



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Factores asociados al nivel de conocimientos sobre
autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil
del servicio de planificación familiar. Hospital
Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Obstetricia con
mención en Salud Reproductiva

AUTOR

Rocío Cecilia HERRERA MÁLAGA

ASESOR

Mirian Teresa SOLÍS ROJAS

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Herrera R. Factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del servicio de planificación familiar. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 20 días del mes de marzo del año dos mil diecinueve siendo la 01:00 pm, bajo la presidencia de la Dra. Zaida Zagaceta Guevara con la asistencia de los Profesores: Mg. Zoila Rosa Moreno Garrido (Miembro), Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo (Miembro), Mg. Emma Felicia Salazar Salvatierra (Miembro) y la Dra. Mirian Teresa Solís Rojas (Asesora); la postulante al Grado de Magister en Obstetricia con mención en Salud Reproductiva, Bachiller en Obstetricia y Puericultura, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, 2017”** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Obstetricia con mención en Salud Reproductiva. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 17**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA** a la postulante **ROCÍO CECILIA HERRERA MÁLAGA**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 02:10 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Zoila Rosa Moreno Garrido
Profesora Auxiliar
Miembro

Mg. Hugo Florencio Gutiérrez Crespo
Profesor Auxiliar
Miembro

Mg. Emma Felicia Salazar Salvatierra
Profesora Principal
Miembro

Dra. Mirian Teresa Solís Rojas
Profesora Principal
Asesora

Dra. Zaida Zagaceta Guevara
Profesora Principal
Presidente

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios, por estar aquí presente.

A mis padres, por su cariño sin límites.

A mi madre que fue mi primera maestra.

A mi esposo que junto con mis hijos me dan
día a día su apoyo incondicional.

A mi asesora de tesis por brindarme
su apoyo desde el primer momento.

A mi colega y amiga que siempre estuvo
en los momentos que más la necesité.

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
por darme la oportunidad de
obtener el grado Académico de Magister.

Índice General

Página de aceptación y veredicto de la tesis.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Lista de cuadros.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Situación problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación teórica.....	4
1.4 Justificación práctica.....	5
1.5 Objetivos.....	6
1.5.1 Objetivo general.....	6
1.5.2 Objetivos específicos.....	6
1.6 Hipótesis.....	7
1.6.1 Hipótesis específicas.....	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación.....	8
2.2 Antecedentes de investigación.....	9
2.3 Bases Teóricas.....	17
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	32
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
4.1 Análisis e interpretación.....	41
4.2 Discusión de resultados.....	72
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	88

Lista de cuadros

Cuadro 1. Factores socio-demográficos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	42
Cuadro 2. Factores obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	44
Cuadro 3. Nivel de conocimiento sobre autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	45
Cuadro 4. Nivel de conocimiento del Autocuidado Preconcepcional según cada dimensión en las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2017.....	46
Cuadro 5. Dimensión del conocimiento de hábitos y estilos de vida, aciertos y desaciertos en de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017...	48
Cuadro 6. Dimensión del conocimiento sobre prevención de infecciones, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	50
Cuadro 7. Dimensión del conocimiento sobre antecedentes familiares, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	52
Cuadro 8. Dimensión del conocimiento sobre antecedentes obstétricos, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	54
Cuadro 9. Dimensión del conocimiento sobre enfermedades crónicas, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	55
Cuadro 10. Asociación entre el factor edad y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	56
Cuadro 11. Asociación entre el factor estado civil y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	56
Cuadro 12. Asociación entre el factor nivel de instrucción y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	57

Cuadro 13. Asociación entre el factor procedencia y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	58
Cuadro 14. Asociación entre el factor número de gestaciones y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	59
Cuadro 15. Asociación entre el factor paridad y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	60
Cuadro 16. Asociación entre el factor antecedente de aborto y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	60
Cuadro 17. Asociación entre el factor tipo de relación y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	61
Cuadro 18. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión hábitos y estilos de vida con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	62
Cuadro 19. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión prevención de infecciones con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	64
Cuadro 20. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión manejo de antecedentes con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	66
Cuadro 21. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión manejo de antecedentes obstétricos con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.....	68
Cuadro 22. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión enfermedades crónicas con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017....	70

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017. **Metodología:** estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo y de corte transversal; se aplicó una encuesta validada por 5 expertos y se realizó un estudio piloto de 36 pacientes, la muestra total incluyó 360 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** entre los factores sociodemográficos se encontró que el 69,5% de las participantes tenían edades comprendidas entre 20 a 34 años; el 67,5% de ellas eran convivientes. El 32.2 % tenía secundaria completa. El 51,9% vivía en Lima norte. El 35,3% fue primigesta. Entre los factores obstétrico-reproductivos se encontró que el 37,5% tuvo antecedente de aborto, un 81,7% tenía una pareja estable, el nivel de conocimiento hallado fue de 58,3% con nivel alto; el 27,8% nivel medio y un 13,9% nivel bajo. El factor estado civil se asoció significativamente con el nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional ($p= 0,000$), además el nivel de instrucción se asoció significativamente al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional ($p=0,000$). **Conclusiones:** El nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional fue en promedio un nivel medio, seguido de alto y bajo. Los factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional fueron el estado civil y el nivel de instrucción.

Palabras clave: conocimiento, autocuidado preconcepcional, mujer en edad fértil.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the level of knowledge about preconceptional self-care in women of childbearing age of the Family Planning Service. National Teaching Hospital Child San Bartolome, 2017. **Methodology:** observational, analytical, retrospective and cross-sectional study, a survey validated by 5 experts was applied and a pilot study of 36 patients was carried out. The total sample included 360 patients who met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** among the socio-demographic factors, 69.5% of the participants were between 20 and 34 years old. 67.5% of them lived together, 32.2% had full secondary education. 51.9% lived in northern Lima. 35.3% were primiparous. Among the reproductive obstetric factors, 37.5% had a history of abortion, 81.7% had a stable partner. The level of knowledge found was 58.3% with high level, 27.8% average level and 13, 9% low level. The marital status factor was significantly associated with the level of knowledge about preconceptional self-care ($p = 0.000$), and the level of instruction was also associated with the level of knowledge about preconceptional self-care ($p = 0.000$). **Conclusions:** The level of knowledge about preconceptional self-care was on average a medium level, followed by high and low. The factors associated with the level of knowledge about preconceptional self-care were the marital status and the educational level.

Keywords: knowledge, preconceptional self-care, woman of childbearing age.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

La muerte materna y la morbilidad son consideradas como graves problemas de salud pública con gran impacto individual, familiar, social y económico que requiere acciones educativas dirigidas a mejorar su comportamiento y estilo de vida según (Rojas J, Ecuador, 2017).

La Organización Mundial de la Salud a través de sus datos estadísticos reportó que hay cifras incrementadas de morbimortalidad materna, pues cada año a nivel mundial, 303 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de recién nacidos mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos (OMS, 2016)

El cuidado preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. Para reducir la mortalidad materna y avanzar en el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales; en el Perú, se ha evidenciado la necesidad de actuar tanto en las comunidades como en las instituciones que atienden a la mujer gestante. En estos dos ámbitos, se ha recorrido un amplio camino para atenuar las condiciones

tanto del daño como del riesgo, pero se habían postergado las acciones de prevención de alta incidencia para el logro de las metas de reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las intervenciones de autocuidado preconcepcional para prevenir y tratar la infección, las enfermedades crónicas, la salud mental y la concienciación sobre la salud reproductiva son elementos cruciales que también deben de ser dirigidas antes del embarazo para asegurar mejores resultados en el embarazo, la salud del recién nacido y el niño. (Lassi Z, Dean S Mallick D y Bhutta Z, Pakistan, 2014)

Diversos estudios han demostrado que las causas indirectas de muerte materna están relacionadas con condiciones de enfermedad previas al embarazo, como factores genéticos y psicosociales. Estos pueden ser detectados y en su mayoría tratados para eliminar, reducir o controlar sus efectos nocivos en la gestación y período posnatal. De igual forma, la investigación ha demostrado que, en algunos casos, y como ejercicio de los derechos reproductivos, la mejor opción se orienta a evitar el embarazo. Además, se ha demostrado que el ejercicio del derecho a decidir sobre tener hijos o no y la planeación de los mismos, protege a las mujeres de riesgos y daños en todos los ámbitos.

En los embarazos no deseados, se observan mayores dificultades y complicaciones; igualmente, el embarazo deseado es un factor protector para los hijos en la medida en que son mejor cuidados durante la gestación y la infancia, y las condiciones de sus hogares pueden ser aún más favorables para su crecimiento y desarrollo.

En el Perú, se menciona que el problema radica en que la mayoría de mujeres que se embarazan no han recibido atención preconcepcional. Según las estadísticas reportadas por la Red de Salud Lima Ciudad, durante el año 2014 se realizaron un total de 199 atenciones preconcepcionales en los 32 establecimientos de salud del primer nivel (94% lo realizaron obstetras y el 6% lo realizaron entre ginecólogos y

médicos generales), de los cuales 175 fueron a la primera atención preconcepcional, 23 la segunda atención y un caso de la tercera atención. Con estos datos se aprecia que, de las pocas mujeres que llegan a la primera consulta, la mayoría no regresa para una segunda. Es probable que la causa radique en la poca información existente sobre la asistencia sanitaria preconcepcional en la población peruana. ¿La población conoce que una mujer se debe preparar física y psicológicamente por lo menos 6 meses antes de un parto? ¿Se promociona la atención preconcepcional?, ¿Cuáles son las causas por las que las mujeres no acuden a la atención preconcepcional? Son muchas las interrogantes que se generan, siendo fundamental investigar cuales son las actividades que hacen los profesionales de la salud durante la atención preconcepcional. En la actualidad se han ido realizando investigaciones, pero basadas principalmente al riesgo preconcepcional.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, por ser un establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación altamente especializado, así como uno de enfoque integral a la mujer con necesidades de atención en salud sexual y reproductiva y al neonato, niño y adolescente, que proceden de cualquier punto del ámbito Nacional; implementa estrategias de políticas de salud referentes a las necesidades de atención ya mencionadas. Sin embargo, no existe investigación científica alguna que ponga en evidencia si las mujeres en edad fértil, tratadas en dicho hospital, tengan el suficiente conocimiento sobre preconcepción, puesto que las estadísticas acerca de las atenciones realizadas y de la intervención educativa sobre atención en autocuidado preconcepcional no son reportadas. Esto contrasta notoriamente con el trabajo que se realiza en otros países, sobre todo en los adolescentes y jóvenes que deberían planificar cómo y en qué momento deben confrontar la maternidad y paternidad responsable. Asimismo, los hábitos y estilos de vida, el consumo de micronutrientes, la prevención de infecciones, y manejo de antecedentes importantes antes de la concepción no están muy

fortalecidas y se encuentran vacíos de intervención del profesional de salud que realiza estas actividades de atención preconcepcional. Es por esto que el propósito de la presente investigación es el de determinar los factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar. Hospital San Bartolomé, 2017.

1.2 Formulación del problema

Problema general:

¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017?

1.3 Justificación teórica

El aporte teórico de esta investigación gira en torno a las evidencias científicas que se generarán producto de este estudio, el mismo que, por su carácter novedoso, representará una gran contribución a la literatura en salud reproductiva peruana. Asimismo, son escasas las investigaciones similares; por lo que esta propuesta generará

conocimientos que han de llenar un vacío importante en la literatura nacional. Si bien se conoce que la gran mayoría de embarazos son no planificados, no se conoce a profundidad acerca de lo que estas mujeres pudieron tener en cuenta respecto a cómo prepararse para tal embarazo. Menos aún se conoce acerca de los factores que influyen el hecho de que una mujer en edad fértil pueda o no conocer acerca de los preparativos para un embarazo. Por todo lo anterior, es posible prever la significancia teórica de esta propuesta investigativa.

1.4 Justificación práctica

Es indudable que muchas de las gestaciones hoy en día no son planificadas con anticipación o no son planificadas del todo. En este contexto, es posible asumir que muchas de las mujeres no llevan a cabo cuidados preconceptionales, lo que se puede atribuir en parte al desconocimiento con respecto a tales cuidados. De ahí lo importante que resulta esta investigación, pues permitirá en la práctica obstétrica (en Planificación Familiar para ser exactos) identificar aquellas mujeres que pudieran desconocer de los cuidados necesarios para afrontar con premeditación un embarazo. Ello permitirá formular intervenciones dirigidas a un perfil de mujeres en edad fértil que se podrían beneficiar de ello; así al determinar los factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconceptional; se podría tomar medidas para mejorar los conocimientos sobre el autocuidado preconceptional, por ende, traerá beneficios; de ahí el aporte práctico de esta investigación.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

1.5.2 Objetivos específicos

Identificar los factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil.

Establecer los factores obstétrico-reproductivos asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil.

1.6 Hipótesis

Existen factores asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

1.6.1 Hipótesis específicas

Existen factores sociodemográficos asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil.

Existen factores obstétrico-reproductivos asociados al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en mujeres en edad fértil.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación

En las últimas décadas, las ciencias de la salud han redimensionado el proceso salud enfermedad, con énfasis en los conceptos de salud integral de las personas y el de promoción de la salud, los que han adquirido un carácter protagónico. De este modo, la salud emerge como un proceso dinámico de construcción personal, colectiva y social, donde los aspectos macro del contexto económico, político se conjugan con los aspectos micros referidos a los individuos y su entorno. (Rodríguez A, et al, Cuba, 2013)

La Organización Mundial de la Salud define a la sexualidad como "Un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales". Desde la fundación de las Naciones Unidas, la igualdad entre hombres y mujeres figura entre las garantías fundamentales de los derechos humanos. (OMS, 2013)

Desarrollar planes de estudio para que se correspondan con las exigencias actuales de nuestra sociedad en materia de Sexualidad es un reto. Hacer conciencia del principio de la Responsabilidad, hay que inculcarlo desde etapas escolares (4-7 años hasta 19-20 años), esa educación hay que darla para que valoren el significado de la responsabilidad que se asume tanto en la vida como en la sexualidad; parte integrante en el desarrollo de la personalidad. (Rodríguez B, Cuba, 2009)

Teniendo todo esto presente, por sobre todo, el concepto de educar se fortalecerá y del mismo modo, el conocimiento en las mujeres en edad fértil sobre la responsabilidad que implica tener un hijo se acrecentará, dándoles la formación necesaria y básica para prepararse ante una gestación y tener una maternidad y paternidad responsable. Esta es la misión que los profesionales de salud deben tener como pilar durante el contacto con un paciente, velando por su integralidad.

2.2 Antecedentes de investigación

Antecedentes Internacionales

Cáceres A, et al, Ecuador, (2017) en su estudio titulado “Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil”, tuvo como objetivo determinar la relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional, cuya muestra se conformó por 50 mujeres en edad fértil. Entre los resultados, el 52% tuvo edades entre 25 y 34 años, 825 eran mestizas, 40% casadas, 50% poseía bachillerato, 50% amas de

casa, además el 72% poseía nivel socioeconómico regular. Sobresalió el conocimiento no satisfactorio en un 76%, hubo correlación entre la dimensión concepto de riesgo preconcepcional y etnia, además el estado civil y la ocupación con el conocimiento de la dimensión hábitos tóxicos, y con el nivel económico. Asimismo, existió relación entre dimensión peso ideal y edad. Concluyeron que la edad fue la condición socioeconómica que más influyó en el bajo conocimiento sobre riesgo preconcepcional, el estado civil, ocupación, nivel económico y la edad influyeron en el conocimiento sobre factores de riesgo.

Nelson A, et al, Estados Unidos, (2016) en su investigación titulada “Planificación de la vida reproductiva y atención previa a la concepción 2015: actitudes de los pacientes de planificación familiar que hablan inglés”, tuvo como objetivo determinar si las mujeres tienen planes de vida reproductiva y qué piensan que deberían hacer para prepararse para el embarazo. Realizaron un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se encuestó a 250 mujeres. Entre los resultados solo el 53% estaba seguro de cuantos embarazos deseaba tener en su vida, un 46,3% confiaba en cuando deseaba su próximo embarazo, aunque prácticamente todas estuvieron de acuerdo en que las mujeres deberían planificar y prepararse para el embarazo, solo un 25,8% mencionó que cualquier preparación médica era necesaria antes de una gestación. Concluyeron que muchas mujeres no tenían planes de vida reproductiva, la mayoría no pensaba que las preparaciones médicas son necesarias antes del embarazo. Los nuevos enfoques pueden ser útiles para identificar de manera más productiva a las mujeres que necesitan asesoramiento individualizado, atención previa a la concepción y/o métodos anticonceptivos más eficaces.

Frey K, et al, Estados Unidos, (2006) realizaron un estudio titulado “Atención médica previa a la concepción: lo que las mujeres saben y creen” cuyo objetivo fue determinar si las mujeres se dan cuenta de la importancia de optimizar su salud antes de un embarazo y evaluar su nivel

de conocimiento y creencias sobre la salud preconcepcional. El estudio fue de tipo observacional, transversal, y se tomó una muestra de 499 mujeres. Entre sus resultados se obtuvo que el 98.6% se dieron cuenta de la importancia de optimizar su salud antes del embarazo. El rango de edad predominante fue de 36 a 45 años en un 46%, la edad promedio fue de 33 años. El 38,5% tuvo educación universitaria, mientras que el 7,5% secundaria completa. Sobre los conocimientos de la salud antes de la concepción el 84,1% conoce que la historia familiar tiene un impacto en el embarazo a futuro. El 95,8% conoce que el consumo de alcohol antes del embarazo constituye un factor de riesgo para un embarazo, el 89,3% conoce que las enfermedades infecciosas son un factor de riesgo, el 98,2% considera que el consumo de tabaco es un factor de riesgo así como el 98,8% considera que el uso de drogas es un factor de riesgo. Concluyeron que la mayoría de las mujeres entienden la importancia de optimizar su salud antes de la concepción, y buscan a su médico de atención primaria como su fuente preferida para obtener esa información.

Conrod D, et al, México, (2009) en su estudio titulado “Conocimientos y actitudes con respecto a la atención previa a la concepción en una población de mexicoamericanos predominantemente de bajos ingresos”, tuvo como objetivo determinar el conocimiento y las actitudes con respecto a la atención previa a la concepción. Realizaron un estudio de tipo observacional de corte transversal con una muestra de 305 mujeres en edad reproductiva. Entre los resultados se halló que el 88% fue hispana, el rango de edad predominante fue de 26 a 35 años en un 45%, el 40% culminó secundaria, el 89% considera que la mejora de la preconcepción beneficia el embarazo. El conocimiento promedio del puntaje de atención preconcepcional fue del 76%, las áreas de mayor conocimiento incluyeron los efectos sobre el embarazo del ácido fólico, consumo de alcohol, uso de sustancias y abuso verbal, físico y sexual. El 94,7% considera que es importante realizarse la prueba de enfermedades infecciosas antes de quedar embarazada. El 94% considera que una mujer que está pensando

salir gestando no debe consumir drogas, ni alcohol en un 93% por ser factores de riesgo. Se encontró un nivel medio de conocimiento de los efectos de la arena para gatos y productor pesqueros, hallaron un nivel bajo a los temas relacionados con el ejercicio físico en un 49% y evitar el consumo de ciertos productos de pescado durante el embarazo en 30%. Concluyeron que hubo interés en la educación previa a la concepción.

Harelick L, et al, Estados Unidos, (2011) en su estudio de investigación titulado “La salud preconcepcional de las mujeres de bajo estatus socioeconómico: evaluación de conocimientos y comportamientos”, tuvo como objetivo examinar los conocimientos de las mujeres y conductas relacionadas con los factores de riesgo preconcepcionales en dos centros de salud comunitarios. Fue un estudio de tipo observacional retrospectivo con corte transversal, con una muestra de 340 mujeres a quienes aplicaron una encuesta. Entre los resultados el 70% consideró que tomar ácido fólico antes del embarazo trae buenos efectos para este, el 95% opina que las inmunizaciones traen buenos efectos para el embarazo. Asimismo, el 88% conoce que el uso de alcohol traería efectos adversos para un embarazo, así como el 92% opina lo mismo sobre el uso de tabaco, además del consumo de ciertos medicamentos; en un 88% a pesar del sólido conocimiento de los factores de riesgo en el período previo a la concepción, los comportamientos y condiciones de alto riesgo existía: el 63% de las mujeres con sobrepeso u obesidad, el 20% bebía alcohol y el 42% tomaba un multivitamínico. Diferencias significativas en los factores de riesgo se observaron entre los encuestados negros, no hispanos e hispanos. Sobrepeso / obesidad ($t = 3.0$; $p < .05$) y el consumo de alcohol ($t = 9.2$; $p < .05$) fueron más altos entre las mujeres negras no hispanas, mientras que las mujeres hispanas tuvieron menores tasas de uso de multivitaminas ($t = 11.1$; $p < .05$). La mayoría de los encuestados recuerdan que se les habló en una atención médica sobre riesgos relacionados con el embarazo. La mayoría de los factores de riesgo no fueron influenciados por las recomendaciones del

proveedor, incluyendo el uso de multivitaminas, beber alcohol y fumar. Sin embargo, el uso de anticonceptivos se correlacionó con un proveedor recomendación ($\chi^2 = 7.6$; $p < .05$). Correlaciones entre la presencia de factores de riesgo y el conocimiento de los encuestados existía para las inmunizaciones ($\chi^2 = 9.6$; $p < .05$), pero no para el uso de multivitaminas, beber alcohol o fumar. Conclusión: el estudio identificó comportamientos susceptibles de cambio. El conocimiento solo o la recomendación de un médico no son suficientes para cambiar esos comportamientos. Se requieren programas innovadores y sistemas de apoyo para alentar a las mujeres a adoptar comportamientos saludables a lo largo de los años fértiles. Conrod D, et al, México, (2009)

Poels M, et al, Holanda, (2017) llevaron a cabo un estudio titulado: "La preparación activa para el embarazo se asocia con un estilo de vida más saludable de las mujeres durante el período de preconcepción". El objetivo fue evaluar si la preparación activa para el embarazo por parte de las mujeres se asocia con cambios en el estilo de vida durante el período de preconcepción. El estudio fue transversal retrospectivo, la técnica de muestreo fue por conveniencia ingresando 283 mujeres que recibieron atención prenatal. Reportaron que realizaron la medición y ajuste de la asociación entre la preparación para el embarazo (definida como búsqueda de información y / o consulta a un proveedor de atención médica) y cambios en el estilo de vida antes de la concepción (dieta más sana, ácido fólico, alcohol y tabaco) ajustados por edad, índice de masa corporal y nivel educativo. Casi el 60% ($n = 160$) de las mujeres adquirieron información de preconcepción ellos mismos y el 25% ($n=68$) consultaron a un proveedor de atención médica sobre su deseo de embarazo. El grupo anterior fue significativamente más propenso a dejar de beber, mejorar su dieta y usar ácido fólico en comparación con las mujeres que no se prepararon para el embarazo. Los tamaños del efecto fueron aún mayores para las mujeres que también consultaron a un proveedor de atención médica con respecto al uso de ácido fólico, una

dieta más saludable y el abandono del hábito de fumar. Concluyeron que la recopilación de información previa a la concepción, ya sea por las propias mujeres o por medio de una consulta del preconcepcional, está asociada con las mujeres que cambian positivamente los estilos de vida durante el período de preconcepción.

Kasim R, et al, Malasia (2016) desarrollaron un estudio en Malaysia titulado: "Knowledge, attitudes and practice of preconception care among women attending Maternal Health Clinic in Kelantan", con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la atención preconcepcional entre las mujeres que asisten a la clínica en Kelantan. Estudio transversal, que se administró un cuestionario a 135 encuestadas de 18 a 45 años de edad, el cuestionario consistía de cuatro dominios, evaluando los datos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas de la atención preconcepcional. Encontraron que la media de conocimientos, actitudes y prácticas que las puntuaciones fueron 11.37 (3.94), 15.39 (2.12) y 10.13 (2.30) respectivamente. En total el 98,5% tenían buena actitud, 45,2% buena práctica y el 51.9% buen conocimiento de preconcepción. Concluyeron que las mujeres de Bangkok tienen un conocimiento justo y una buena actitud hacia el cuidado previo a la concepción, sin embargo, tienen malas prácticas de cuidado previo a la concepción.

Nacimiento N, et al (2015) investigaron en Brasil el estudio titulado: "Atención preconcepcional: conocimientos y prácticas de adolescentes". El objetivo fue evaluar el conocimiento y la práctica relativa a la atención preconcepcional entre adolescentes. El estudio fue descriptivo realizado en una maternidad pública en la ciudad de São Paulo, con mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Las adolescentes respondieron a las preguntas acerca de la atención preconcepcional y se aplicó un instrumento para medir la planificación del embarazo. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS 18.0 y con el uso de análisis

temático categórico. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 0094.0.196.196-11. Los resultados que obtuvieron fueron que entre las 126 adolescentes, 18,3% habían planeado el embarazo, 19,0% no lo habían planeado y 62,7% eran ambivalentes. Las medidas citadas como preparación previa a la concepción abarcan tres dimensiones: emocional, social y física. Aunque la mayoría de ellas piensen que es importante, 84,9% de las adolescentes no han adoptado ninguna medida en preparación para el embarazo y 22,0% ni siquiera sabían citar cualquier medida en este sentido. Concluyeron, que los resultados muestran que poco se sabe y se hace con relación a la atención preconceptiva en la adolescencia.

Carvajal S, et al (2014) desarrollaron una tesis titulada “Conocimientos y Prácticas en cuidado preconcepcional de los estudiantes de la corporación Universitaria Adventista de Colombia año 2013”, con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas que tienen las estudiantes de la corporación Universitaria Adventista de Colombia a cerca de los cuidados durante la etapa preconcepcional. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo; participaron 109 estudiantes de ambos sexos, aplicaron una encuesta de cuestionario semiestructurado con precedente del consentimiento informado. Encontraron que del total de la muestra el 50% fueron del sexo femenino, predominando el rango de edad de 21 a 24 años en un 46,8%; estado civil soltero con un 81,7% y casados el 14,7%, Asimismo, el 85,3% no tienen hijos, solo el 10,1% tiene un hijo y el 0,9% tiene tres hijos. Por otro lado, conocen sobre la definición de preconcepción el 58,7% y desconocen el 41,3%; conocen sobre cuidados previos al embarazo el 43,1% de este porcentaje: utilizan métodos anticonceptivos el 3,7%, cuidados con accidentes; 1,8%, enfermedades previas al embarazo 4,6%, estabilidad económica 1,8%, estabilidad emocional 5,5%, estilos de vida saludable 22%, evaluaciones clínicas periódicas 1,8% y consumo de micronutrientes 1,8%. Conocen la edad de menos riesgo para embarazarse rango de 20 a 29 años, conocen sobre peso ideal antes del

embarazo el 17,4%; exámenes que se realizaron previos al embarazo de VIH 22,9%, sífilis 17,4%, Hepatitis B 22,9%; asisten a la consulta odontológica el 32,1% en meses y al año en 11,9%. Concluyeron que los estudiantes tienen conocimiento de autocuidado y acciones de autocuidado al ser analizados las respuestas con la teoría de modelos y modelado de roles: los conocimientos sobre cuidados preconceptionales no son muy específicos; los hábitos de vida son practicados por la mayoría de los estudiantes, pero falta fortalecer la alimentación y actividad física.

Antecedentes Nacionales

Rodenas A. Perú (2016) en su estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres en edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra. Junio-Julio del 2016” cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres en edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, cuya muestra se conformó por 258 mujeres en edad fértil. Entre los resultados el nivel de conocimiento total sobre atención preconcepcional fue medio en un 56.2%, bajo en un 29.1% y alto en un 14.7%. El nivel de conocimiento sobre la importancia de la atención preconcepcional de las mujeres en edad fértil fue alto en un 45%, medio en un 41.5% y bajo en el 14.7%. Concluyó que el nivel de conocimiento sobre atención preconcepcional fue medio en la mayoría de las mujeres en edad fértil que asisten al área de planificación familiar.

Alvino J. Perú (2015), en su estudio titulado “Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015” tuvo como

objetivo identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en las usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero 2015. Estudio de tipo aplicado, prospectivo y de corte transversal, la muestra se conformó por 73 pacientes, el tipo de muestreo usado fue el no probabilístico por conveniencia. Entre los resultados se halló que el 15,1% de las usuarias tuvieron edad mayor a 35 años y el 6,8% tuvo menos de 19 años; el 23,35% tenía sobrepeso según el IMC. Respecto a los antecedentes personales el 4,15% refirió nefropatía, un 35,65% indicó diabetes mellitus. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, un 43,8% eran multíparas, un 42,5% tenía historia de aborto, el periodo intergenésico corto se presentó en el 50,7%. El 47,9% eran amas de casa, un 52,1% eran convivientes. Se concluyó que en los factores biológicos preconcepcionales; el 21,9% tuvo una edad inadecuada para un futuro embarazo. Con respecto a los factores sociales, la mayoría fueron amas de casa, con nivel secundaria completa y estado civil conviviente.

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 Concepto de factores

a. Factores asociados

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que las pacientes tomen determinadas decisiones o realicen algún acto específico, para nuestro estudio, que tengan un nivel de conocimientos sobre atención preconcepcional. (Gómez E, Perú, 2016)

a.1 Factores sociodemográficos

La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza, ocupación, entre otros. (Alvarado F, Perú, 2013)

a.2 Factores obstétricos-reproductivos

Los factores reproductivos y obstétricos se refieren a todas aquellas características como la menarquia, el inicio de relaciones sexuales, el número de gestaciones, el número de hijos, que pueden incrementar la probabilidad de un nuevo embarazo. (Yauri Y, Perú, 2015)

b. Nivel de conocimientos

Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje o a través de la introspección, la cual tiene sustentación científica, que se pone en práctica en la vida diaria. (Paico C, Perú, 2015)

c. Mujer en edad fértil

Aquellas mujeres cuyas edades se hallan establecidas entre 15 y 49 años de edad. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)

d. Autocuidado preconcepcional

Concepto

El cuidado de preconcepción es un enfoque de la promoción de la salud y la medicina preventiva que se centra en las intervenciones que identifican y modifican los riesgos biomédicos, conductuales y sociales a la salud de la mujer o el resultado del embarazo. (Posner S, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J, Estados Unidos, 2006)

Objetivo

El período preconcepcional ofrece la oportunidad de intervenir antes para optimizar la salud de potenciales madres (y padres); asimismo, para evitar que las exposiciones perjudiciales afecten al feto en desarrollo, estas intervenciones incluyen el espaciamiento de los nacimientos y la prevención del embarazo en la adolescencia, la promoción del uso de anticonceptivos, la optimización del peso y el estado de micronutrientes, la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas y la detección y tratamiento de enfermedades crónicas. (Lassi Z, et al, Pakistan, 2009)

De igual manera intervenir en el grupo de madres (y padres) que estén expuestos al consumo de hábitos nocivos; consumo de drogas ,cigarrillos, alcohol, los cuales producen efectos perjudiciales en la madre gestante y el niño por nacer.

Importancia

Por su naturaleza, el cuidado previo a la concepción, es decir la atención antes del embarazo por los estudios realizados, refieren la búsqueda en el primer embarazo o entre embarazos consecutivos, del bienestar físico y psicológico de la persona. La atención de salud contemporánea ha sido reconocida por una serie de organismos y organizaciones internacionales que representan a profesionales de la salud y políticos. (Johnson K, et al, Estados Unidos, 2006)

Contenidos del autocuidado preconcepcional

Hábitos y estilos de vida

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en su Protocolo de atención preconcepcional, 2014; hace mención acerca de los hábitos y estilos de vida sobre los que se ha de intervenir de forma preconcepcional que incluyen: la actividad física, el manejo nutricional, el tabaco, el consumo de alcohol, drogas, la exposición a fármacos y ciertos hábitos laborales y ambientales. Todos estos aspectos son detallados a continuación:

- **Actividad física:** la realización de ejercicio físico es adecuada y no está contraindicada. Por regla general, el ejercicio y los deportes son saludables, ya que producen bienestar físico y psicológico. El ejercicio

aeróbico es conveniente durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa. Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes y ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y dorso lumbar. Todas ellas deberán estar acompañadas por una adecuada hidratación.

- **Nutrición:** la futura madre debería conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La desnutrición durante el embarazo se asocia a prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Por otro lado, la obesidad se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal.
- **Ácido fólico:** la evidencia actual demuestra que más de la mitad de los casos de defectos del tubo neural podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta cumplidos los primeros 28 días del embarazo, momento en que embriológicamente hay evidencia de que el tubo neural ha cerrado, si bien la recomendación de ingesta extiende con un margen de seguridad hasta las 12 semanas para prevención de este grupo de patologías neurológicas.
- **Tabaco:** el consumo de tabaco materno, así como también la exposición al humo de tabaco ambiental, afectan tanto al feto como a la madre. Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas (placenta previa, aborto espontáneo, parto prematuro) y complicaciones del feto y recién nacido (bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal). Los profesionales de la salud deben aprovechar cada consulta para averiguar si la mujer fuma o está expuesta al humo de tabaco y para brindar el consejo consistente en dejar de fumar, pues es lo mejor que puede hacer por su salud y la de su recién nacido.

- Consumo de alcohol: el consumo excesivo de alcohol antes del embarazo es desaconsejable. Durante la gestación, el alcohol debe evitarse en forma absoluta. Se asocia con muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. El consumo excesivo de alcohol, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación, se asocia con malformaciones fetales. Puede ser responsable de un cuadro de retardo mental, aun en ausencia de malformaciones fetales reconocibles al nacimiento. Las campañas de educación son de extrema importancia, ya que no existe la noción de este riesgo en la población.
- Consumo de drogas: cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, son drogas que se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser informadas sobre los daños que éstas producen en su descendencia y su propio organismo.
- Exposición a fármacos: el uso habitual de fármacos debe ser evaluado, ya que existen sustancias que deben desaconsejarse en el primer trimestre de embarazo y por completo en este periodo.
- Hábitos laborales y ambientales: la realización de trabajos pesados, la utilización de plaguicidas y solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación.

Prevención de infecciones

Es importante que previo a un embarazo las mujeres en edad fértil conozcan las infecciones a las que pudieron o pueden estar expuestas, las que se desarrollan a continuación según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014:

- VIH/Sida: es importante conocer el estado serológico de ambos miembros de la pareja, detectar conductas de riesgo e informar sobre el riesgo de la transmisión vertical. Las mujeres portadoras de VIH tienen necesidades específicas que deben ser tenidas en cuenta. Muchas conocen su situación serológica antes de quedar embarazadas. Esto ofrece una oportunidad para abordar situaciones que tienen impacto sobre la futura gestación. Se recomiendan los siguientes temas de asesoramiento preconcepcional en las mujeres VIH positivas.
- Hepatitis B: el riesgo de transmisión perinatal es alto, principalmente en el momento del parto. Esta razón avala la importancia de que toda la población, y prioritariamente las mujeres en edad fértil, sean vacunadas contra la Hepatitis B, con 3 dosis de vacuna. Se debe identificar a las mujeres no vacunadas, en especial aquéllas con factores de riesgo, e inmunizarlas aún en el embarazo ya que el tipo de vacuna no lo contraindica.
- Rubéola: el ideal es determinar los anticuerpos en todas las mujeres y vacunar antes de embarazarse a aquéllas susceptibles. En caso de no poder realizar la determinación y no contar con certificado de vacuna, se aconseja vacunar y esperar 30 días para iniciar el embarazo. Por ello resulta relevante conocer la situación serológica de la mujer antes del embarazo, destacando así el valor del control preconcepcional.

- **Toxoplasmosis:** La importancia de conocer el estado serológico de la mujer frente a la Toxoplasmosis antes del embarazo es fundamental, y constituye una de las principales acciones en esta patología. Se debe solicitar dosaje de IgG por técnica de inmunofluorescencia o ELISA. Una prueba positiva indica inmunidad. Dicho resultado deberá registrarse en la Historia Clínica, informando a la paciente que no será necesario repetir esta prueba en sus futuros embarazos.
- **Sífilis:** como toda enfermedad de transmisión sexual, debe solicitársele la prueba de tamizaje (VDRL) a ella y al compañero sexual.
- **Infecciones bucodentales:** debe recomendarse realizar un control bucodental previo al embarazo. Si existieran caries u otros procesos infecciosos, debe aconsejarse resolverlos preferentemente antes del embarazo, aunque su resolución durante el mismo no está contraindicada.

Manejo de antecedentes importantes

Asimismo, hacen relevancia (El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2014) que es importante también, como cuidado previo a la concepción, el manejo de antecedentes que pudieran poner en peligro una gestación futura. Entre estos antecedentes se encuentran:

- **Familiares:** enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o hipotiroidismo, enfermedades hereditarias, cáncer, enfermedades congénitas, retardo mental, recién nacidos muertos (con malformaciones o no), ceguera, sordera, entre otras.

- Obstétricas: número de embarazos, duración de los embarazos, vía del parto, cesáreas previas, cirugías ginecológicas o generales previas, abortos, muertes fetales o neonatales, enfermedades congénitas, peso de los recién nacidos.
- Enfermedades crónicas propias: hipertensión, diabetes, tiroideopatías, enfermedades del tejido conectivo, renales, respiratorias o infecciones crónicas.
- Violencia: se deben pesquisar situaciones de violencia familiar, como factor de riesgo en esta etapa.

e. Atención preconcepcional

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja. Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo. (Ministerio de Salud, Perú, 2012)

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente. (Ministerio de Salud, Perú, 2012)

Incluye:

- Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas. Incluye educación para el autoexamen.
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Concepto

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) consideran a la atención preconcepcional como “un grupo de intervenciones dirigidas a identificar y modificar los factores de riesgo biomédicos, conductuales y sociales para la salud de una mujer o

los resultados del embarazo a través de la prevención y el tratamiento” (Johnson L, et al, Estados Unidos, 2006)

Objetivos

En este sentido, se han establecido los siguientes objetivos para la atención preconcepcional avanzada (Ministerio de Salud Colombia, 2014)

- Mejoramiento del conocimiento, actitudes y conductas de varones y mujeres con relación a la salud preconcepcional.
- Aseguramiento de que todas las mujeres en edad fértil reciban servicios de atención preconcepcional (lo que incluye detección del riesgo basada en evidencias, promoción de la salud e intervenciones) que permitan llegar al embarazo en un estado óptimo de salud.
- Reducir los riesgos indicados por un resultado adverso de un embarazo previo a través de intervenciones interconcepcionales para evitar o reducir los resultados adversos recurrentes.
- Disminución de las disparidades en los resultados adversos del embarazo.

Algunas investigaciones mencionan que el objetivo del cuidado previo a la concepción es reducir el riesgo de efectos adversos para la salud de la mujer, el feto o el recién nacido, optimizando la salud y el conocimiento de la mujer antes de planificar y concebir un embarazo. Es decir, la atención preconcepcional juega un papel clave en la preparación para un embarazo. (Saravolos S y Regan L, Reino unido, 2011)

Importancia de la atención preconcepcional

Aunque la mayoría de los embarazos resultan en buenos resultados maternos y fetales, algunos embarazos pueden tener efectos adversos para la salud de la mujer, el feto o el recién nacido. Aunque algunos de estos resultados no pueden ser prevenidos, la optimización de la salud y el conocimiento de la mujer deberían de planificar antes de concebir un embarazo, también conocido como cuidado previo a la concepción o cuidado pre-embarazo, puede eliminar o reducir el riesgo. (Thierry J, Estados Unidos, 2006)

Otros investigadores refieren que existen intervenciones biomédicas, conductuales y sociales que, cuando se administran antes de la concepción, abordan efectivamente muchos de estos problemas de salud, comportamientos problemáticos y factores de riesgo. No obstante, el paquete de intervenciones de atención preconcepcional realizadas en un entorno determinado dependerá de la epidemiología local, de las intervenciones que ya se están realizando y de los recursos existentes para realizar intervenciones adicionales. Aunque una serie de grupos de población podrían beneficiarse de la atención previa a la concepción, se necesitará una priorización basada en la necesidad y viabilidad. (Mason E, Chandra V, Balltag V, Christiansen C y Lassi Z, Pakistan, 2014)

El cuidado antes de la concepción ha sido reconocido como una de las primeras ventanas sensibles del desarrollo humano, y las intervenciones que se centran en este período tienen el potencial de afectar no sólo el embarazo, sino también los resultados a largo plazo. (Mumford S, Michels K, Salaria N, Valanzasca P, Belizán J, Estados Unidos, 2014)

f. Conocimiento sobre autocuidado preconcepcional

Según Sevilay T, Países Bajos, (2015), la falta de conocimiento sobre los factores de riesgo comunes de preconcepción parece ser uno de los factores críticos que obstaculizan la aplicación generalizada de atención preconcepcional.

Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa. Estas acciones deben estar incluidas en los programas de salud integral de la mujer, en especial para adolescentes. Una importante proporción de mujeres no acceden a esta opción por desinformación o por barreras para acceder al control de salud institucional. Su cobertura puede incrementarse en la medida en que se informe a la población y a los miembros del equipo de salud que está en contacto con las mujeres en edad fértil. (Schwarcz, Argentina, 2006)

Conocimiento sobre suplementación con ácido fólico

Los embarazos afectados con defectos del tubo neural se asocian principalmente a la deficiencia materna de ácido fólico. Según Sevilay T, et al (2015) en los países bajos, el conocimiento sobre la suplementación de ácido fólico preconcepcional es todavía demasiado bajo.

Rivera A, et al; Estados Unidos, (2016) menciona que aunque la mayoría las mujeres saben cuál es el mejor momento para comenzar la suplementación con ácido fólico, la mayoría comienza la ingesta una vez que descubren su embarazo; momento relacionado con el 70,5% de embarazos no planificados. La información recibida no es suficiente, ya que las mujeres no son del todo claras sobre los beneficios de la suplementación con ácido fólico, a pesar de su fuente de información.

En el estudio de Kim J, et al, Corea (2011) se halló que aunque el 85,4% sabía que el ácido fólico podía prevenir los defectos del tubo neural (NTD), los porcentajes de quienes sabían que el ácido fólico podía prevenir la anemia o ayudar al crecimiento del feto eran solo del 11.8% y 36.0%, respectivamente. En total, el 77.7% de las mujeres sabía que el momento adecuado para tomar ácido fólico es al menos 1 mes antes de la concepción. El setenta y dos por ciento de las mujeres sabían tanto sobre el papel preventivo de la NTD del ácido fólico como sobre el momento adecuado para tomarlo. Las principales fuentes de información sobre el ácido fólico fueron los profesionales de la salud (41,2%), amigos y familiares (31,2%) y los medios de comunicación (26,5%).

Conocimiento sobre efecto del consumo de alcohol y tabaco

Es desaconsejable el consumo excesivo de alcohol, durante la gestación debe evitarse en forma absoluta, en particular en el primer trimestre de la gestación por asociarse con malformaciones fetales. Dado que el daño de las células cerebrales fetales y la pérdida de células cerebrales fetales se han relacionado con un solo episodio de consumo de alcohol con menos de 2 bebidas alcohólicas, se recomienda a las mujeres embarazadas que no beban nada de alcohol (Lanik, Países Bajos, 2012).

Temel S, et al, Países Bajos, (2013) sostiene que en su investigación la mitad de la población de estudio no embarazada no eran conscientes del efecto adverso de fumar y sobrepeso en la fertilidad.

Conocimiento sobre cambios antes del embarazo

Según el conocimiento de las mujeres sobre qué se debe hacer antes del embarazo: el 100% de las mujeres mencionó el embarazo, las instituciones de salud (31,8%) y las pruebas de detección y el tratamiento de la enfermedad antes del embarazo fueron las más frecuentes, mientras que la vacunación (14.6%) y el uso de talleres familiares (11.8%) fueron los problemas menos frecuentemente enumerados. (Ayalew Y, Etiopia, 2017)

g. Servicio de Planificación Familiar

Consultorio que es parte de la unidad productora de servicios de consulta externa en un establecimiento de salud, y que provee atención relacionada a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, con énfasis en metodología anticonceptiva. (Ministerio de Salud, Perú, 2016)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio de tipo:

- Observacional: porque no se realizó ninguna manipulación deliberada de las variables de estudio.
- Es analítico, porque se empleó para probar una hipótesis.
- Es retrospectivo, porque se fue tomado en ese momento de la encuesta los conocimientos que tienen sobre el autocuidado preconcepcional.
- Es transversal, ya que solo se midió en una sola oportunidad todas las variables.

Diseño: con enfoque cuantitativo

3.2 Unidad de análisis

Mujer en edad fértil (de 15 a 49 años) atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, diciembre, 2017; que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Mujer en edad fértil atendida en el Servicio de Planificación Familiar que acepte firmar el consentimiento informado.
- Mujer en edad fértil con ausencia de patologías del tracto reproductivo.
- Mujer en edad fértil usuaria de algún método de anticoncepción.

Criterios de Exclusión:

- Gestantes que acuden al consultorio de planificación familiar a recibir orientación y consejería.
- Mujer en edad fértil que acuda por motivos de apoyo reproductivo o infertilidad.

3.3 Población de estudio

Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Conformada por 360 mujeres en edad fértil.

3.4 Tamaño de muestra

El tamaño de muestra según los reportes Estadísticos del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” del año 2016, se realizaron 5616 atenciones a mujeres en edad fértil en los Consultorios de Planificación familiar, que corresponde a un total de 468 atenciones mensuales. Se calculó el tamaño de muestra para poblaciones finitas con un nivel de confianza del 95%, una precisión de 5,0% y valores estándares para p y q.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

De la cual:

Tamaño de la población	N = 5616
Nivel de confianza	Z α = 1.96 (95%)
Proporción a favor	p = 0.5
Proporción en contra	q = 0.5
Error de precisión	d = 0.05

Reemplazando y calculando a partir de la fórmula previa, la muestra se conformó por 360 pacientes atendidas en el Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.

3.5 Selección de la muestra

Para la selección de la muestra el tipo de muestreo fue probabilístico, ya que todas las unidades informantes tuvieron la misma probabilidad de ser incluidas como parte del estudio. Asimismo, la técnica de muestreo que se utilizó fue sistemática.

3.6 Técnicas de recolección de datos

Técnicas de Recolección

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, pues se tomaron a las mujeres en edad fértil (MEF) como fuente primaria de información. Antes de iniciar con el levantamiento de la información se coordinó con el médico jefe de Planificación Familiar, jefatura de obstetricia y con la obstetra a cargo del Servicio de PPF del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, a quien se le mostró la copia de la autorización y ejecución aprobada por la Jefatura de Planificación familiar y la Dirección de Docencia Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación.

Posteriormente la investigadora inició la recolección de la información de lunes a sábado en los horarios de 8:00 a.m. a 12:00 pm y por las tardes de lunes a viernes en el horario de 2:00 pm – 6:00 pm. Se seleccionaron solo a las mujeres en edad fértil que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión detallados previamente. Luego se les solicitó que voluntariamente participen y firmen por escrito el consentimiento informado (Anexo 5). Una vez que aceptaron participar del estudio, se les entregó una copia del consentimiento informado y se procedió a efectuar las preguntas de la encuesta hasta culminarlas.

Instrumento

Contiene un total de 25 ítems con preguntas estructuradas y cerradas. A cada una de estas preguntas que conformaron cada dimensión, se le asignó dos opciones de respuesta: correcto e incorrecto. A cada respuesta correcta se calificó con un punto y cada respuesta incorrecta se calificó con cero puntos; asimismo, en una siguiente etapa, la sumatoria del puntaje total obtenido se categorizó haciendo uso de una escala de Stanones en los niveles: alto, medio y bajo nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro A. Distribución de puntajes del nivel de conocimientos sobre Autocuidado Preconcepcional según escala de Stanones.

Nivel de Conocimiento de Autocuidado Preconcepcional	Puntaje
Alto	25 – 15 puntos
Medio	14 – 8 puntos
Bajo	7 – 0 puntos

Fuente. Elaboración propia

Cuadro B. Distribución de puntajes del nivel de conocimientos según dimensiones

Dimensión	Nivel	Puntaje
Hábitos y estilos de vida	Alto	4 – 5 ptos
	Medio	2 – 3 ptos
	Bajo	0 – 1 ptos
Prevención de infecciones	Alto	3 – 8 ptos
	Medio	1 – 2 ptos
	Bajo	0 ptos
Manejo de antecedentes Familiares	Alto	4 – 5 ptos
	Medio	3 ptos
	Bajo	0 – 2 ptos
Antecedentes obstétricos	Alto	4 ptos
	Medio	2 - 3 ptos
	Bajo	0 – 1 ptos
Enfermedades crónicas de la mujer en edad Fértil	Alto	3 ptos
	Medio	2 ptos
	Bajo	0 – 1 ptos

Fuente. Elaboración propia.

Validación del instrumento

La validez del instrumento se determinó mediante la validez de contenido y para ello se llevó a cabo la determinación de la concordancia de respuesta entre jueces expertos. A partir de las valoraciones emitidas por los jueces se calculó el grado de concordancia mediante la prueba binomial. El formato para la validación mediante juicio de expertos es posible encontrarla en el anexo 2, anexo 3. (pág. 91-Pág .93)

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante una prueba piloto que consistió en la aplicación del instrumento al 10% de la muestra. A partir de este estudio piloto se calculó la confiabilidad del instrumento

mediante el cálculo del coeficiente Kuder Richardson (valor =0,744). Es posible encontrarla en el anexo 4. (pág. 94)

Plan de recolección de datos

En primer lugar, el proyecto de tesis se presentó a la oficina de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, desde la cual se emitió el documento de conformidad y aprobación a través de la Resolución Decanal para iniciar con los trámites para la ejecución y recolección de datos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Cumplidos con todos los requerimientos del plan de ejecución, se procedió a la selección de las pacientes que acudieron al Servicio de Consultorios Externos de Planificación Familiar del Hospital San Bartolomé que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Luego se procedió a recolectar y registrar la información en el instrumento previamente validado. (Anexo N°1).

La información fue recolectada por la propia investigadora para asegurar la veracidad de la información obtenida. Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a ingresar los datos obtenidos en el paquete estadístico para la tabulación, interpretación y presentación de tablas y gráficas que requiere el estudio.

3.7 Análisis e interpretación de la información

Software para el análisis: la información se ingresó a una base de datos. Elaborado en el programa estadístico SPSS versión 23 en español.

Análisis univariado: el análisis descriptivo o univariado de variables cuantitativas se determinó mediante las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión como la desviación estándar; mientras que, para las variables cualitativas, se determinó frecuencias absolutas y relativas.

Análisis bivariado: se empleó la prueba de Chi-cuadrado para determinar la existencia de factores asociados al nivel de conocimientos sobre cuidado preconcepcional, siendo considerado un p-valor menor a 0,05 como “significativo” y un p-valor menor a 0,001 como “muy significativo”.

Presentación de resultados: la presentación de los resultados obtenidos se realizó mediante tablas y gráficas que fueron elaboradas en el programa Microsoft Excel 2013 y Word 2013.

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis e interpretación

Así se pudo identificar en el cuadro 1 los factores socio- demográficos más relevantes, observando si influye la edad sobre el nivel de conocimientos del autocuidado preconcepcional, de igual manera determinando si los factores sociodemográficos están asociados con el lugar de procedencia. El menor nivel de escolaridad y el no acceder a la educación formal, juegan un rol importante en esta problemática.

En los siguientes cuadros se pudieron apreciar las frecuencias de los factores socio demográficos, obstétrico-reproductivos, nivel de conocimiento sobre autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.Obteniendo los siguientes resultados respecto a: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia por medio del instrumento aplicado.

Cuadro 1. Factores socio-demográficos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores Socio demográficos	Frecuencia	(%)
Edad		
15-19 años	30	8,3
20-34 años	250	69,5
35-49 años	80	22,2
Estado Civil		
Soltera	62	17,2
Casada	46	12,8
Conviviente	242	67,2
Separada	10	2,8
Grado de Instrucción		
Primaria completa	9	2,5
Primaria incompleta	9	2,5
Secundaria completa	116	32,2
Secundaria incompleta	37	10,3
Superior técnico completo	61	16,9
Superior técnico incompleto	53	14,7
Superior universitaria completo	31	8,6
Superior universitario incompleto	44	12,2
Procedencia		
Lima Este	39	10,8
Lima Norte	187	51,9
Lima Sur	66	18,3
Lima Centro	46	12,8
Callao	13	3,6
Otros departamentos	9	2,5

Fuente. Elaboración propia.

En el cuadro 1 se observó que el 69,5% de las mujeres que asistieron al servicio de planificación familiar tienen edades comprendidas entre 20 a 34 años, un 22,2% están entre 35 a 49 años, y solo un 8,3% tienen entre 15 a 19 años de edad. El 67,5% de ellas es conviviente, 16,9% soltera, 12,8% casada y solo un 2,8% separada. El 32,2 % tiene secundaria completa, un 17,2% superior técnico completo, un 14,7% superior técnico incompleto, el 12,2% superior universitario incompleto, un 10,3% secundaria incompleta, un 8,6% superior universitario completo, mientras que solo un 2,5% tiene primaria incompleta y un 2,25% primaria completa. Con respecto a la procedencia, el 51,9% vive en Lima norte, un 26,7 % en Lima centro, el 10,8% vive en Lima este, el 4,4% vive en Lima sur, el 3,6% en Callao y solo un 2,5% vive en otros departamentos del Perú, las cuales son pacientes que tienen hospitalizados a sus hijos y acuden al servicio de planificación familiar para solicitar atención.

Cuadro 2. Factores obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores obstétrico-reproductivos	Frecuencia	(%)
Gestación		
Primigesta	127	35,3
Segundigesta	114	31,6
Multigesta	119	33,1
Paridad		
Primípara	167	46,4
Secundípara	125	34,7
Múltipara	68	18,9
Antecedente de Aborto		
Si	135	37,5
No	225	62,5
Tipo de pareja		
Estable	294	81,7
No estable	66	18,3

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 2 se observó que el 35,3% fue primigesta, un 33,1% multigesta y un 31,1% segundigesta. El 46,4% fue primípara, el 34,7% secundípara y solo el 18,9% múltipara. Además, el 37,5% tuvo antecedente de aborto, mientras que el 62,5% no lo tuvo. Un 81,7% tiene una pareja estable comparado con el 18,3% que tiene una pareja no estable.

Cuadro 3. Nivel de conocimiento sobre autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Nivel de conocimiento sobre autocuidado preconcepcional	Frecuencia	(%)
Alto	100	27,8
Medio	209	58,3
Bajo	51	13,9

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro 3 se pudo observar que las mujeres en edad fértil que asistieron al consultorio de planificación familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé tienen un nivel de conocimiento sobre autocuidado preconcepcional medio en un 58,3%, seguido de un 27,8% que tienen un nivel de conocimiento alto en autocuidado preconcepcional y solo un 13,9% de ellas tiene un conocimiento bajo sobre autocuidado preconcepcional.

Cuadro 4. Nivel de conocimiento del Autocuidado Preconcepcional según cada dimensión en las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Nivel de conocimientos del Autocuidado preconcepcional por dimensiones		
	Frecuencia	(%)
Hábitos y estilos de vida		
Alto	184	51,1
Medio	102	28,3
Bajo	74	20,6
Prevención de infecciones		
Alto	108	30,0
Medio	163	45,3
Bajo	89	24,7
Manejo de antecedentes Familiares		
Alto	125	34,7
Medio	161	16,9
Bajo	174	48,4
Manejo de antecedentes obstétricos		
Alto	52	14,4
Medio	243	67,5
Bajo	65	18,1
Enfermedades crónicas de la Mujer en edad fértil		
Alto	162	45,0
Medio	151	41,9
Bajo	47	13,1

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 4 se observó que, según cada dimensión, existe predominantemente un nivel alto sobre conocimientos de autocuidado preconcepcional. En la dimensión de hábitos y estilos de vida, corresponde a un 51.1 %; lo que representa que más del 50% de encuestadas conoce que el consumo de tabaco, alcohol y drogas aumenta el riesgo de

complicaciones durante el embarazo. En la dimensión de prevención de infecciones que tiene el grupo de mujeres en edad fértil atendidas en consultorio de planificación, el valor de 45,3% corresponde a un nivel medio. Para la dimensión de manejo de antecedentes familiares se obtuvo un conocimiento bajo, que corresponde a un 48.3 %, de las encuestadas, las cuales desconocen que los antecedentes familiares como la diabetes, hipertensión y enfermedades congénitas pueden ser factores de riesgo para un futuro embarazo. Respecto a la dimensión de antecedentes obstétricos, se obtuvo un nivel medio con 67.5 %. Un 45% en la dimensión de las enfermedades crónicas de la mujer en edad fértil correspondió al nivel alto, en el que las encuestadas conocen que la hipertensión arterial, diabetes y el hipotiroidismo pueden conllevar a complicaciones en un futuro embarazo.

Cuadro 5. Dimensión del conocimiento de hábitos y estilos de vida, aciertos y desaciertos en de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Dimensión sobre conocimientos de hábitos y estilos de vida	Frecuencia	(%)
Existe un beneficio de realizar actividad física antes del embarazo		
Si	201	55,8
No	159	44,2
El estado nutricional aumenta el riesgo de una gestación		
Si	261	72,5
No	99	27,5
El consumo de tabaco se asocia a efectos adversos		
Si	243	67.5
No	117	32.5
El consumo de alcohol se asocia a efectos adversos		
Si	233	64.7
No	127	35.3
El consumo de drogas se asocia con efectos adversos		
Si	197	54.7
No	163	45.3

Fuente. Elaboración propia

En el cuadro 5 se observó que el 55.8% conoce que las actividades de ejercicio físico antes del embarazo fortalecen los músculos pélvicos, activan la circulación venosa y fortalecen el dorso lumbar, mientras que el 44,2% desconoce sobre esto. El 72,5% conoce que el estado nutricional de desnutrición y obesidad aumenta el riesgo en una gestación, mientras que el 27,5% desconoce sobre esto. El 64,7% conoce que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de placenta previa, aborto espontáneo, parto

premature, recién nacido con bajo peso y muerte perinatal, mientras que el 32,5% no conoce sobre esto. El 64,7% conoce que el consumo de alcohol se asocia a efectos adversos como muerte uterina, Retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso entre otros, mientras que el 35.3% no conoce sobre esto. El 54.7% conoce que el consumo de drogas se asocia con retardo del crecimiento intrauterino y muerte perinatal, mientras que el 45,3% desconoce sobre esto.

Cuadro 6. Dimensión del conocimiento sobre prevención de infecciones, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Conocimiento sobre prevención de infecciones	Frecuencia	(%)
Conoce sobre el tamizaje de VIH antes del embarazo		
Si	116	32.2
No	244	67.8
Conoce sobre el tamizaje de VDRL antes del embarazo		
Si	99	27.5
No	261	72.5
Conoce las complicaciones de Sífilis		
Si	74	20.6
No	286	79.4
Conoce que debe vacunarse contra la Rubeola		
Si	47	86.9
No	313	13.1
Conoce que debe vacunarse contra Hepatitis B		
Si	118	32.8
No	242	67.2
Conoce los riesgos de la Toxoplasmosis		
Si	59	16.4
No	301	83.6
Conoce que debe realizarse la prueba de Toxoplasmosis		
Si	5	1.4
No	355	98.6
Conoce que las infecciones dentales pueden provocar un parto prematuro y debe realizarse una evaluación odontológica		
Si	132	36.7
No	228	63.3

Fuente. Elaboración propia

En el cuadro 6 se pudo observar que el 32,2% conoce sobre el tamizaje de VIH antes del embarazo, mientras que el 67.8 % desconoce respecto al tamizaje de VIH antes del embarazo, sin embargo, El 27,5% conoce que debe realizarse el tamizaje de VDRL antes del embarazo, mientras el 79.4 desconoce que debe realizarlo antes. El 20,6% conoce complicaciones de la sífilis mientras que el 79,4% desconoce sobre ellas. El 86,9% conoce que debe vacunarse contra la rubeola y el 13,1% desconoce sobre esto. El 32,8% conoce que debe vacunarse contra la hepatitis B, mientras que el 67,2% desconoce de esto. El 16,4% conoce los riesgos de la toxoplasmosis, pero el 83,6% no los conoce. El 1,4% conoce que debe realizarse la prueba de la toxoplasmosis, mientras que el 98,6% desconoce sobre esto. Un 36,7% conoce que debe realizarse una evaluación odontológica antes del embarazo mientras que el 63,3% desconoce de ello.

Cuadro 7. Dimensión del conocimiento sobre antecedentes familiares, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Conocimiento sobre antecedentes familiares	Frecuencia	(%)
Conoce que el antecedente familiar de diabetes es un factor de riesgo para un futuro embarazo		
Si	279	77.5
No	81	22.5
Conoce que el antecedente familiar de hipertensión es un factor de riesgo para un futuro embarazo		
Si	250	69.4
No	110	30.6
Conoce que el antecedente de enfermedades tiroideas en familiares es un factor de riesgo para un futuro embarazo		
Si	130	36.1
No	230	63.9
Conoce que las enfermedades hereditarias son un factor de riesgo		
Si	147	40.8
No	213	59.2
Conoce que las enfermedades congénitas son un factor de riesgo		
Si	94	26.1
No	266	73.9

Fuente. Elaboración propia

En el cuadro 7 se pudo identificar que el 77,5% conoce que el antecedente de diabetes en la familia es un factor de riesgo para un próximo embarazo, mientras que el 22,5% no sabe de esto. El 69,4% conoce que el antecedente familiar de hipertensión constituye un factor de riesgo para un próximo embarazo. Un 36,1% conoce que el antecedente familiar de enfermedades tiroideas es un factor de riesgo para un próximo embarazo, mientras que el 63,9% no conoce sobre esto. El 40,8% conoce que las

enfermedades hereditarias son un factor de riesgo para un próximo embarazo, mientras que el 59,2% no conoce sobre esto. El 26,1% conoce que las enfermedades congénitas son un factor de riesgo para un próximo embarazo, mientras que el 73,9% no conoce sobre esto.

Cuadro 8. Dimensión del conocimiento sobre antecedentes obstétricos, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Conocimiento sobre antecedentes obstétricos	Frecuencia	(%)
Número y duración de gestaciones factor de riesgo		
Si	276	76.7
No	84	23.3
Cesárea previa factor de riesgo		
Si	275	76.4
No	85	23.6
Periodo intergenésico corto es un factor de riesgo		
Si	275	76.4
No	85	23.6
Cirugías Ginecológicas factor de riesgo		
Si	73	20.3
No	287	79.7

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 8 se observó que el 76,7% conoce que el número y la duración de las gestaciones puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo, mientras que el 23,3% desconoce sobre esto. El 76,4% conoce que el antecedente de cesárea puede ser un factor de riesgo para un próximo embarazo, mientras que el 23,6% no lo conoce. El 76,4% conoce que el periodo intergenésico corto es un factor de riesgo para un futuro embarazo, mientras que el 23,6% no conoce sobre esto. Además, el 20,3% conoce que las cirugías ginecológicas o generales pueden ser un factor de riesgo para un futuro embarazo, mientras que el 79,7% desconoce de esto.

Cuadro 9. Dimensión del conocimiento sobre enfermedades crónicas, aciertos y desaciertos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Conocimientos sobre enfermedades crónicas	Frecuencia	(%)
Diabetes, hipertensión, hipertiroidismo conlleva complicaciones en un futuro embarazo		
Si	319	88.6
No	41	11.4
Otras enfermedades: Tuberculosis, renales.		
Si	175	48.6
No	185	51.4
El cuidado pre concepcional incluye la planificación del embarazo		
Si	324	90.0
No	36	10.0

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 9 se pudo identificar que el 88,6% conoce que la hipertensión arterial, diabetes e hipertiroidismo pueden llevar a complicaciones en un futuro embarazo. El 48,6% conoce que otras enfermedades como renales y respiratorias pueden ocasionar complicaciones en un futuro embarazo, mientras que el 51,4% no conoce sobre esto. El 90% conoce que el cuidado preconcepcional incluye planificar un embarazo, mientras que el 10% no conoce sobre esto.

4.2 Prueba de hipótesis

Cuadro 10. Asociación entre el factor edad y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Edad	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	N	%	
15-19	8	16	15	7.1	7	7	0.662
20-34	34	68	152	72.4	64	64	0.553
34-49	8	16	43	20.5	29	29	0.324
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 10 se pudo apreciar que al asociar la edad con el nivel de conocimiento haciendo uso de la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson no hay significancia estadística entre estas variables y sus respectivas categorías.

Cuadro 11. Asociación entre el factor estado civil y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Estado Civil	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Soltera	6	12	40	19	15	15	0.439
Casada	1	2	19	9	26	26	0.001
Conviviente	42	84	145	69	56	56	0.532
Separada	1	2	6	2.9	3	3	0.905
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 11 se observó que al asociar la variable estado civil con nivel de conocimiento en autocuidado preconcepcional haciendo uso de la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson se halla los siguientes p valores: para la categoría conviviente ($p=0.532>0.05$): soltera ($p=0.439>0.05$), casada ($p=0.001<0.05$), separada ($p=0.905>0.05$) encontrándose asociación con la categoría casada.

Cuadro 12. Asociación entre el factor nivel de instrucción y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Nivel de instrucción	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Primaria completa	5	10	3	1.4	0	0	0.000
Primaria incompleta	2	4	5	2.4	2	2	0.743
Secundaria completa	18	36	77	36.7	21	21	0.674
Secundaria incompleta	16	32	17	8.1	4	4	0.021
Superior técnico completo	2	4	32	15.2	28	28	0.002
Superior técnico incompleto	4	8	34	16.2	15	15	0.040
Superior universitario completo	0	0	18	8.6	13	13	0.000
Superior universitario incompleto	3	6	24	11.4	17	17	0.017
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 12 se infiere que al asociar las variables nivel de instrucción y nivel de conocimiento en autocuidado preconcepcional utilizando la prueba chi-cuadrado de Pearson hallamos: en la categoría

primaria completa ($p=0.000<0.05$), primaria incompleta ($p=0.743>0.05$), secundaria completa ($p=0.674>0.05$), secundaria incompleta ($p=0.021<0.05$), superior técnico completo ($p=0.002<0.05$), superior técnico incompleto ($p=0.40<0.05$), superior universitario completo ($p=0.000<0.05$), superior universitario incompleto ($p=0.017<0.05$) no encontrándose asociación con los niveles de instrucción primaria incompleta, secundaria completa.

Cuadro 13. Asociación entre el factor procedencia y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Procedencia	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Lima Este	4	10.3	19	48.7	16	41.0	0.184
Lima Norte	39	20.9	80	42.8	68	36.4	0.773
Lima Sur	13	19.7	28	42.4	25	37.9	0.800
Lima Centro	12	26.1	13	28.3	21	45.7	0.759
Callao	0	0	7	53.8	6	46.2	0.031
Otros	3	33.3	2	22.2	4	44.4	0.883
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 13 se infiere que relacionando la procedencia y el nivel de conocimiento, utilizando la prueba de chi-cuadrado hallamos, los p valores siguientes: Lima Este ($p=0.184>0.05$), Lima Norte ($p=0.773>0.05$) Lima Sur ($p=0.800>0.05$), Lima Centro ($p=0.759>0.05$), Callao ($p=0.031<0.05$), otros ($p=0.883>0.05$). Encontrándose asociación con aquellas procedentes de Lima Callao.

Cuadro 14. Asociación entre el factor número de gestaciones y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Número de Gestaciones	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Primigesta	22	44	94	44.8	51	51	0.593
Segundigesta	16	32	74	35.2	35	35	0.644
Multigesta	12	24	42	20	14	14	0.110
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 14 se infiere que asociando el factor número de gestaciones y el nivel de conocimiento, utilizando la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson hallamos los valores siguientes: primigesta ($p=0.593 > 0.05$), segundigesta ($p=0.644 > 0.05$), multigesta ($p=0.110 > 0.05$) no encontrándose asociación significativa entre estos.

Cuadro 15. Asociación entre el factor paridad y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Paridad	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Primípara	21	42	68	32.4	38	38	0.834
Secundípara	11	22	67	31.9	36	36	0.752
Múltipara	18	36	75	35.7	26	26	0.015
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 15 se induce que asociando el factor paridad con el nivel de conocimiento, utilizando la prueba del chi- cuadrado de Pearson se obtuvo los siguientes valores p: primípara($p=0.834>0.05$), secundípara ($p=0.752>0.05$), múltipara ($p=0.015<0.05$); siendo este último significativo.

Cuadro 16. Asociación entre el factor antecedente de aborto y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Antecedente de aborto	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Si	19	38	80	38.1	36	36	0.575
No	31	62	130	61.9	64	64	0.657
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 16 se observó que no existe asociación estadísticamente significativa ya que la categoría presencia de

antecedente de aborto ($p=0,575 > 0,05$). Ambas variables no tienen asociación.

Cuadro 17. Asociación entre el factor tipo de relación y el nivel de conocimiento de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Tipo de relación	Nivel de conocimiento						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Estable	44	88	166	79	84	84	0.654
No estable	6	12	44	21	16	16	0,614
Total	50	100	210	100	100	100	

Fuente. Elaboración propia

Del cuadro 17 se observó que no existe asociación estadísticamente significativa, utilizando la prueba estadística del chi-cuadrado de Pearson se encontró los siguientes resultados: tipo de relación estable ($p=0.654 > 0.05$), el tipo de relación inestable ($p=0,614 > 0,05$).

Cuadro 18. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión hábitos y estilos de vida con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores sociodemográficos	Conocimientos hábitos y estilos de vida						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
15 – 19	10	33.3	6	20.0	14	46.7	0.239
20 - 34	46	18.4	73	29.2	131	52.4	0.573
35 -49	18	22.5	23	28,7	39	48.8	0.492
Estado Civil							
Soltera	14	18.9	15	14.7	32	17.4	0.797
Casada	7	9.5	12	11.8	27	14.7	0.182
Conviviente	52	70.3	71	69.6	120	65.2	0.324
Separada	1	1.4	4	3.9	5	2.7	0.560
Nivel instrucción							
Prim completa	5	6.8	2	2.0	1	0.5	0.033
Prim incompleta	4	5.4	3	2.9	2	1.1	0.214
Sec. completa	31	41.9	37	36.3	48	26.1	0.397
Sec. incompleta	11	14.9	15	14.7	11	6.0	0.330
Univ. completo	8	10.8	11	10.8	43	23.4	0.000
Univ. incompleto	6	8.1	19	18.6	28	15.2	0.016
Téc. completo	1	1.4	8	7.8	22	12.0	0.000
Téc. incompleto	8	10.8	7	6.9	29	15.8	0.025
Procedencia							
Lima Sur	8	10.8	12	11.8	19	10.3	0.011
Lima Este	44	59.5	50	49.0	92	50.0	0.885
Lima Centro	6	8.1	20	19.6	41	22.3	0.429
Lima Norte	13	17.6	13	12.7	20	10.9	0.571
Callao	1	1.4	4	3.9	8	4.3	0.120
Otros	2	2.7	3	2.9	4	2.2	0.883

Factores Obstétrico- reproductivos	Conocimientos hábitos y estilos de vida						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Nº de gestaciones							
Primigesta	26	35.1	27	26.5	74	40.2	0.437
Segundigesta	19	25.7	28	27.5	67	36.4	0.669
Multigesta	29	39.2	47	24.6	43	23.4	0.010
Paridad							
Primípara	32	43.2	38	37.3	97	52.7	0.618
Secundípara	22	29.7	39	38.2	64	34.8	0.561
Múltipara	20	27.0	25	24.5	23	12.5	0.004
Historia de aborto							
Si	32	43.2	43	42.2	60	32.6	0.072
No	42	56.8	59	57.8	124	67.4	0.447
Tipo de pareja							
Estable	58	78.4	82	80.4	153	83.2	0.412
Inestable	16	21.6	20	19.6	31	16.8	0.391

Fuente. Elaboración propia

Respecto a los factores sociodemográficos según el nivel de conocimientos, hábitos y estilos de vida, no hubo mayores diferencias significativas, excepto para la variable nivel de instrucción, excluyendo la categoría primaria incompleta ($p=0.214 > 0.05$), secundaria completa ($p=0.397 > 0.05$) y secundaria incompleta ($p=0.330 > 0.05$); significancia estadística con ser procedente de Lima Sur ($p=0.011 < 0.05$).

Respecto a los factores obstétricos reproductivos según el nivel de conocimientos, hábitos y estilos de vida; se presentó diferencia significativa en la variable multigesta ($p=0.010 < 0.05$), múltipara ($p=0.004 < 0.05$) solamente.

Cuadro 19. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión prevención de infecciones con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores sociodemográficos	Conocimientos prevención de infecciones						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
15 – 19	7	23.3	15	50.0	8	26.7	0.922
20 - 34	61	68.5	104	63.8	66	61.1	0.312
35 -49	3	3.4	8	4.9	8	7.4	0.558
Estado Civil							
Soltera	12	13.5	31	19.0	18	16.7	0.341
Casada	6	6.7	21	12.9	19	17.6	0.006
Conviviente	69	77.5	107	65.6	67	62.0	0.431
Separada	2	2.2	4	2.5	4	3.7	0.666
Nivel instrucción							
Prim completa	7	7.9	1	0.6	0	0.0	0.000
Prim incompleta	4	4.5	2	1.2	3	2.8	0.618
Sec. completa	23	25.8	65	39.9	28	25.9	0.565
Sec. incompleta	13	14.6	17	10.4	7	6.5	0.097
Univ. completo	10	11.2	31	19.0	21	19.4	0.091
Univ. incompleto	18	20.2	20	12.3	15	13.9	0.138
Téc. completo	6	6.7	10	6.1	15	13.9	0.143
Téc. incompleto	8	9.0	17	10.4	19	17.6	0.342
Procedencia							
Lima Sur	6	6.7	21	12.9	12	11.1	0.788
Lima Este	49	55.1	80	49.1	57	52.8	0.370
Lima Centro	14	15.7	31	19.0	22	20.4	0.571
Lima Norte	12	13.5	22	13.5	12	11.1	0.341
Callao	1	1.1	9	5.5	3	2.8	0.495
Otros	7	7.9	0	0.0	2	1.9	0.072

Factores Obstétrico- reproductivos	Conocimientos prevención de infecciones						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Nº de gestaciones							
Primigesta	33	37.1	53	32.5	41	38.0	0.234
Segundigesta	18	20.2	60	36.8	36	33.3	0.229
Multigesta	38	42.7	50	30.7	31	28.7	0.238
Paridad							
Primípara	36	40.4	72	44.2	59	54.6	0.213
Secundípara	33	37.1	59	36.2	33	30.6	0.126
Múltipara	20	22.5	32	19.6	16	14.8	0.085
Antecedente de aborto							
Si	36	40.4	54	33.1	45	41.7	0.772
No	53	59.6	109	66.9	63	58.3	0.564
Tipo de pareja							
Estable	77	86.5	127	77.9	89	82.4	0.593
Inestable	12	13.5	36	22.1	19	17.6	0.684

Fuente. Elaboración propia

Respecto a los factores sociodemográficos según el nivel de conocimientos, sobre prevención de infecciones se encontró significancia estadística con la variable estado civil casada ($p=0.006<0.05$) y nivel de instrucción primaria completa ($p=0.000 <0.05$).

Considerando a los factores obstétricos reproductivos según el nivel de conocimientos sobre prevención de infecciones no se encontró diferencia significativa con alguna variable.

Cuadro 20. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión manejo de antecedentes con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores Sociodemográficos	Conocimientos manejo de antecedentes						p
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
15 – 19	14	46.7	7	23.3	9	30.0	0.949
20 - 34	126	50.4	37	14.8	87	34.8	0.453
35 -49	34	42.5	16	20.0	30	37.5	0.537
Estado Civil							
Soltera	31	17.8	7	11.5	23	18.4	0.451
Casada	11	6.3	11	18.0	24	19.2	0.000
Conviviente	127	73	40	65.6	76	60.8	0.473
Separada	5	2.9	3	4.9	2	1.6	0.731
Nivel de instrucción							
Prim completa	6	3.4	0	0.0	2	1.6	0.475
Prim incompleta	5	2.9	1	1.6	3	2.4	0.710
Sec .completa	67	38.5	21	34.4	28	22.4	0.572
Sec incompleta	24	13.8	10	16.4	3	2.4	0.087
Univ completo	22	12.6	10	16.4	30	24.0	0.001
Univ. incompleto	23	13.2	8	13.1	22	17.6	0.006
Téc. completo	9	5.2	7	11.5	15	12.0	0.000
Téc. incompleto	18	10.3	4	6.6	22	17.6	0.019
Procedencia							
Lima Sur	18	10.3	7	11.5	14	11.2	0.626
Lima Este	96	55.2	31	50.8	59	47.2	0.541
Lima Centro	31	17.8	14	23.0	22	17.6	0.100
Lima Norte	19	10.9	7	11.5	20	16.0	0.324
Callao	5	2.9	2	3.3	6	4.8	0.267
Otros	5	2.9	0	0.0	4	3.2	0.793

Factores Obstétrico- reproductivos	Conocimientos manejo de antecedentes						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Nº de gestaciones							
Primigesta	58	33.3	21	34.4	48	38.4	0.743
Segundigesta	54	31.0	15	24.6	45	36.0	0.888
Multigesta	62	35.6	25	41.0	32	25.6	0.125
Paridad							
Primípara	71	40.8	29	47.5	67	53.6	0.657
Secundípara	62	35.6	22	36.1	41	32.8	0.180
Múltipara	41	23.6	10	16.4	17	13.6	0.016
Antecedente de aborto							
Si	64	36.8	22	36.1	49	39.2	0.718
No	110	63.2	39	63.9	76	60.8	0.234
Tipo de pareja							
Estable	138	79.3	53	86.9	102	81.6	0.331
Inestable	36	20.7	8	13.1	23	18.4	0.638

Fuente. Elaboración propia

Respecto a los factores sociodemográficos según la dimensión conocimiento y manejo de antecedentes se halló diferencia significativa entre el estado civil casada ($p=0.000 < 0.05$), nivel de instrucción universitario completo ($p=0.001 < 0.05$), universitario incompleto ($p=0.006 < 0.05$), técnico completo ($p=0.000 < 0.05$) y técnico incompleto ($p=0.019 < 0.05$).

Referente a los factores obstétrico-reproductivos según la dimensión conocimientos y manejo de antecedentes, se encontró diferencia significativa con la multiparidad ($p=0.016 < 0.05$).

Cuadro 21. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión manejo de antecedentes obstétricos con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores sociodemográficos	Conocimientos manejo de antecedentes obstétricos						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
15 – 19	10	33.3	16	53.3	4	13.3	0.215
20 - 34	43	17.2	174	69.6	33	13.2	0.432
35 -49	12	15.0	53	66.3	15	18.8	0.092
Estado Civil							
Soltera	8	12.3	44	18.1	9	17.3	0.203
Casada	4	6.2	35	14.4	7	13.5	0.099
Conviviente	51	78.5	156	64.2	36	69.2	0.554
Separada	2	3.1	8	3.3	0	0.0	0.326
Nivel de instrucción							
Prim. completa	5	7.7	3	1.2	0	0.0	0.025
Prim. incompleta	2	3.1	3	1.2	4	7.7	0.166
Sec. completa	24	36.9	82	33.7	10	19.2	0.231
Sec. incompleta	13	20.0	23	9.5	1	1.9	0.046
Univ. completo	8	12.3	46	18.9	8	15.4	0.000
Univ. incompleto	4	6.2	41	16.9	8	15.4	0.078
Téc. completo	1	1.5	20	8.2	10	19.2	0.138
Téc. incompleto	8	12.3	25	10.3	11	21.2	0.015
Procedencia							
Lima Sur	4	6.2	33	12.6	2	3.8	0.428
Lima Este	38	58.5	121	49.8	27	51.9	0.977
Lima Centro	12	18.5	41	16.9	14	26.9	0.908
Lima Norte	7	10.8	34	14.0	5	9.6	0.873
Callao	1	1.5	10	4.1	2	3.8	0.335
Otros	3	4.6	4	1.6	2	3.8	0.820

Factores Obstétrico- reproductivos	Conocimientos manejo de antecedentes obstétricos						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	N	%	
Nº de gestaciones							
Primigesta	24	36.9	81	33.3	22	42.3	0.375
Segundigesta	12	18.5	86	35.4	16	30.8	0.473
Multigesta	29	44.6	76	31.3	14	26.9	0.147
Paridad							
Primípara	28	43.1	114	46.9	25	48.1	0.492
Secundípara	17	26.2	88	36.2	20	38.5	0.521
Múltipara	20	30.8	41	16.9	7	13.5	0.046
Antecedente de aborto							
Si	27	41.5	91	37.4	17	32.7	0.328
No	38	58.5	152	62.6	35	67.3	0.396
Tipo de pareja							
Estable	56	86.2	194	79.8	43	82.7	0.431
Inestable	9	13.8	49	20.2	9	17.3	0.541

Fuente. Elaboración propia

Respecto a los factores sociodemográficos según la dimensión conocimientos manejo de antecedentes obstétricos, se halló diferencia significativa con el nivel de instrucción primaria completa ($p=0.025<0.05$), secundario incompleto ($p=0.046<0.05$), universitario completo ($p=0.000<0.05$) y técnico incompleto ($p=0.015<0.05$).

Mencionando a los factores obstétrico-reproductivos con esta dimensión se halla diferencia estadística solamente con la variable múltipara ($p=0.046<0.05$).

Cuadro 22. Asociación entre el nivel de conocimientos según la dimensión enfermedades crónicas con los factores sociodemográficos y obstétrico-reproductivos de las mujeres en edad fértil del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2017.

Factores sociodemográficos	Conocimientos sobre enfermedades crónicas						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
15 – 19	7	23.3	12	40.0	11	36.7	0.191
20 - 34	33	13.2	101	40.4	116	46.4	0.231
35 -49	7	8.8	38	47.5	35	43.8	0.179
Estado Civil							
Soltera	10	21.3	16	10.6	35	21.6	0.136
Casada	0	0.0	23	15.2	23	14.2	0.006
Conviviente	37	78.7	104	68.9	102	63.0	0.532
Separada	0	0.0	8	5.3	2	1.2	0.636
Nivel de instrucción							
Prim. completa	3	6.4	2	1.3	3	1.9	0.671
Prim. incompleta	1	2.1	6	4.0	2	1.2	0.523
Sec. completa	15	31.9	58	38.4	43	26.5	0.432
Sec. incompleta	11	23.4	16	10.6	10	6.2	0.063
Univ. completo	5	10.6	26	17.2	31	19.1	0.036
Univ. incompleto	5	10.6	24	15.9	24	14.8	0.002
Téc. completo	3	6.4	9	6.0	19	11.7	0.097
Téc. incompleto	4	8.5	10	6.6	30	18.5	0.276
Procedencia							
Lima Sur	3	6.4	20	13.2	16	9.9	0.060
Lima Este	25	53.2	67	44.4	94	58.0	0.714
Lima Centro	11	23.4	32	21.2	24	14.8	0.144
Lima Norte	5	10.6	26	17.2	15	9.3	0.221
Callao	0	0.0	6	4.0	7	4.3	0.255
Otros	3	6.4	0	0.0	6	3.7	0.899

Factores Obstétrico- reproductivos	Conocimientos sobre enfermedades crónicas						p valor
	Bajo		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Nº de gestaciones							
Primigesta	21	44.7	44	29.1	62	38.3	0.574
Segundigesta	9	19.1	55	36.4	50	30.9	0.676
Multigesta	17	36.2	52	34.4	50	30.9	0.620
Paridad							
Primípara	25	53.2	66	43.7	76	46.9	0.623
Secundípara	10	21.3	60	39.7	55	34.0	0.488
Múltipara	12	25.5	25	16.6	31	19.1	0.807
Antecedente de aborto							
Si	18	38.3	61	40.4	56	34.6	0.420
No	29	61.7	90	59.6	106	65.4	0.564
Tipo de pareja							
Estable	37	78.7	128	84.8	128	79.0	0.567
Inestable	10	21.3	23	15.2	34	21.0	0.580

Fuente. Elaboración propia

Respecto a los factores sociodemográficos según la dimensión conocimientos sobre enfermedades crónicas, se halló diferencia significativa con estado civil casada ($p=0.006<0.05$), nivel de instrucción universitario completo ($p=0.036<0.05$) y universitario incompleto ($p=0.002<0.05$).

Haciendo mención a los factores obstétrico-reproductivos según esta dimensión, no se halló diferencia estadística con alguna variable.

4.2 Discusión de resultados

En el estudio, haciendo referencia a la descripción de los factores sociodemográficos, la mayoría de mujeres tuvo entre 20 y 34 años de edad, con estado civil conviviente, con instrucción secundaria completa y procedente de Lima Norte. En un estudio similar, Cáceres A, et al, Ecuador (2017), más de la mitad tuvo edades comprendidas entre 25 y 34 años, mestizas, casadas, poseían bachillerato. Este estudio se llevó a cabo en Ecuador y llama la atención la diferencia en el grado de instrucción comparado con nuestro estudio, ya que se evidencia una mayor preparación de estas mujeres, siendo incluso la comparación entre países sudamericanos. Otro estudio similar es el de Conrod D, et al, México (2009) quien reportó que el 45% de su muestra tuvo de 26 a 35 años de edad y el 40% culminó secundaria, nivel de instrucción similar al estudio realizado. Mencionando el estudio de Carvajal S, et al, Colombia (2014), en su muestra la mayoría cursaba con 21 a 24 años de edad y estado civil soltero; esto se puede explicar claramente por las diferencias de los grupos etarios en estudio que aún en su mayoría no contrajeron matrimonio. Además, según Frey et al, Estados Unidos (2006) en su estudio el rango de edad que predominó fue de 36 a 45 años, a diferencia con el estudio que se realizó ya que esto resalta el riesgo reproductivo en la muestra del estudio en mención; la muestra predominantemente tuvo educación universitaria, mientras que solo un bajo porcentaje tuvo secundaria completa. Asimismo, se diferencia de la muestra del estudio

realizado referente al nivel de instrucción con amplia diferencia en la preparación educativa.

En cuanto a la evaluación de los factores obstétricos reproductivos, en el estudio el mayor porcentaje fue primigesta además de primípara con historia de aborto y tuvo una pareja estable en el momento de la encuesta; datos comparables con el estudio de Alvino J, 2015, Lima, quien observó en el servicio de planificación familiar, así como se hizo en este estudio, pero en el Instituto Materno Perinatal de Lima que la mayoría eran multíparas y con antecedente de aborto. Llama la atención la predominancia del antecedente de aborto, poniendo en duda si la planificación familiar de estas mujeres fue adecuada o un deseo de gestación culminado por algunos factores reproductivos y/o sociales. El estudio de Carvajal S, et al, Colombia (2014) reporta datos diferentes a los nuestros. Cabe resaltar que el estudio realizado abarcó las edades desde 15 a 49 años, mientras que el estudio en comparación lo hizo en estudiantes universitarios, razón por la cual se pueden explicar las diferencias.

Con respecto a los conocimientos, en la presente investigación un gran porcentaje conoce que las enfermedades previas al embarazo son factores de riesgo para un próximo embarazo, la tercera parte conoce que debe realizarse la prueba de VIH antes del embarazo, mientras que cerca del tercio de la muestra conoce que debe realizarse la prueba de sífilis antes del embarazo, un tercio de ellas conoce que debe realizarse la prueba de hepatitis B. Estos resultados tienen una marcada diferencia con el estudio de Carvajal S, et al, Colombia (2014), quienes desarrollaron su estudio en estudiantes jóvenes de quienes un bajo número conoce que las enfermedades previas al embarazo constituyen un factor de riesgo para un próximo embarazo además del consumo de micronutrientes. Alrededor de la quinta parte conoce que debe realizarse el examen de VIH previo al embarazo y conoce que debe realizarse el examen de sífilis previo al

embarazo y además que debe realizarse la prueba de hepatitis B antes del embarazo. De esto se resalta un conocimiento mayor en nuestra población ya que dentro de la muestra existen mujeres que ya tienen hijos y por lo tanto han recibido atención prenatal y consejería durante estos, razón que podría aumentar dicho conocimiento sobre el tema. Por otro lado, la población del estudio mencionado en su minoría eran madres, por tanto, nunca han tenido atenciones prenatales y/o asesorías sobre la gestación, razón por la cual se evidenciaría un menor conocimiento. Esto no debiera importar si la promoción del autocuidado preconcepcional llegase a las distintas etapas de vida, considerándose escuelas y universidades, así como estadios en donde se pudieran encontrar mujeres en edad fértil para educarlas sobre el cuidado preconcepcional. Tomando dicha estrategia se podría evaluar el impacto en la mortalidad materna perinatal basada en la educación de autocuidado preconcepcional y su importancia.

Sobre los hábitos y estilos de vida, en el estudio realizado poco más de la mitad conoce que realizar actividad física antes del embarazo trae beneficios para el mismo, cifra que se halla en la media pero que debería ser mayor, ya que la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres de todas las edades como menciona Marie N, et al, (2014) aumenta la morbilidad y mortalidad, siendo la actividad física una estrategia para disminuir esto y mejorar la salud de las mujeres de nuestro país. Además, cerca de dos tercios conocen que el consumo de tabaco es un factor de riesgo y conoce que el consumo de alcohol se asocia a efectos adversos; y poco más de la mitad conoce que el consumo de drogas se asocia a efectos adversos. Estos datos se comparan con el estudio de Frey K, et al, Estados unidos, (2006) donde casi la totalidad de la muestra conoce que el consumo de alcohol, tabaco y drogas antes del embarazo constituye un factor de riesgo. La muestra es similar en ambos estudios, pero resalta el mayor conocimiento en el estudio de Frey. Mientras tanto, en el estudio de Conrod D, et al, México (2009), casi la totalidad considera

que una mujer que desea quedar embarazada no debe consumir drogas ni alcohol ya que constituyen factores de riesgo para la gestación. Dicho estudio fue realizado en México. Además, en el estudio de Harellick L, et al, (2011), se halló que un gran porcentaje conoce que el uso de alcohol y tabaco traería efectos adversos para un embarazo. Este estudio fue realizado en los EE.UU. Los hallazgos obtenidos causan preocupación debido a que la falta de estos conocimientos sobre la ingesta de sustancias tóxicas se relacionan con resultados adversos en la gestación como el bajo peso al nacer y parto prematuro, como menciona Patra et al (2011). De esta forma, se debe considerar que el periodo preconcepcional es un momento importante que representa una oportunidad para la instalación de estilos de vida saludables para la mejora de la salud materna, por lo cual se evidencia la necesidad de intervenciones que incrementen el conocimiento de nuestras mujeres en edad fértil y mayores esfuerzos para disminuir los riesgos de nuestra población.

Con respecto al conocimiento sobre prevención de infecciones, en el estudio realizado gran parte no conoce que debe realizarse el tamizaje de VIH y sífilis antes del embarazo, y de esto cerca de la cuarta parte no conoce las complicaciones de la sífilis; sin embargo, la mayoría conoce que debe vacunarse contra la rubeola, pero no conoce que debe vacunarse contra la hepatitis B y no conoce los riesgos de la toxoplasmosis. Frey K et al (2006), en su mayoría conoce que las enfermedades infecciosas son un factor de riesgo, por otra parte, en el estudio de Conrod D, México, (2009) cerca del total conoce que debe realizarse la prueba de enfermedades infecciosas antes de quedar embarazada. Además, su muestra tuvo un nivel medio de conocimientos de los efectos de la arena para gatos. Según Harellick L, et al, Estados Unidos (2011) un gran porcentaje conoce que las inmunizaciones traen buenos efectos para el embarazo.

Johnston L, et al, Estados Unidos (2010) menciona que el asesoramiento y la prueba de VIH ofrecen una vía para la educación y la promoción del cambio de comportamiento, lo cual sería de especial importancia en las mujeres en edad fértil si se incluyera en los servicios de planificación familiar la consejería y prueba rápida de VIH y resultaría en una reducción de los comportamientos de riesgo.

Sobre los antecedentes de importancia, en el estudio que se realizó se pudo resaltar que mayormente se conoce que el antecedente de diabetes e hipertensión en la familia es un factor de riesgo para un próximo embarazo; un tercio conoce que el antecedente familiar de enfermedades tiroideas es un factor de riesgo para un próximo embarazo, cerca de la mitad conoce que las enfermedades hereditarias son un factor de riesgo para un próximo embarazo. La quinta parte conoce que las enfermedades congénitas son un factor de riesgo para un próximo embarazo, datos relacionados con el estudio de Frey K, et al, Estados Unidos, (2006), en el que en la mayoría conoce que la historia familiar tiene un impacto en el embarazo a futuro.

Del punto de conocimiento sobre la planificación del embarazo, en el estudio ejecutado casi la totalidad de las mujeres en edad fértil conocen que deben planificar su embarazo, mientras que la minoría no conoce sobre esto. Dato diferente al del estudio de Nelson A, et al, Estados Unidos, (2016), en el cual se encontró que solo la cuarta parte de la muestra mencionó que cualquier preparación médica era necesaria antes de una gestación. Asimismo, Conrod D, et al, México (2009), indica que casi en su totalidad considera que la planificación del embarazo trae beneficios para el mismo. Si bien es cierto que nuestras mujeres conocen que deben planificar su embarazo, aun así, no ponen en práctica dicho conocimiento, la variable práctica no se tomó en cuenta en el estudio ejecutado, pero puede formar parte de otros como pregunta de investigación para verificar o no la relación entre nivel de conocimientos y

prácticas sobre autocuidado preconcepcional. Según Lorraine, Ecuador (2006), la atención preconcepcional es más probable si se planifican los embarazos, y los servicios de planificación familiar fomentan la planificación del embarazo. Esto se debe a que, los servicios de planificación familiar generalmente incluyen asesoramiento, y el asesoramiento brinda la oportunidad de analizar las ventajas de la atención previa a la concepción. Sin embargo, el potencial de los servicios de planificación familiar para promover la atención previa a la concepción está limitado por la subutilización de estos servicios y la atención inadecuada a la atención previa a la concepción durante las visitas de planificación familiar, punto que debe reforzarse para mejorar la atención preconcepcional y de esta manera el nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional.

Entre los factores asociados, la edad no tuvo una relación significativa, dato diferente al estudio de Cáceres A, et al, Ecuador (2017), en donde la edad fue la condición socioeconómica que más influyó en el bajo conocimiento sobre riesgo preconcepcional. Se menciona que las muestras tuvieron rangos de edades predominantes similares, es decir sin riesgo obstétrico. Haciendo mención al nivel de conocimiento en la adolescencia, en el estudio realizado los adolescentes tienen un bajo nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional, dato similar a Nacimiento et al (2015), quien indica que en la etapa de la adolescencia poco o nada se conoce sobre preconcepción siendo aquí donde más se debe hacer hincapié en estos temas para evitar embarazos no deseados en la adolescencia y mostrar un impacto en la mortalidad materna y perinatal tan alta en este grupo poblacional.

El estado civil mostró asociación positiva al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional, en el mismo estudio de Cáceres A, et al, Ecuador (2017) el estado civil influyó en el conocimiento sobre factores de riesgo, en el estudio realizado el factor sociodemográfico: nivel de

instrucción mostró asociación positiva al nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional. Similar a Wickremasinghe, et al, Inglaterra (2003), quienes demostraron una correlación positiva con el nivel de educación de la mujer y el nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional. En este punto se debe incluir muchos aspectos como la lucha contra la desigualdad de género que se hace notar en las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016) en donde la población de mujeres con al menos educación secundaria es 63,3% vs el 74,1% de hombres, la prevención del embarazo adolescente, la planificación familiar para adolescentes, entre otros; que deberán estar centrados en que las mujeres aumenten su nivel de instrucción, de esta manera se tendrá mujeres mejor preparadas tanto para lo laboral como para la maternidad.

El factor sociodemográfico lugar de residencia no puede ser discutido ya que no se encontraron referencias sobre este punto. Además, ningún factor gineco-obstétrico mostró asociación positiva con el nivel de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional.

En el estudio se halló que las mujeres en edad fértil tienen un nivel medio de conocimiento sobre preconcepción predominantemente, seguido de un nivel alto y luego bajo; lo cual está asociado al grado de instrucción de nuestras mujeres que en este caso en su mayoría solo tienen secundaria completa, situación que podría cambiarse si las mujeres decidieran elevar sus conocimientos académicos obteniendo mejores grados de instrucción, venciendo las brechas existentes para ello; esto es diferente al estudio realizado por Kasim R, et al, Malasia (2016) quienes reportaron que en el poco más de la mitad tiene buen conocimiento de preconcepción, siendo su ámbito de estudio el país de Malasia, en donde la tasa de mortalidad materna es 40/100 000 nv, comparado con nuestra tasa de 68/100 000 nacidos vivos, pudiera deberse esta diferencia al mejor conocimiento sobre autocuidado preconcepcional de las mujeres de

Malasya. En el ámbito nacional existe un estudio similar como Rodenas A, (2016) quien halló un predominio de un nivel medio de conocimientos, seguido de un bajo nivel y un alto nivel, siendo las muestras de estudio similares, pero diferente el lugar de aplicación del estudio. Lo cual motivaría a realizar estudios similares para identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado preconcepcional en varias zonas del país y tener una noción general de los conocimientos de las mujeres en edad fértil de nuestro país.

En el estudio se halló un nivel medio de conocimiento, se desconoce de dónde se obtuvo este conocimiento pudiendo ser de profesionales de salud, de internet, de familiares u otros medios, por lo cual dejaría una pregunta para una próxima investigación; Poels M, et al, Holanda (2017) en su estudio reporta que la recopilación de la información previa a la concepción está asociada con cambios positivos en los estilos de vida durante el periodo de preconcepción y muestra su beneficio.

De todo esto notamos que nuestras mujeres aun no tienen el suficiente conocimiento sobre el cuidado preconcepcional, evidenciándose esto en diversos estudios y mencionando también distintas poblaciones y etapas de vida, por lo cual aún el estudio de este tema de atención preconcepcional deja varios vacíos de investigación que deberán llenarse con el paso del tiempo, sobre todo porque representa una gran estrategia para la reducción de la morbilidad materna y perinatal.

Queda en evidencia el amplio trabajo que demanda nuestra población para mejorar sus conocimientos sobre el autocuidado preconcepcional. Asimismo, el estudio realizado deja varias preguntas de investigación que en un futuro podrán ser respondidas por diversas investigaciones que esperamos sean nacionales, para poder reconocer las posibles mejoras para la salud sexual y reproductiva del país.

CONCLUSIONES

1. Se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el factor sociodemográfico de estado civil: casada y el nivel de conocimientos en autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil del servicio de planificación familiar.
2. Se encontró asociación entre el factor procedencia y el nivel de conocimiento de las mujeres procedentes de Lima-Callao.
3. Al relacionar el factor sociodemográfico grado de instrucción y nivel de conocimientos en autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil se encontró que existe relación significativa con casi todos los niveles de instrucción excepto con primaria incompleta y con secundaria completa.
4. Se encontró un nivel medio de conocimientos sobre autocuidado preconcepcional en las mujeres en edad fértil que acuden al servicio de planificación familiar del Hospital Nacional Docente madre Niño San Bartolomé.
5. Se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre el factor obstétrico-reproductivo (multiparidad) y el nivel de conocimientos en autocuidado preconcepcional de las mujeres en edad fértil del servicio de planificación familiar.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda identificar a aquellas mujeres en edad fértil solteras, convivientes, separadas que acuden al servicio de planificación familiar para sensibilizarlas sobre la importancia del autocuidado preconcepcional.
2. Se recomienda prestar especial atención a las pacientes que acuden al consultorio de planificación familiar con bajo grado de instrucción: primaria incompleta; así poder mejorar su conocimiento sobre el autocuidado preconcepcional.
3. Se recomienda por parte del Ministerio de Salud que implemente la aplicación de la Guía técnica de atención preconcepcional en los servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud.
4. Elaborar estudios similares en otros hospitales sobre el tema para tener una perspectiva más general sobre los conocimientos de autocuidado preconcepcional en el Perú.
5. Promover en el personal de salud encargado de la salud sexual y reproductiva y en las mujeres en edad fértil que acuden al servicio de planificación familiar la importancia del autocuidado preconcepcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, F. (2013). Factores sociodemográficos maternos que influyen en la práctica de estimulación temprana y desarrollo psicomotor en niños lactantes centro de salud José Carlos Mariátegui. (Tesis de pregrado). Escuela de enfermería de padre Luis Tezaa, Lima.
- Alvino, J. (2015). Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima
- Ayalew, Y., Mulat, A., Dile, M. y Simegn, A. (2017) El conocimiento de las mujeres y los factores asociados en la atención preconcepcional en Adet, oeste de Gojjam, noroeste de Etiopía: un estudio transversal basado en la comunidad. *Reprod Health* ,14, 15.
- Cáceres, A., García, R., y San Juan, M. (2017). Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. *MediSur*,15(6),807-818.
- Carvajal, S., Hernández, M, & Zavala E. (2014). Conocimientos y Prácticas en cuidado preconcepcional de los estudiantes de la corporación Universitaria Adventista de Colombia año 2013. (Tesis de pregrado). Corporación Adventista Universitaria de Colombia, Medellín.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva: World Health Organization. Recuperado https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78067/9789241505000_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Coonrod, D., Bruce, NC., y Malcolm, TD. (2009). Conocimientos y actitudes con respecto a la atención previa a la concepción en una población de mexicoamericanos predominantemente de bajos ingresos. *Am J Obstet Gynecol*, 200, 686.e1-686.e7.

Frey, K., y Julia, A. (2006). Atención médica previa a la concepción: lo que las mujeres saben y creen. *Matern Niño J Salud*, 10(Suppl1),73-77.

Gómez, E. (2016). Factores asociados al término de las sesiones educativas de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de febrero a marzo del 2016. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Harellick, L., Viola, D., y Tahara, D. (2011). La salud preconcepcional de las mujeres de bajo estatus socioeconómico: evaluación de conocimientos y comportamientos. *Women's Health Issues*, 21(4), 272-276.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Indicadores de género. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>

Johnson, K., Posner, S., Biermann, J., Cordero, J., Atrash, H., et al. (2006). CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception

Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep. 55, 23.

Johnston, L., O'Bra, H., Chopra, M., Mathews, C., Townsend, L., Sabin, K., y otros. (2010). Las asociaciones de asesoramiento voluntario y aceptación de pruebas y la probabilidad percibida de ser infectados por el VIH entre hombres con múltiples parejas sexuales en un municipio sudafricano. *Comportamiento del sida*, 14, 922–31.

Kasim, R., Draman, N., AbdulKadir, A., y Muhamad, R. (2016). Knowledge, attitudes and practice of preconception care among women attending Maternal Health Clinic in Kelantan. *Education in Medicine Journal*, 8(4), 57–68.

Kim, J. et al (2017). Uso preconcepcional del ácido fólico y conocimiento sobre el ácido fólico en mujeres embarazadas de bajos ingresos en Corea. *Nutr Res Pract* , 11 (3), 240–246.

Lassi, Z., Dean, S., Mallick, D., y Bhutta, Z. (2014). Preconception care: delivery strategies and packages for care. *ReprodHealth*, 11(3), S7.

Marie, Ng., Fleming, T., Robinson, M., Graetz, N., Mullany, EC., et al. (2014). Prevalencia mundial, regional y nacional del sobrepeso y la obesidad en niños y adultos durante 1980-2013: un análisis sistemático para el Estudio de la carga mundial de la enfermedad 2013. *Lancet*, 384(9945), 766–781.

Mason, E., Chandra, V., Balltag, V., Christiansen, C., Lassi, Z. et al. (2014). Preconception care: advancing from 'important to do and can be done to 'is being done and is making a difference. *ReprodHealth*, 11(3), 58.

Ministerio de Salud. (2017). Norma técnica de Planificación Familiar. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

Ministerio de Salud. (2012). Norma técnica de salud: atención integral de salud materna. Recuperado de

ftp://ftp.minsa.gob.pe/sismed/ftp_carga/KIT_PROGRAMAS_PRESUPUESTALES/PP_PROPORCIONADOS_POR_OGPPM/Revisi%F3n%20PF%20de%20PP%202018/Normatividad%20de%20las%20intervenciones%20sanitarias%20Minsa-DGIESP%2010-08-18/NORMAS%20DESARE/NT%20Salud%20Materna%20precisada%20por%20RM%20159%202014.doc

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Protocolo de atención preconcepcional. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>

Moura, E., Evangelisa, D., y De Castro, A. (2012). El conocimiento de las mujeres con diabetes mellitus respecto a la atención previa a la concepción y los riesgos materno-fetales. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (1) ,22-29.

Mumford, S., Michels, K., Salaria, N., Valanzasca, P. y Belizán, J. (2014). Preconception care: it's never too early. *Reprod Health*,11, 73.

Nacimiento, N., Vilela, A., Fujimori, E., Tsunehiro, M., Do Nacimiento, Ch., y Alves, O. (2015). Atención preconcepcional: conocimientos y prácticas de adolescentes. *J Nurs UFPE*, 9(5), 7895-901.

Nelson, A., Shabaik, S., Xandre, P., y Awaida, J. (2016). Planificación de la vida reproductiva y atención previa a la concepción2015: actitudes de los pacientes de planificación familiar que hablan inglés. *J Womens Health (Larchmt)*, 25 (8), 832-839.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud Reproductiva. Recuperado de: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.

- Paico, C. (2015). Factores asociados al nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de dengue en médicos de la región Lambayeque. (Tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres, Lima.
- Patra, J., et al (2011) Relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol antes y durante el embarazo y los riesgos de bajo peso al nacer, parto prematuro y pequeño para la edad gestacional (SGA): a Revisión sistemática y metaanálisis. *BJOG*, 118 (12) ,1411-1421.
- Poels, M., Van, H., Franx, A., y Koster, M. (2017). La preparación activa para el embarazo se asocia con un estilo de vida más saludable de las mujeres durante el período de preconcepción. *Elsiever*, 50(7), 228-234.
- Posner, S., Johnson, K., Parker, C., Atrash, H., y Biermann, J. (2006). The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. *Matern Child Health J*, 10(1), 199–207.
- Rodenas, A. (2016). Nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres en edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra. Junio-Julio del 2016. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M., y Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1) ,161-164.
- Rodriguez, B. (2009) Sexualidad y valores. *Rev Med Electrón*, 31(2) ,1-7.
- Rojas, J. (2017). Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales.2016. (Tesis de Especialidad). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

- Saravelos, S., y Regan, L. (2011). The importance of preconception counseling and early pregnancy monitoring. *Semin Reprod Med*, 29(6), 557-68.
- Sevilay, T, et al (2015). Conocimiento sobre la suplementación preconcepcional con ácido fólico y la intención de buscar atención preconcepcional entre hombres y mujeres en una ciudad urbana: un estudio transversal basado en la población. *BMC Embarazo Parto*,15,340.
- Schwarcz, R. (2006) Diverges CA, Gonzalo DA, Fescina RH. *Obstetricia SchwarczSalaDuverges*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Temel, S. et al. (2013). Determinantes de la intención del uso de la atención preconcepcional: lecciones de una población urbana multiétnica en los Países Bajos. *Int J Salud Pública*, 58 (2), 295–304.
- Thierry, J. (2006). The importance of preconception care for women with disabilities. *Matern Child Health*, 10(1), 175-176.
- Wickremasinghe, V., Prageeth, P., Pulleperuma, S., y Pushpakumara, S. (2003). Cuidado preconcepcional de mujeres en la visita de reserva en el Hospital de Maternidad De Soysa y el Hospital de Castle Street para mujeres. *Ceylon Med J*, 48(3) ,77-79.
- Yauri, Y. (2015). Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el hospital Nacional Madre-Niño “San Bartolomé” durante el año 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

ANEXOS

ANEXO N° 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS ENCUESTA

N° de ENCUESTA _____ Fecha _____

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar los conocimientos y las prácticas preconcepcionales en las mujeres en edad fértil que acuden al consultorio de Planificación Familiar. Marque con una X la casilla que mejor describa su comportamiento.

I. Factores Sociodemográficos

Edad: _____ años cumplidos

15 – 24 años ()

25 – 34 años ()

35 – 49 años ()

Estado Civil:

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Separada ()

Nivel Educativo:

Básico:

Sin instrucción ()
 Primaria completa ()
 Primaria incompleta ()
 Secundaria completa ()
 Secundaria incompleta ()

Superior:

Universitario completo ()
 Universitario incompleto ()
 Instituto superior completo ()
 Instituto superior incompleto ()

Procedencia:

Lima Sur ()
 Lima Este ()
 Lima Centro ()
 Lima Norte ()
 Callao ()
 Otros, especifique: _____

II. Factores obstétrico-reproductivos:

Gestaciones: _____

Paridad: _____

Antecedente de aborto:

() Si () No

Tipo de pareja actual:

() Estable () No estable

Marque la opción que mejor describa la situación:

N°	ENUNCIADOS SOBRE CONOCIMIENTOS DE AUTOCUIDADOS PRECONCEPCIONALES	SI	NO
Hábito y estilo de vida			
1.	¿Conoce que las actividades de ejercicio físico antes, del embarazo fortalece los músculos pélvicos, activa la circulación venosa y fortalece el dorso lumbar?		
2.	¿Conoce que la desnutrición (prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, muerte del recién nacido) y la obesidad (diabetes gestacional, hipertensión gestacional, feto grande) aumenta el riesgo en una futura gestación?		
3.	¿Conoce que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de placenta previa, aborto espontáneo, parto prematuro; recién nacido (¿bajo peso al nacer y muerte perinatal?		
4.	¿Conoce que el consumo excesivo de alcohol se asocia a muerte intrauterina, restricción en el crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, retardo mental, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta complicando la vida de un futuro bebé?		
5.	¿Conoce que el consumo de drogas como la cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana y otros se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal, complicando la vida de un futuro bebé?		
Prevención de infecciones			
6.	¿Conoce que antes de quedar embarazada su pareja y usted debe realizarse la prueba serológica de VIH/SIDA?		
7.	¿Conoce que antes de quedar embarazada su pareja y usted debe realizarse la prueba serológica de tamizaje (VDRL) sífilis?		
8.	¿Conoce acerca de las complicaciones de la sífilis?		
9.	¿Conoce que debe vacunarse contra la rubeola antes de quedar embarazada?		
10.	¿Conoce que debe vacunarse contra la hepatitis B antes de quedar embarazada su pareja y usted para evitar el riesgo de transmisión perinatal en el momento del parto?		
11.	¿Conoce realizarse la prueba de toxoplasmosis de dosaje de IgG por técnica de inmunofluorescencia o ELISA antes de quedar embarazada?		
12.	¿Conoce sobre los riesgos de contraer la enfermedad de toxoplasmosis?		
13.	¿Conoce que las infecciones bucodentales pueden conllevar a un parto prematuro, y que antes de embarazarse debe realizar todas las curaciones de procesos infecciosos dentales?		

Manejo de antecedentes			
14.	¿Conoce que las enfermedades de sus padres, abuelos o bisabuelos como la diabetes mellitus puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
15.	¿Conoce que las enfermedades de sus padres, abuelos o bisabuelos como la hipertensión arterial puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
16.	¿Conoce que las enfermedades de sus padres, abuelos o bisabuelos como el hipotiroidismo puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
17.	¿Conoce que las enfermedades hereditarias (cáncer, asma) puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
18.	¿Conoce que las enfermedades congénitas (retardo mental, recién nacidos muertos, malformaciones, ceguera, sordera) puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
Obstétricos			
19.	¿Conoce que el número y la duración de la gestación puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
20.	¿Conoce que la vía del parto para el nacimiento de su bebe como cesáreas previas pueden ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
21.	¿Conoce que el periodo intergenésico corto puede ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
22.	¿Conoce que las cirugías ginecológicas o generales pueden ser un factor de riesgo para un futuro embarazo?		
Enfermedades crónicas de la mujer en edad fértil			
23.	¿Conoce que la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo, pueden conllevar a complicaciones en un futuro embarazo?		
24.	¿Conoce que las enfermedades del tejido conectivo, renales, respiratorias (asma, tuberculosis) pueden conllevar a complicaciones en un futuro embarazo?		
25.	¿Conoce que el cuidado preconcepcional incluye planificar un futuro embarazo?		

ANEXO N° 2: FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

JUICIO DE EXPERTOS:

“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, 2017”

Estimado Mg/Dr./Lic.:se le solicita en calidad de juez experto tenga a bien evaluar el instrumento de medida que se empleará en el presente trabajo de investigación. Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan. Le solicito su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Anote sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento responde a los objetivos de la investigación.			
3. El instrumento responde a la operacionalización de las variables.			
4. La secuencia presentada facilita el llenado del instrumento de medición.			
5. La estructura del instrumento es la adecuada.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección de datos.			

7. El número de ítems es adecuado para la recopilación de datos.			
8. Los ítems incluidos en el instrumento guardan coherencia entre sí.			
9. Se debería de incrementar el número de ítems en los instrumentos.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento.

Fecha: / /

Firma y sello

ANEXO N° 3

Determinación de la prueba binomial mediante juicio de expertos

		Categoría	N	Proporción obtenida	Proporción n. de prueba	Sig. Exacta (unilateral)
JUEZ_1	Grupo 1	SI	9	1.00	0.85	0,232
	Grupo 2	NO	0	0.00		
JUEZ_2	Grupo 1	SI	9	1.00	0.85	0,232
	Grupo 2	NO	0	0.00		
JUEZ_3	Grupo 1	SI	9	1.00	0.85	0,232
	Grupo 2	NO	0	0.00		
JUEZ_4	Grupo 1	SI	9	1.00	0.85	0,232
	Grupo 2	NO	0	0.00		
JUEZ_5	Grupo 1	SI	9	1.00	0.85	0,232
	Grupo 2	NO	0	0.00		

NOTA:

Grupo 1: el juez si acepta la validez de la pregunta del instrumento

Grupo 2: El juez no acepta la validez de la pregunta del instrumento

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

H0: La proporción de preguntas aceptadas en el instrumento es igual a 85%.

H1: La proporción de preguntas aceptadas en el instrumento es diferente del 85%.

CRITERIO DE DECISIÓN

Se rechaza la H0 si $SIG < 0,05$ caso contrario se acepta H0.

Luego, dado que $SIG = 0,232$, entonces acepto H0.

CONCLUSIÓN

La proporción de preguntas aceptadas por los jueces para el instrumento es igual al 85%.

ANEXO N° 4

Determinación de la confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento, la prueba piloto se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Nino “San Bartolomé” aplicando el cuestionario a un total de 36 gestantes asistentes al consultorio de planificación familiar. Se aplicó el estadístico Kuder Richardson dado que son preguntas de conocimiento, lo cual las hace dicotómicas, es decir que estas pueden ser correctas o incorrectas.

$$r = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum k_{i=1} p_i q_i}{\sigma_x^2} \right]$$

$$\sigma_x^2 = \frac{\sum_{i=1} n(X_i - \bar{X})^2}{n}$$

Donde:

- n es el tamaño de la muestra piloto.
- p_i es la proporción de respuestas correctas del ítem i-ésimo.
- q_i es la proporción de respuestas incorrectas del ítem i-ésimo.
- K es el número de ítems es la varianza total de respuestas de los n sujetos en los i ítems.

Se obtuvo el siguiente resultado:

Estadístico de fiabilidad

Instrumento	Kuder Richardson	N° de elementos
Nivel de conocimientos	0,744	36

Se obtuvo el estadístico de Kuder Richardson igual a 0,744 con el cual se puede afirmar que el instrumento tiene alto grado de confiabilidad, puesto que se encuentra en el intervalo de 0.72 a 0.99 por lo tanto el instrumento es apto para aplicación.

ANEXO N° 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE MEDICINA- UNIDAD DE POSGRADO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ud. Ha sido invitado para participar en una investigación titulada **“FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ, 2017”**.

El autocuidado preconcepcional, es el conjunto de acciones que la mujer en edad fértil aplica antes de embarazarse, estas intervenciones se identifican asistiendo a un Establecimiento de Salud para identificar condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno- perinatal. Para producir el mejor resultado posible, se requiere que estos riesgos se intervengan antes del embarazo.

Esta investigación es realizada por la Licenciada Rocío Cecilia Herrera Málaga quien desea obtener el Título de Magister en Obstetricia con mención en Salud Reproductiva, con la presentación de este trabajo de investigación.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar mujeres con edades de 15 a 49 años que acuden por atención en el consultorio de planificación familiar del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé.

¿En qué consistirá su participación?

Se te informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación. Si acepta participar en este estudio, se llevará a cabo una encuesta, el cual tiene un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos, además le informo que es anónima.

¿Existen riesgos?

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio, pues solo se realizarán preguntas y respuestas para llenar la encuesta.

¿Existe algún beneficio?

No habrá ningún beneficio directo para la participante sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para el Hospital Nacional Madre niño “San Bartolomé” y la sociedad proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud. Además, nos servirá

para poder aplicar un mejor manejo con respecto a los cuidados preconcepcionales en mujeres en edad fértil.

¿Me puedo retirar del estudio en cualquier momento?

Sí, puedes retirarte del estudio en cualquier momento, tu participación es completamente voluntaria y puedes rehusarte a continuar con la entrevista lo que no producirá ninguna penalidad contra su persona.

Confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad de cada participante no se le pedirá ninguna información personal, como nombres y apellidos, dirección u otra información. Así la encuesta será almacenada de manera confidencial. Esto significa que ni su nombre, dirección u otra información que pudiera identificarla podrá ser revelada. Sólo el investigador podrá tener acceso a la información almacenada solo como datos estadísticos. Si los resultados fueran publicados, la identidad de los participantes no podrá saberse por el carácter anónimo de la encuesta.

¿A quien llamaré si tengo preguntas?

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, usted es bienvenida en cualquier momento para formular sus preguntas. Para mayor información sobre el estudio, puede contactarse con la Licenciada Rocío Cecilia Herrera Málaga al número de móvil: 941925840 o al email: rocehema@yahoo.com.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado el estudio, que se le ha dado tiempo para leer este documento y sus preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio. “Se me ha explicado acerca del estudio y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Acepto participar del estudio para el cual firmo voluntariamente”.

(Firma de la participante)

Fecha : ____ / ____ / ____

Declaración del investigador

Yo certifico, que se le ha dado el tiempo adecuado al participante para leer y conocer sobre el estudio, así como que, sus preguntas han sido resueltas. Es mi opinión que el participante entiende el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos que se seguirán en este estudio y de manera voluntaria ha aceptado participar.

(Firma del encargado
que obtuvo el consentimiento)

Fecha: ___ / ___ / ___