el embarazo, sepsis vaginal, más de tres embarazos previos con intervalo intergenésico de 12 meses o menos.^{13,14-25}

En este estudio los logros alcanzados respecto al peso del recién nacido dependieron en gran medida de la organización, planificación, ejecución y evaluación de la intervención diseñada, que hizo posible la participación activa de la embarazada, con el apoyo del equipo de intervención, en el control de los factores de riesgo y en evitarlos.

El diseño de la estrategia de ataque a los problemas de salud del grupo de intervención se fundamentó en el análisis y definición de soluciones para conjuntos de factores de riesgo y en la capacidad de los distintos sectores y de sus instituciones para mejorar sus condiciones de vida y favorecer el control de los factores de riesgo identificados.²⁶ La educación de la mujer y el apoyo de la familia juega un papel muy importante en la causa y la prevención del bajo peso al nacer.^{24,27-29}

La prioridad que los gobiernos otorguen al progreso social determinan que la reducción del bajo peso al nacer sea o no un problema social. En Cuba se prioriza el programa de atención materno-infantil y el programa de reducción del bajo peso al nacer, lo cual se expresa en las estructuras y funciones del subsistema de atención primaria dirigidas a lograr tales propósitos.¹

En relación con la duración de la lactancia natural un estudio realizado en Cuba señala que la lactancia materna exclusiva es baja e informan que sólo el 37,62 % de la población estudiada la practica y encuentran una tasa de continuidad baja y alto riesgo para el destete en un período tan temprano como los cuatro meses.²³

Mantener la práctica de amamantar es una responsabilidad de la sociedad que involucra a las madres, los padres, la familia, la comunidad, los servicios de salud, el sistema sanitario (que debe informar los beneficios que ésta leche puede representar en el lactante pequeño), la economía, el estado y otros.³⁰

La educación prenatal sobre la lactancia materna es un método que ha sido utilizado con buenos resultados en otros países. El dar el pecho es una habilidad aprendida y el tener información correcta y actualizada es fundamental.³¹

Waisman y otros, en un estudio sobre los efectos de la educación prenatal y la lactancia materna, observaron que al quinto mes, el 69 % de las madres del grupo en estudio lactaban sus hijos, lo que demuestra la influencia positiva de la educación prenatal.³¹

En este estudio, la estrategia diseñada tuvo en consideración la capacitación de los recursos humanos que participaron y el estudio de las verdaderas causas de destete precoz a fin de contrarrestar esta situación y promover las condiciones necesarias para que todas las madres amamantaran a sus hijos.

Pudiera pensarse que los resultados alcanzados se deben al trabajo realizado con las gestantes que las ayudó a evitar las causas del destete precoz, a instruir las sobre el valor de la leche materna y sus posibilidades de lograr un amamantamiento exitoso y que les permitió intercambiar opiniones con otras embarazadas de diferentes edades, modificar creencias, desarrollar habilidades y destrezas sobre las técnicas de amamantamiento, lo que en definitiva, logró prolongar su duración.

Summary

Effectiveness of an educational intervention strategy for health promotion in the pregnant woman

Introduction: an educational intervention strategy was presented to promote health in pregnant women. The research work was undertaken in six people's councils of Ranchuelo municipality in Villa Clara province in which 32 facilitators participated and a quasi-experimental design was used.

Objectives: to contribute to improve the pregnant women's health from Ranchuelo municipality.

Methods: the sample was made up of 160 pregnant women divided into two 80-women groups, one was the intervention group and the other was the comparison group. The analysis of maternal/child problems at basic working group level was made as well as the educational diagnosis with pregnant women was performed, which made the structuring of the intervention strategy in seven stages possible.

Results: the coordination and interaction of the participating sectors and organizations was successful. The pregnant women in the intervention group became active subjects in caring their health, which was reflected in the reduction of the number of women suffering preventable diseases during pregnancy in this group, that is, 19 women (23.8 %) against 41 (51.3 %) in the comparison group. Besides, less low birthweight babies were born, more women exclusively breastfed their children till the 4th month of life and a better ratio of weight to size of children in their first six months of life were observed in the intervention group.

Conclusions: educational intervention was effective since the proposed objectives were fulfilled.

Key words: Health promotion, educational intervention, evaluation, pregnant women.

Referencias bibliográficas

1. Lemus Lagos ER, Barreto Cruz R. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. En: Álvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. VI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2001.p.7-22.
2. Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;19(1):62-9.
3. Amaro Cano M. La organización de los servicios de salud en la APS y los programas priorizados. En: Álvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. VI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2001.p.30-2.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Ministerio de Salud Pública;1989.
5. Ruiz Iglesias M. La competencia pedagógica-didáctica para aprender con sencillez y significatividad. Arcadia,México,D.F.: Norma;2004.
6. Restrepo HE. Conceptos y definiciones. En: Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Colombia: Médica Panamericana;2002. p.23-4.

7. López Palacio JV. Fundamentos didácticos y curriculares. La multiplicidad de los problemas en la educación. En: López Palacio JV, Castillo Cano JM, editores. Didáctica de la Educación superior. Compilación de materiales para cursos de postgrado, diplomados y maestrías en Ciencias de la Educación. Colombia. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2000. p.137-64.
8. Mordie R, Pirami E, Castellanos M. Health Promotion foundation. En: Organización Panamericana para la Salud. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. México, D.F.: OPS; 2002. p.47-82.
9. Sanabria Ramos G. Reseña de la capacitación y formación en los campos de promoción de salud y educación para la salud en Cuba. En: Arroyo Acebedo HV, editor. Formación de recursos humanos en educación para la salud y promoción de salud: Modelos y prácticas en las Américas. Puerto Rico: OPS; 2001. p.101-4.
10. Rodríguez Somer O, Fernández Monagas SA, Gazapo Perna R, Fernández Manzano E, Rodríguez Acosta T, Sánchez Salazar R, et.al. Factores que inciden en la anemia ferropénica en la embarazada. Rev Cubana [serie en Internet]. [citado 20 Jun 2005]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=soo34-75152002000300006&script=sciarttext&ting=es>
11. Vázquez Márquez A. Embarazo en la adolescencia: factores biológico, maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(2):158-64.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud 2004. La Habana: MINSAP; 2004.
13. Organización Panamericana de la Salud. Cuba. La salud en las Américas. V2. Washington: OPS; 2003.
14. Organización Panamericana de la Salud. Anuario Estadístico. Washington, D.C.: OPS; 2001.
15. Torres Vidal RM, Gran Alvarez MA. Panorama de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):198-208.
16. Fernández LS, Cano Pérez E, Osés Ferrer D, Pérez Piñero I. Caracterización de las gestantes adolescentes [serie en Internet]. [citado 23 May 2005]. Disponible en: http://www.brs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
17. Puig Vega A, Hernández Cabrera J, Sierra Velázquez M, Crespo Hernández T, Suárez Ojeda R. Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales [serie internet]. [citado 27 May 2005]. Disponible en: http://www.Brs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin03103.htm
18. Prendes Labrada MC, Guirola M, Jiménez Alemán P, González Pérez R, Guibert Reyes W. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(1):35-42.
19. Peraza Roque G, Delgado F, Figueroa Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5):490- 6.
20. Pita Rodríguez G, Monterrey Gutiérrez P, Rodríguez Cárdenas A, Pérez Díaz C, Macías Mato C, Serrano Síntes G. Factores que influyen en las deficiencias de vitaminas E y C en embarazadas y recién nacido. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(2):108-14.
21. González Milian D, Blando Micha N, Macías FL, Kindelán ER. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el hospital "Reinaldo Chianz Vargas" durante enero-abril 2001 [serie en Internet]. [citado 23 May 2005]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6-3-02/san10302.htm>

22. 22- Alvarez Fumero R, Urra Cubas LR, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. [citado 22 May 2005]. Disponible en:
<http://www.bvs.sld.cu/revistas/rev/vol14-3-01/res02301.htm>
23. Díaz Tabares O, Soler Quintana ML, Ramos Rodríguez AO, González Masón L. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4): 336-43.
24. Puig Vega A, Hernández Cabrera J, Sierra Velazquez M, Crespo Hernández F, Suárez Ojeda R. Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(1).
25. Pita Rodríguez G, Serrano Síntes G, Macías Matos C. Ingesta de macronutrientes y vitaminas en embarazadas durante 1 año. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):220-7.
26. Gómez López LI. Promoción de salud y participación. En: Plumed Parrilla M, Castañeda Guallar MV, editores. Trabajo social y salud. La participación en salud. Madrid: Asociación española de trabajo social y salud; 2002. p. 9-10.
27. Peraza Roque G, Pérez Delgado S de la C, Figueroa Barreto Z de los A. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5):490-6.
28. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva. Informe de la secretaria [monografía en Internet]. [citado 20 jun 2005]. Disponible en:
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wHA57/A57_13_1p.pdf
29. Atención prenatal y bajo peso al nacer. Rev Org Panam Salud. 2004;16(4):280.
30. Valenzuela C, Benguigui Y. Atención integral en salud materno infantil y sus componentes. En: Acciones de salud materno infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia. Washington: OPS;1999.p. 29-53.
31. Pérez López C. Técnicos Estadísticos SPSS. Madrid: Pearson Educación, Prentice Hall; 2001.

Recibido: 8 de junio de 2006. Aprobado: 25 de junio de 2006. *Benita Mavel Beltrán González*. Agramonte No. 33. Reparto Médico. Ranchuelo, Villa Clara. e-mail:
mabel@capiro.vcl.sld.cu

[1MSc. Salud Pública. Profesora Auxiliar.](#)

[2DraC. Pedagógicas. Profesora Titular.](#)

[3DrC. Físico Matemáticas. Profesor Titular.](#)

[4MSc. Tecnología Educativa. Profesora Asistente.](#)