

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Factores personales asociados a las prácticas de
autocuidado preconcepcional de las gestantes
atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos
Ayacucho, abril - mayo 2019.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**Presentado por:
HUAMANÍ CALDERÓN, Marisol Justina**

**AYACUCHO – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

A Dios, quien ilumina y acompaña mi caminar, dándome la fortaleza en los momentos más difíciles de mi vida; a mi familia, por el apoyo incondicional que siempre me brindan y me alientan a seguir adelante con su apoyo moral; por su comprensión y sus esfuerzos al brindarme educación.

A mi hijo: Ángel Mateo Kalet, por ser el motor y motivo para seguir cumpliendo metas, a nivel personal y profesional.

Marisol

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por acogerme en sus aulas y ser parte fundamental de mi formación profesional.

A mi asesor Héctor Huaraca Rojas, quien supo guiarme y apoyarme de manera incondicional y con su paciencia que le caracteriza al realizar éste trabajo.

A mis colegas del Centro de Salud de Huanca Sancos quienes coadyuvaron en la ejecución de la presente tesis.

La autora.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	13
1.1. Antecedentes	13
1.1.1. Nivel Internacional	13
1.1.2. Nivel Nacional	16
1.2. Bases teóricas	18
1.2.1. Factores	18
1.2.2. Prácticas de autocuidado	26
1.3. Marco conceptual	32
1.3.1. Atención preconcepcional	32
1.3.2. Consejería preconcepcional	33
1.3.3. Cuidado preconcepcional	33
1.3.4. Consulta preconcepcional	34
1.3.5. Prácticas de autocuidado en salud	36
1.4. Variables y operacionalización	37
1.4.1. Variables	37
II. MATERIALES Y MÉTODOS	38
2.1. Enfoque de la investigación	38
2.2. Tipo de investigación	38
2.3. Diseño de la investigación	38
2.4. Población, muestra y muestreo	39
2.5. Criterios de selección	39
2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
2.7. Validación y confiabilidad de los instrumentos	39
2.8. Plan de análisis y procedimiento de datos	40
2.9. Plan de análisis estadístico	40
2.10. Consideraciones éticas	40

III.	RESULTADOS	42
IV.	DISCUSIÓN	50
	CONCLUSIONES	54
	RECOMENDACIONES	56
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
	ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Factores personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. Ayacucho, abril mayo 2019	43
Tabla 2. Prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. Ayacucho, abril mayo 2019	45
Tabla 3. Factores personales asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. Ayacucho, abril mayo 2019	47

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Matriz de consistencia	63
Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables	64
Anexo 3. Instrumento	66
Anexo 4. Validez y confiabilidad del instrumento	70
Anexo 5. Resultado de análisis factorial (r de Pearson) de factores personales	71
Anexo 6. Resultado de análisis factorial (r de Pearson) de autocuidado preconcepcional	72
Anexo 7. Confiabilidad del instrumento	73
Anexo 8. Constancia de autorización de la institución	74
Anexo 9. Consentimiento informado	75
Anexo 10. Evidencias	76

RESUMEN

He realizado este estudio con el fin de conocer los factores personales asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huanca Sancos de la región Ayacucho, 2019. La metodología de estudio es cuantitativo, aplicada, descriptivo correlacional de corte transversal. La muestra está conformada por todas las gestantes atendidas en centro de Salud Huanca Sancos entre abril a mayo del 2019. Las variables consideradas fueron los factores personales y las prácticas de autocuidado preconcepcional. Resultados: Los factores personales de las gestantes atendidas fueron: los factores sociales como edad que en su mayoría el 58,5% tienen entre 25 a 49 años, grado de instrucción secundaria y superior tienen el 78,0%, estado civil tanto las solteras y convivientes tienen el mismo porcentaje 41,5% cada uno, número de partos del total de gestantes el 87,8% tuvieron entre 0 a 2 partos, enfermedad crónica se halló que le 70,7% no presentaron, enfermedad materna el 51,2% también no presentaron, Ambiente laboral se halló que el 80,5% presentan riesgo, horas de trabajo el 56,1% trabajan menor o igual a 8 horas diarias, ingreso familiar el 65,9% percibe menor a S/. 930.00; y respecto a la propiedad de la vivienda el mayor porcentaje 78,0% no tiene casa propia; en general se halló que el 70,7% de gestantes estudiadas no realizan las prácticas de autocuidado preconcepcional y el 29,3% sí realizan; en cuanto a la asociación de los factores personales con las prácticas de autocuidado preconcepcional se encontró que sólo el grado de instrucción muestra relación significativa ($p < 0,05$), lo que no fue con los otros factores personales. En conclusión: Las gestantes atendidas en el Centro de salud de Huanca Sancos no realizan las prácticas de auto cuidado preconcepcional (70,7%) y el grado de instrucción está relacionado con las prácticas de autocuidado preconcepcional.

Palabras Claves: Atención preconcepcional, Autocuidado, Prácticas, factores personales.

ABSTRACT

I have conducted this study in order to learn about the personal factors associated with preconception self-care practices in pregnant women Huanca Sancos Health Center in Ayacucho región, 2019. The study methodology is quantitative, applied, descriptive correlational cross section. The sample is made up of all the pregnant women Huanca Sancos Health Center between April and May 2019. Variables considered were personal factors and self-care practices preconceptional. Results: The personal factors of the pregnant women served were: the social factors such as age that mostly 58,5% have between 25 and 49 years, secondary and higher education grades have 78,0%, marital status both singles and cohabitants have the same percentage 41,5% each, the number of births in the total of pregnant women 87,8% had between 0 and 2 births, chronic disease was found to have 70,7% had no, maternal disease, 51,2% also did not file, work environment was found to have 80,5% risk, 56,1% work less than or equal to 8 hours a day, income 65,9% perceives less than S/. 930.00; and regarding the ownership of the housing the highest percentage 70,8% has no home of its own; it was generally found that 70,7% of the pregnant women studied do not perform self-care practices preconception and 29,3% do: in terms of the association of factors with preconceptional self-care practices was found to be only the degree of instruction shows significant relationship ($p < 0.05$), which was not with the other personal factors. Conclusion: The pregnant women at Huanca Sancos Health Center do not perform preconception self-care practices (70,7%) and the degree of instruction is related to preconception self-care practices.

Key words: Preconceptional care, self-care, practices, factors personal.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende contribuir a que la mujer tome una decisión responsable del momento oportuno de quedar embarazada; este debe ser entendido como un cuidado continuo, durante la edad reproductiva de la mujer, para que, en el momento que elija quedar embarazada se encuentre en las mejores condiciones de salud. Estas intervenciones deben considerar las condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgo para la mujer; con ello lograr el mejor estado de salud de los futuros padres y niños por nacer, para ello se debe empoderar a la familia y comunidad respecto a los riesgos a los cuales se expone una pareja y su futuro niño por nacer al no tener los cuidados pre concepcionales ⁽¹⁾.

En el ámbito cultural y religioso es conveniente dar un aporte para el cambio de ideologías cimentadas por la sociedad, contribuyendo a ampliar los conocimientos sobre la importancia que tiene una consulta preconcepcional antes de un embarazo. Asimismo contribuye en la economía del país ya que reduciría los gastos en ingresos hospitalarios por morbilidades maternas y neonatales ⁽²⁾.

Los resultados tienen utilidad práctica porque ayudarán a encontrar formas innovadoras de prestar asistencia de gran calidad y ampliar los programas de investigación que permitan obtener nuevas intervenciones, como pueden ser vacunas, medicamentos y medios de diagnóstico. Tienen asimismo que formular, financiar y aplicar un programa mundial de investigaciones con prioridades definidas y coordinadas sobre el tema de la salud de las mujeres y los niños, y fortalecer las instituciones y sistemas de salud en los países de ingresos bajos y medios como el Perú ⁽¹⁾.

A través de las evidencias teóricas pone de relieve la necesidad de armonizar las políticas, la inversión y la prestación de servicios en torno a un conjunto coherente de intervenciones prioritarias a lo largo de lo que los profesionales sanitarios llaman la continuidad de los cuidados asistencia, y ofrece un marco para que las partes interesadas adopten medidas coordinadas ⁽³⁾.

El estudio proporcionará un gran aporte metodológico pues con el propósito de medir las variables de factores asociados y prácticas de auto cuidado pre concepcional en gestantes atendidas, se han de aplicar instrumentos que fueron desarrollados y validados en otros países y también en otras regiones de nuestro país; y usado eficazmente, de este modo se validaron dichos instrumentos para su aplicación en la institución de estudio y además podrán ser usados en otras investigaciones similares ⁽³⁾.

El presente estudio tiene importancia porque busca conocer las prácticas de autocuidado pre concepcional que desarrollaron las gestantes estudiadas, así como también, factores personales conjuntamente con el entorno que influyen en dichas conductas, éste porque es considerado uno de los problemas de salud

pública la falta de prácticas de autocuidado pre concepcional, y a partir de estos datos, se podrían establecer las necesidades de promoción y prevención específica y la priorización en la prestación de servicios, y generar proyectos y programas de intervención, evaluación y seguimiento en este grupo de mujeres (1).

La importancia del presente trabajo también radica en que se logre la auto identificación de las enfermedades crónicas o toma de conciencia de los hábitos perjudiciales para la salud; a través de la utilización de acciones educativas para modificar comportamientos, proporcionando información para que las mujeres y varones tomen decisiones en relación de un futuro embarazo de acuerdo a los riesgos identificados y en algunos casos recomendar evitar un embarazo, además es ocasión ideal educar a la sociedad a través de la concientización sobre las ventajas de un embarazo planificado, y sobre la importancia de la asistencia prenatal precoz y su frecuencia adecuada (2).

Las hipótesis planteadas fueron: **Hi:** Los factores personales están asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos – Ayacucho, abril a mayo 2019; y **Ho:** Los factores personales no están asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos – Ayacucho, abril a mayo 2019.

La metodología de estudio es cuantitativo, aplicada, descriptivo correlacional de corte transversal; los resultados en general se hallaron el 70,7% de gestantes estudiadas no realizan las prácticas de autocuidado preconcepcional y el 29,3% sí realizan; en cuanto a la asociación de los factores personales con las prácticas

de autocuidado preconcepcional se encontró que sólo el grado de instrucción muestra relación significativa ($p < 0,05$), lo que no fue con los otros factores personales.

Descripción del Problema

La proposición de que los factores sociales son determinantes claves de la salud no es nueva. Del punto de vista de la economía política, Engels describió que el rápido crecimiento de la desigualdad en los estándares de vida generados por la Revolución Industrial había creado la estratificación social que daba como resultado las altas tasas malnutrición en comparación con la mortalidad por inanición que era inferior. Las iniquidades observadas en los estados de salud de diferentes grupos poblacionales son el resultado de factores que incluyen bajos recursos, conflictos bélicos, falta de políticas públicas de salubridad y bajos niveles de inversión social en sistemas de salud entre otros. El reto principal enfrentado por los profesionales de la salud pública en las sociedades contemporáneas incluye la ampliación del paradigma salud, el cual todavía es definido como la ausencia de enfermedad, a un modelo que incluye los factores requeridos por las cartas internacionales de salud, incluyendo los Objetivos del Sostenible propuestos por las Naciones Unidas. El logro de estas metas requiere un compromiso individual por parte de los profesionales de la salud, investigar los problemas de acuerdo con las necesidades sentidas de la comunidad, cabildeo y abogacía para generar cambios de políticas diseñadas a favorecer a los más desplazados en nuestras sociedades ⁽¹³⁾.

Al hablar de autocuidado y la agencia de cuidado dependiente; se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones, cuyo propósito es cuidar de sí mismo y otros; considerado un conjunto de prácticas deliberadas de

autoafirmación, autovaloración, auto-conocimiento y auto expresión de aspectos que favorecen el desarrollo integral. Ocuparse de su autocuidado requiere ejercitar habilidades para dirigirse a sí mismos. Cuando las personas están bien, el autocuidado no es preocupación primordial; los intereses y actividades se centran en la vida personal, familiar y el trabajar es de interés especial. Por tanto el autocuidado en la salud de la mujer; se entiende como el fortalecimiento de la capacidad para decidir sobre su persona en forma integral, en aspectos de autodescubrimiento, autoestima, salud, sexualidad y empoderamiento, talento humano protagonista de su propio desarrollo. Estudios recientes indican, que las personas que practican acciones de autocuidado tienen menores posibilidades de enfermar o morir; por lo tanto logran mayores satisfacciones en su vida diaria, pero para ello se ha de contar con una previa orientación. Cotidianamente se ha observado la deficiencia en conocimientos y prácticas en autocuidado de la mujer embarazada, puérpera y consecuentemente en el territorio de su salud y de su hijo (a) la cual eleva la morbilidad y la mortalidad materna, siendo actualmente 108 muertes por 100,000 nacidos vivos a nivel nacional. Según el manual de normas de atención a la embarazada del año 1999 de todos es conocido que esta situación puede cambiar drásticamente si se crea un proceso de educación en salud que refuerce a la mujer en edad reproductiva y especialmente a la embarazada y puérpera sobre los cuidados que debe tener en cada etapa de su vida, y los signos de alarma que ameritan atención urgente involucrando a la pareja, familia, comunidad y personal institucional. En tal sentido, el autocuidado para este grupo poblacional a de convertirse en una cultura de vida; entendiéndolo como tal al conjunto de actividades aprendidas por los individuos para regular los factores que afecten su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. En el aspecto educativo, tanto formal e informal la mujer juega un papel importante en el

ámbito familiar y comunitario; sin embargo en el mismo, no se contempla la formación en el autocuidado; por lo que su conducta al momento de alcanzar su madurez y convertirse en madre de familia es inadecuada por falta de conocimientos y practicas saludables. Con tal propósito se han hecho esfuerzos por estudiar los conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer durante el embarazo ⁽²⁴⁾.

En la actualidad y en nuestro medio podemos definir la Asistencia Preconcepcional como la asistencia sanitaria antes del embarazo con el fin de detectar y tratar las enfermedades asociadas con un mal resultado reproductivo, disminuir el riesgo en el embarazo para la mujer y para su hijo y preparar a la mujer y a la familia para el embarazo y cuidados del niño. La Asistencia Preconcepcional forma parte de la asistencia perinatal, ya que la salud durante el embarazo depende principalmente del estado de la mujer antes de concebir. En la actualidad se reconoce que la asistencia y el consejo Preconcepcional son uno de los factores que pueden contribuir a un curso normal del embarazo y a obtener un hijo sano. La mujer con múltiples o graves factores de riesgo va a ser la más beneficiada del Asesoramiento Preconcepcional. La utilidad no se limita a una mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, sino que también puede ser beneficioso para todas las mujeres que parecen estar sanas y en las que no se reconocen factores de riesgo que pueden afectar a su reproducción. Sin embargo, es poco frecuente que la mujer realice una consulta especialmente dedicada a preparar su embarazo y la Asistencia Preconcepcional es un medio infrautilizado para mejorar el pronóstico del proceso de la gestación. La educación antes de la concepción no debe dar a la mujer una opinión respecto a la conveniencia de quedarse embarazada, decisión que, a pesar de los riesgos, es muy personal y se basa en numerosas

variables, además de en la información médica. El papel del asesor o educador es aportar información médica y apoyar la decisión de la usuaria o demandante de la Asistencia Preconcepcional, aunque ésta no agrade al personal sanitario. Cuando tras la aplicación de la metodología del Consejo Reproductivo se diagnostica alguna malformación, el educador debe comunicar a la familia las opciones disponibles. Para obtener un máximo de efectividad en esta tarea se requiere la participación de todos los niveles de asistencia y atención médica para converger en una consulta que cuente con recursos y conocimientos suficientes. Otro aspecto del Asesoramiento Preconcepcional es la consideración de la carga económica con relación a los costos médicos y a la baja laboral que los padres deben asumir en el embarazo de alto riesgo ⁽²⁵⁾.

En América Latina, cada vez que una mujer se embaraza existe una probabilidad variable de que ella o su futuro hijo sufran un fenómeno adverso antes y durante el proceso de reproducción, conocido también como Riego Reproductivo; históricamente se ha intentado reducir el mismo a través del control prenatal, atención de parto y puerperio, sin embargo a pesar de ello se está lejos de universalizar estas prestaciones con calidad suficiente, por ello se debe comenzar la atención preconcepcional como medida eficaz de disminuir el riesgo reproductivo. El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva, definido como un conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tiene como propósito identificar y modificar factores de riesgo, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. Entre las mujeres que planifican una gestación un alto número de ellos no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones, específicamente buscan asesoramiento pero éste aún viene siendo

limitado; por todo ello es necesario asistir preconcepcionalmente a las mujeres en edad fértil y asesorarlas sobre los factores que aumentan sus probabilidades de enfermar o morir ella o sus hijos ⁽²⁹⁾.

El modo de administrar los cuidados de la atención preconcepcional es promover la salud de la mujer y de su descendencia, sin embargo en las últimas décadas apenas se ha conseguido incidir en los dos principales problemas que en mayor medida contribuyen a la morbimortalidad infantil en nuestro entorno: malformaciones congénitas y bajo peso al nacer; a través del abordaje de los siguientes aspectos: Algunos autores estiman que en la década de los 80, el 40% de la mortalidad infantil estaba producido por enfermedades genéticas; y, muchas malformaciones se asocian al consumo de sustancias teratógenas (fármacos, drogas, alcohol, tabaco) o agentes externos (radiaciones). El periodo de mayor susceptibilidad fetal coincide con las primeras semanas, tiempo en el que con frecuencia la mujer todavía desconoce la existencia de la gestación. El bajo peso al nacer está asociado a la pobreza, nivel de educación bajo, malas condiciones de nutrición, malas condiciones de trabajo, estrés, ansiedad, autoestima y enfermedades transmisibles y no transmisibles; y que a la vez se favorece si el control prenatal comienza tardíamente. Los niveles más altos de morbimortalidad infantil se concentran en los grupos de población de nivel socioeconómico más bajo, el Grupo de Expertos del Servicio Nacional de Salud de los EE.UU. sobre los cuidados prenatales recomendó que en el año 2000 el cuidado preconcepcional esté incluido en los cuidados prenatales a toda mujer en edad fértil y a sus parejas como parte de la Atención Primaria en Salud. Además indica que el modo más efectivo de realizar actividades preventivas preconcepcionales en su aplicación de forma rutinaria a todas las mujeres en edad reproductiva aprovechando cualquier visita al sistema sanitario por otros

motivos, en la escuela o trabajo, planificación familiar, tras una prueba de embarazo negativa, solicitud de consejo antes del embarazo, presencia de factores de riesgo o de enfermedad crónica en mujeres en edad reproductiva. La Sociedad Española de Ginecología recomienda realizarla en el año preventivo a la concepción prevista. Algunas de las actuaciones realizadas durante la consulta preconcepcional serán válidas para la primera visita de seguimiento de la gestación ⁽³⁰⁾.

En el Perú las prácticas adecuadas de autocuidado pre concepcional no están generalizadas, ni bien informadas; y una proporción importante de los embarazos no son planificados. Por ello cabe hacerse la pregunta ¿Las mujeres embarazadas que son atendidas en el C.S. Huanca Sancos tuvieron prácticas adecuadas de auto cuidado pre concepcional? He aquí la motivación de elección de éste tema para conocer la realidad de las prácticas de autocuidado en las mujeres embarazadas.

Uno de los problemas de salud pública que afecta a las mujeres embarazadas en nuestro País es la falta de auto cuidado preconcepcional, siendo estas: la falta de planificación del embarazo, inadecuada nutrición(deficiencia en el consumo de vitamina, proteína y minerales), control médico y obstétrico, hábitos nocivos, exposición a teratógenos químicos (insecticidas, fertilizantes, veneno para ratones), falta de autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social, y esos aspectos mencionados nos podrían conllevar a tener un producto en malas condiciones y a su vez aumentar la morbimortalidad materna y neonatal, es por ello que se considera al autocuidado pre concepcional como un componente crítico en la atención de salud en las mujeres en edad fértil, el mismo que se define como un conjunto de intervenciones que se realizan antes

del embarazo que tiene como propósito el modificar factores de riesgo y reducir el daño o evitarlos en un próximo embarazo ⁽¹⁾.

Según la OPS - Perú, el cuidado pre concepcional es reconocido como un componente crítico en la atención de las mujeres en edad reproductiva. Se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal; el asesoramiento pre concepcional optimiza el resultado perinatal mediante la identificación de aquellas patologías, medicaciones, hábitos o conductas que pudieran ser riesgosas para la futura madre o el feto. La importancia del asesoramiento pre concepcional se debe a que: La mayoría de los factores de riesgo están presentes antes de la concepción: existe en los países una alta tasa de embarazos en adolescentes y no deseados; existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando son realizadas antes del embarazo; y existen intervenciones que no pueden ser aplicadas durante el embarazo (5). Por otro lado, es importante inculcar en las parejas estilos de vida saludables a través de la promoción de la salud que consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es concebida, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva ⁽⁵⁾.

En el Centro de Salud de Huanca Sancos, está ubicado en el distrito de Sancos, provincia de Huanca Sancos, de la Región Ayacucho, un distrito urbano rural

cuya población asegurada es de 9600 personas de todos los grupos etarios en toda la provincia de Huanca Sancos; es notable la prevalencia de problemas sociales como el alcoholismo, tabaquismo, ingesta de alimentos insaturados, pandillaje, embarazo en adolescente, machismo, etc. Se observa también otros factores de riesgo social y cultural, el cual conlleva a un comportamiento y actitud reacia de las personas hacia el autocuidado preconcepcional por desconocimiento y factor educativo, que termina resultando en un embarazo no deseado expuesto a todos los factores de riesgo que conlleva un embarazo tanto para la madre y el niño por nacer; condiciones que aún se tiene que trabajar como sector a través de la Promoción de la Salud. Consideramos plantear los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Determinar la asociación entre los factores personales y prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores personales (sociales, económicos y biológicos) de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos.
- Identificar las prácticas de autocuidado preconcepcional más frecuentes (nutrición, control médico obstétrico, hábitos nocivos, conocimiento de autocuidado, exposición químicos, preparación preconcepcional, autoestima y estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social) realizadas por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos.

- Determinar la asociación entre los factores personales y prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos.

Las hipótesis planteadas fueron:

Hi. Los factores personales están asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos – Ayacucho, abril a mayo 2019.

Ho. Los factores personales no están asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos – Ayacucho, abril a mayo 2019.

I. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. Nivel Internacional

Ozorio J, Salas P. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro, Morazan y San Felipe, Pasaquina, La Unión - El Salvador 2017. Tesis de maestría presentada a la Facultad Multidisciplinaria Oriental de la Universidad de El Salvador. El Objetivo del estudio fue determinar los conocimiento, actitudes y prácticas sobre atención preconcepcional de mujeres en edad fértil de 15 a 35 años de las comunidades de salud familiar San Isidro, Morazán y San Felipe, Pasaquina. Metodología utilizada fue cuantitativa y descriptiva; técnica fue entrevista, la muestra estuvo con formada por 286 mujeres en edad fértil de las comunidades de San Isidro, Morazán (134) y San Felipe, La Unión (152), Conclusión: Los resultados que obtuvieron demostraron que las mujeres en edad fértil tienen inadecuado conocimiento, actitud desfavorable y prácticas inadecuadas sobre la atención preconcepcional: Al realizar la prueba de hipótesis concluimos en la aceptación de la hipótesis de investigación debido a que las mujeres en edad fértil no tienen conocimientos sobre lo que es la atención preconcepcional con un porcentaje de

81% de mujeres en estudio a pesar de que la mayoría de mujeres en la investigación tiene estudios académicos; asimismo, la mujer de edad fértil de 15 a 35 años tiene actitud desfavorable en 94.4% sobre lo que es la atención preconcepcional como consecuencia a la falta de conocimientos sobre la atención preconcepcional esto refleja el desinterés al programa e inscripciones sobre atención preconcepcional ⁽²⁾.

Duartes H, el 2009 investigó Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Víctor Domingo Silva, ciudad de Coyhaique – Chile. Tesis pregrado presentado a la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de autocuidado preconcepcional más frecuentes y los factores que condicionan dichas conductas. La metodología utilizada fue cuantitativo, descriptivo y transversal; técnica usada fue encuestas estructuradas, la muestra estuvo conformada por 60 mujeres que residían en el área urbana, beneficiarias del sistema público de salud. Conclusión: Los resultados que obtuvieron muestran que Los resultados muestran que sólo un 10% del grupo de mujeres estudiadas realizan acciones de autocuidado preconcepcional en forma saludable en seis o más de los ámbitos investigados, destacando la dimensión psicosocial destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%). Estos resultados tuvieron relación con las políticas de la salud, en que la promoción y prevención tienen un papel fundamental, así como también el quehacer de la matronería el cual responde a las necesidades del nuevo concepto de ser mujer, ofreciendo un escenario que permite fortalecer el rol de matrón (a) dentro del contexto de salud pública⁽⁸⁾.

Martínez E. Promoción de prácticas de autocuidado durante el embarazo en la comunidad de Coatetelco, Municipio Miacatlán, Morelos - Agosto 2015. Tesis presentada a la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública. El objetivo del estudio fue incrementar las prácticas de autocuidado (ingesta de agua simple, consumo de frutas y verduras y elaboración de plan de seguridad de emergencia) en mujeres embarazadas de la Comunidad de Coatetelco. La metodología utilizada fue un estudio cuasi experimental con evaluación mixta pre y post en un mismo grupo en la comunidad de Coatetelco; la muestra estuvo conformada por una muestra no probabilística de 06 mujeres que se encontraban en el primer trimestre de gestación. Conclusión: Se cumplió con los objetivos de esta investigación, cuyo resultado aumentaron los conocimientos sobre las prácticas relacionadas con el autocuidado; el desarrollo de habilidades para la identificación de signos y síntomas de alarma y se incrementaron las prácticas de autocuidado a partir de modificar a autoeficacia para el consumo de agua simple, frutas y verduras, así como en la elaboración y seguimiento de un plan de seguridad de emergencia. Dado esta información se concluye que una intervención basada en los modelos de comportamiento si tuvo un efecto positivo en las prácticas de autocuidado: Los resultados muestran que sólo un 10% del grupo de mujeres estudiadas realizan acciones de autocuidado preconcepcional en forma saludable en seis o más de los ámbitos investigados, destacando la dimensión psicosocial destinadas a mantener una autoestima, estado de ánimo y relaciones interpersonales saludables, con porcentajes 96,6%, 88,3% y 88,3 % respectivamente así como el control con médico (58,3%) y la exposición a teratógenos químicos (65%) ⁽⁹⁾.

1.1.2. Nivel Nacional

Cárcamo H, Mendoza A. Prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, durante junio a agosto del 2013. Arequipa-Perú. Tesis de pregrado presentado a la Facultad de Obstetricia Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. El objetivo del estudio fue conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata – Arequipa. La metodología utilizada fue descriptivo, relacional y transversal, donde la técnica de la entrevista, a una muestra de 100 gestantes. Cuyos resultados dentro de las prácticas de autocuidado preconcepcional, las madres manifestaron en su mayoría no poseer hábitos saludables ya que no hay cuidado en su nutrición, control médico obstétrico previos al embarazo. Sólo el 26% de la muestra planificó su embarazo y un escaso 21% tenían adecuados conocimientos sobre las medidas de cuidado preconcepcional. En los factores biológicos el 92.0% no tienen enfermedad crónica, al igual que antecedentes ginecobstétricos el 85,0% no presentan. En la esfera psicosocial las madres encuestadas refirieron tener prácticas saludables ya que presentan comportamientos de autoestima alta, buen estado de ánimo, adecuadas relaciones interpersonales, así como integración a círculos sociales en mayor proporción, que las de prácticas no saludables. La falta de control médico obstétrico preventivo antes de la gestación se asoció a pacientes de grado de instrucción secundaria, a su vez a la no planificación del embarazo, y al desconocimiento sobre autocuidado preconcepcional. En Conclusión: Las madres no tienen medidas adecuadas de autocuidado preconcepcional dentro de la esfera biológica: Realizada la investigación sobre las prácticas de autocuidado preconcepcional de las mujeres que acudieron al control prenatal en el Centro Salud Ampliación Paucarpata. En

la muestra el 75% de las pacientes tienen entre 19 a 34 años, el 55% de ellas presentaron un grado de instrucción secundaria, solo el 26% de las gestantes planificó su embarazo y el 21% de ellas tuvieron conocimiento sobre las medidas de cuidado preconcepcional. En la esfera psicosocial las madres encuestadas refirieron tener prácticas saludables ya que presentan comportamientos de autoestima alta, buen estado de ánimo, adecuadas relaciones interpersonales, así como integración a círculos sociales en mayor proporción, que las de prácticas no saludables. ⁽¹⁾.

Rodenas A. 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 a julio del 2016. Tesis de pregrado presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra durante los meses de junio a julio del año 2016. La metodología utilizada para el estudio fue observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 258 mujeres en edad fértil que acudieron al área de planificación familiar en el periodo de estudio; en el análisis estadístico, las variables cualitativas fueron estimadas mediante frecuencias absolutas (N) y relativas (%) y las variables cuantitativas fueron estimadas mediante medidas de dispersión (medias) y tendencia central (desviación estándar). En cuanto a los resultados el nivel de conocimiento total sobre la atención preconcepcional de las mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra durante los meses de junio a julio 2016 es 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 es Alto en el 45%, Medio en el 41.5% y Bajo en el 14.7%. Dentro de las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil el 67,4% tienen edad de 25 a más años, el estado civil que resalta es conviviente y soltera con un 83,4%, y el grado de instrucción que tienen es secundaria y superior con un 80,2%. En conclusión el nivel de conocimiento sobre la atención preconcepcional fue medio (56.2%) en la mayoría de mujeres de edad fértil que asisten al área de planificación familiar del Centro de Salud Leonor Saavedra durante los meses de junio - julio del año 2016 ⁽³⁾.

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. Factores

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.

1.2.1.1. Factores Personales

Conjunto de actitudes o comportamientos y normas que una persona como actor social adquiere y aprende de acuerdo a estatus en su sociedad.

- **Factores sociales:** Son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre su salud, esto incluye la edad, el grado de instrucción, estado civil entre otros.

Edad.- Con origen en el latín *aetas*, vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo; asimismo

brinda la posibilidad de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales como: in útero y nacimiento, primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (14 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más) ⁽¹⁰⁾.

Grado de instrucción.- El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Como: Primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, superior técnica completa, superior técnica incompleta, universitario completo, universitario incompleta, posgrado ⁽¹¹⁾.

Estado civil.- El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes ⁽¹¹⁾.

1.2.1.2. Factores biológicos:

- **Enfermedades maternas no transmisibles:** Por su prevalencia y posibilidades terapéuticas se comentan a continuación las siguientes patologías:

Diabetes: Las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro. El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la

glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante que las pacientes diabéticas planifiquen sus embarazos de forma que mantengan una glicemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planificaron una gestación es la dieta para controlar los niveles de glicemia y, si aun así no se mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder antigénico ⁽¹²⁾.

Hipertensión arterial: Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo. Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con nifedipino 10mg, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los betabloqueantes. Está contraindicado el control de la hipertensión con inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina durante la gestación ⁽¹²⁾.

Asma: El asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de pre eclampsia,

mortalidad perinatal, partos pre-término, crecimiento intrauterino retardado o malformaciones congénitas entre los dos grupos ⁽¹²⁾.

Enfermedad tiroidea: En el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad. Los fármacos antitiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante.

Epilepsia: La epilepsia tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis ⁽¹²⁾.

- **Enfermedades maternas transmisibles.-** La mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación pueden ser teratogénicas durante el desarrollo embrionario. (Varicela, citomegalovirus, toxoplasmosis, VIH, sífilis, hepatitis B, tuberculosis, tétanos) Aunque su acción puede continuar luego del periodo embrionario y en algunas ocasiones aún hasta después del nacimiento. Un ejemplo de estos lo contribuye la sífilis congénita. Por este motivo es que se debe primeramente evitar su ocurrencia durante la gestación y de ocurrir esta se debe tratar a la embarazada y al recién nacido si fuera necesario ⁽¹²⁾.

Rubéola: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la rubéola, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. En caso de dudas se justifica efectuar serología para rubéola a toda mujer en edad de procrear. Todas las mujeres no embarazadas susceptibles deberán ser vacunadas antes del embarazo o después del parto ⁽¹²⁾.

Varicela: Se recomienda evaluar la susceptibilidad a la varicela, descartando por la historia clínica que la mujer no haya padecido la enfermedad, o que no haya recibido la vacuna. A pesar que las mujeres adultas tengan una historia negativa o incierta de haber padecido varicela, más del 85% son inmunes a ella. En caso de dudas se justifica efectuar serología para varicela a toda mujer en edad de procrear. Si no se dispone de serología la vacunación será la opción ⁽¹²⁾.

Citomegalovirus: El citomegalovirus es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neurosensorial y retardo mental de etiología viral. El citomegalovirus pertenece al grupo de los virus herpes y es relativamente poco contagioso, necesitando contactos estrechos y prolongados. La infección en adultos no tiene consecuencias clínicas graves excepto en pacientes inmunodeprimidos; esta infección ocurre en 1% de los nacimientos (80% son asintomáticos). Se debe advertir a todas las mujeres, especialmente a las madres con hijos pequeños y a aquellas que tienen contacto profesional con niños (maestras, personal de salud) los cuidados higiénicos (lavado de manos) que se deberán tener al manejar pañales impregnados con orina de niños pequeños, quienes suelen ser la principal fuente de infección ⁽¹²⁾

Toxoplasmosis: Se deberá advertir a toda mujer que desea embarazarse acerca de las formas para evitar contraer una toxoplasmosis en el embarazo y los riesgos que la misma puede ocasionar. En aquellos países en donde se efectúa el tamizaje para toxoplasmosis se podrá advertir a las mujeres con anticuerpos anti toxoplasma que la madre portadora de infección crónica excepcionalmente trasmite el parásito al feto. A toda mujer que conociendo o desconociendo su estado serológico se le debe dar los consejos generales de prevención para toxoplasmosis ⁽¹²⁾.

VIH: Las mujeres en edad fértil tienen el derecho de someterse a pruebas de tamizaje para VIH, previa consejería y garantizando la confidencialidad. Es recomendable sugerir el tamizaje a toda mujer que se quiere embarazar. En caso de pruebas positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profilácticos existentes. En aquellas mujeres que decidan no embarazarse se les deberá ofrecer métodos anticonceptivos seguros ⁽¹²⁾.

Sífilis: Conocer el estado serológico para sífilis antes del embarazo contribuye a efectuar el tratamiento de la mujer y sus contactos en un momento ideal. Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual ⁽¹²⁾.

Hepatitis B: La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y retardo de crecimiento intrauterino. Toda la población y especialmente los adolescentes y mujeres en edad fértil deberán recibir una vacuna contra la hepatitis B cuando no tienen anticuerpos. Esta vacuna puede ser aplicada aun durante el embarazo ya que se trata de una vacuna de virus muertos ⁽¹²⁾.

Tuberculosis: Ante el aumento de la incidencia de tuberculosis en población de alto riesgo la realización del test de la tuberculina preconcepcional es una buena medida de cribaje de infección tuberculosa en pacientes infectados con VIH y población de bajo nivel socioeconómico. Si la paciente necesita tratamiento antituberculoso la asociación de isoniacida y etambutol se considera de elección por el bajo riesgo teratogénico en caso de gestación. La tuberculosis durante el embarazo puede causar retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sepsis neonatal y muerte. En caso de infección activa se sugerirá posponer el embarazo hasta haber obtenido la alta médica por la tuberculosis ⁽¹²⁾.

Tétanos: Toda mujer que llega al control preconcepcional deberá ser consultada acerca de si recibió vacuna antitetánica y si la misma está vigente. En caso de no haberla recibido se comenzará el esquema de vacunación ⁽¹²⁾.

- **Factores económicos:**

Ocupación: exposición materna.- Ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (abortos, muerte fetal, parto pre-término, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos). Entre dichas condiciones se pueden citar:

- ☞ Trabajar más de 10 horas por día.
- ☞ Permanecer de pie por más de 6 horas en forma continuas.
- ☞ Exposición a tóxicos químicos (incluyente agentes anestésicos, solventes y pesticidas). Las mujeres que puedan tener una exposición laboral a estas sustancias, deberán ser aconsejadas para cambiar sus labores antes de embarazarse o apenas lo sepan. Hasta el momento no existe

evidencia de riesgo teratogénicos por exposición paterna a estos mismos agentes, pero otros estudios han comprobado que las mujeres que trabajan en fábricas de semiconductores y que están expuestas a altos niveles de éteres de glicol, otro tipo de disolventes, tienen casi el triple de probabilidades de sufrir un aborto espontáneo que las mujeres no expuestas. Los éteres de glicol también se utilizan en trabajos de fotografía, tinturas y serigrafía ⁽⁸⁾.

Medio ambiente laboral: contaminación.- Los fetos y los niños, en comparación con los adultos, presentan una vulnerabilidad especial a los tóxicos ambientales debido a su inmadurez fisiológica y más tiempo de vida después de la exposición. Los efectos en el desarrollo fetal pueden tener consecuencias inmediatas, e incluso a largo plazo, en la salud de los individuos.

Agua potable: El agua potable puede contener bacterias de desechos de heces humanos y animales, sustancias químicas contaminantes, incluyendo pesticidas y compuestos orgánicos volátiles, metales pesados como el arsénico y el plomo, e incluso productos derivados de los procesos de desinfección del agua potable. Esta amplia gama de contaminantes puede causar un amplio espectro de efectos adversos para la salud, desde enfermedades gastrointestinales simples hasta graves efectos a largo plazo, incluyendo el cáncer. Quienes tienen más probabilidades de sufrir enfermedades causadas por agua contaminada son las personas que no tienen acceso a drenajes sanitarios; los que viven cerca de fábricas de productos químicos, rellenos sanitarios, vertederos de desechos peligrosos o grandes granjas; y las personas cuyo abasto de agua depende de pozos

poco profundos o agua superficial que pueden drenar áreas altamente contaminadas. En los últimos años, los medios han planteado cierta inquietud por los posibles riesgos que pueden presentar para el embarazo los productos derivados del agua potable tratada con cloro. El cloro se añade al agua potable para eliminar los microbios que causan enfermedades. No obstante, cuando se combina con otras sustancias presentes en el agua, produce cloroformo y otras sustancias químicas relacionadas llamadas trihalometanos. Algunos estudios sugieren que el riesgo de aborto espontáneo y de desarrollo insuficiente del feto puede aumentar cuando los niveles de estas sustancias químicas son elevados. El agua potable también puede contaminarse con pesticidas, plomo u otros metales ⁽⁸⁾.

1.2.2. Prácticas de autocuidado:

- **Autocuidado:**

Teoría de autocuidado: considera que el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Se define además tres requisitos de auto cuidado, entendiéndose por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado ⁽¹⁴⁾:

Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso,

soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del Déficit de Auto Cuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera ⁽¹⁴⁾.

Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas ⁽¹⁴⁾:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera supe al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

- **Nutrición:**

Se deben identificar en la evaluación preconcepcional malos hábitos nutricionales y sus consecuencias, sobrepeso, delgadez, anorexia, bulimia y suplemento vitamínico inadecuado. La calidad de la dieta antes y durante el embarazo tiene influencia sobre algunos resultados maternos perinatales, por eso, mantener una dieta saludable y balanceada es tan importante antes como durante el embarazo. Por esta razón cada mujer que acuda al control preconcepcional deberá recibir instrucción verbal y por escrito de cuáles son los alimentos ideales en cantidad y calidad adecuada que deberá consumir mientras se prepara para el embarazo y durante el mismo; hay estudios que confirman que muchas mujeres no cumplen con los requerimientos de vitaminas A, B6, C, D, E y ácido fólico, calcio, hierro, magnesio y zinc. Se ha visto que la malnutrición durante el embarazo se asocia a prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino, mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Se debe realizar campañas informativas priorizando el valor nutricional de la dieta, previo y durante la gestación reforzando el uso de alimentos ricos en folatos y carotenoides, mejorar la nutrición en gestantes pobres a través de canasta básicas pueden ser una opción a corto plazo ⁽⁸⁾.

La futura madre debe conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con diabetes, hipertensión, macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal ⁽¹²⁾.

- **Control médico y obstétrico:**

Examen de salud: El modelo de atención en el período preconcepcional debe ser multidisciplinario e integral y deberá comprender: examen clínico general y regional: en especial exploración mamaria, exploración vaginal y pélvica, citología cervical, toma de Papanicolaou (según corresponda). Control de peso y la talla, control de la presión arterial, visita al dentista y/o nutricionista, suplemento de vitaminas según corresponda; así como exámenes auxiliares y exploración de antecedentes personales y/o familiares detalladamente para evaluar estilo de vida, riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), potencial exposición a teratógenos químicos, saneamiento básico, posibles vectores, entre otros parámetros a evaluar.

- **Hábitos nocivos:**

Alcohol: Se trata de un agente probadamente teratogénico y no existe una dosis considerada segura para su uso durante la gestación. Se asocia con muerte intrauterina, restricción de crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central y de la conducta. El consumo excesivo de alcohol tempranamente en la gestación puede producir el síndrome del alcohol fetal en torno al 10% de embarazos. Las campañas de educación son de extrema importancia ya que no existe la noción de este riesgo en la población. Las mismas deben enfatizarse en el alcohol y no en el alcoholismo. Mientras se consiga el abandono del uso del alcohol debe sugerirse posponer el embarazo hasta que se logre ⁽⁸⁾.

Drogas: De una forma general se puede afirmar que todas las drogas afectan en forma negativa a la mujer, su entorno y al futuro embarazo. La mayor parte de las drogas al atravesar la barrera placentaria afectan al feto

el que es muy vulnerable, las drogas de peso molecular muy bajo, pasan al feto con gran facilidad y una pequeña cantidad puede transformarse en una sobredosis. El uso de cocaína durante la gestación ha sido vinculado a defectos por disrupción vascular, expresados en anomalías del sistema nervioso central, defectos por reducción de miembros y retardo de crecimiento intrauterino. La marihuana presenta efectos similares a los causados por el cigarrillo. Además de explicar los riesgos del consumo de sustancias, se debe proponer un plan de tratamiento para el abandono de la adicción, mientras esto no se consigue se deberá sugerir posponer el embarazo, para lo cual debe indicarse un contraceptivo seguro ⁽⁸⁾.

Tabaco: El hábito de fumar, activo y pasivo afecta tanto al feto como a la madre, entre los daños atribuidos se describen: infertilidad, abortos espontáneos, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, riesgo de parto pre-término, desprendimiento de placenta, muerte fetal y perinatal, aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio del recién nacido. Es prioritario evitar su consumo y ofrecer un programa activo de cese de fumar a las gestantes ⁽¹²⁾.

Medicamentos-automedicación: El consumo normal de medicamentos es necesario para curar o controlar una determinada afección en esos casos siempre se deberá valorar el momento oportuno para recomendar en el embarazo. Pero en otras oportunidades el uso de estos por automedicación puede configurar un patrón adictivo, en estos casos, como ya se inició con el uso de otras sustancias, se deberá informar sobre los riesgos que implica el uso sobre la salud de la mujer y de su futuro embarazo. La premisa a dar a toda mujer que piensa embarazarse es que los medicamentos deben

evitarse a menos que sean indispensables y en estos casos deberá consultar al equipo de salud para evaluar cuidadosamente el riesgo fetal frente al beneficio materno de dicha medicación ⁽¹²⁾.

- **Exposición a teratógenos químicos:**

La exposición a sustancias teratógenas en el lugar de trabajo y en el hogar también debe de ser evaluada en aquellas parejas que desean una gestación. Algunas disfunciones reproductoras pueden estar relacionadas con la exposición a distintos agentes que producen alteración en la espermatogénesis y en la ovogénesis causando infertilidad (óxido de etileno, arsénico, níquel, polivinílicos, benceno y plomo) o alteraciones en la gestación (solventes orgánicos, agentes antineoplásicos) ⁽²⁾.

- **Autoestima:**

La autoestima es la valoración que cada persona hace de sus atributos intelectuales, emocionales, físicos y espirituales; es el sentimiento o concepto valorativo (positivo o negativo) del ser, la cual se aprende, cambia y se puede mejorar y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias. Según como se encuentre la autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que estos están intrínsecamente ligados. Una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, fomentará el autocuidado, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada. La persona con una autoestima elevada, valora y cuida su salud, sabe que es muy importante para ella y para los que le rodean

mantenerse en buen estado de salud, por lo tanto evita o se abstiene ante situaciones perjudiciales de salud que puedan ser de alto riesgo ⁽⁸⁾.

- **Estado de ánimo:**

El estado de ánimo puede mejorarse a través del uso de recetas naturales como tomar un vaso de leche tibia antes de dormir así como el uso de romero, ruda, entre otras. El ejercicio combate la depresión leve y la ansiedad. Se aconseja técnicas de relajación, de meditación, llevar una vida sin presiones ni estrés, realizar actividades novedosas y atractivas, salir de paseo ⁽⁸⁾.

- **Relaciones interpersonales y Círculo social:**

En esta nueva etapa se sugiere emprender nuevas actividades, frecuentar asociaciones, asistir a reuniones sociales, disponer de más tiempo para disfrutar y cultivar amistades ⁽⁸⁾.

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. Atención preconcepcional:

Conjunto de intervenciones y actividades de atención integral, realizada en un establecimiento de salud por profesional calificado, que se brinda a una mujer o a una pareja, con el fin de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo, se considera también como objetivo de la atención preconcepcional aminorar los riesgos biopsicosociales y del ambiente para que el futuro embarazo se desarrolle en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el o la hija que deseen procrear. Es una estrategia efectiva para contribuir a la mejor calidad de vida de las personas a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los programas de salud. Ministerio de Salud ⁽⁷⁾.

La atención preconcepcional se define también, como un conjunto de intervenciones para identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y para los resultados de un embarazo; pretende modificar esos patrones a través de una estrategia de prevención que busca optimizar el resultado perinatal y materno. La detección de mujeres con riesgo reproductivo y el cuidado preconcepcional son aspectos de atención en salud que pueden reducir la morbilidad materna y perinatal, en especial aquella derivada de causas indirectas ⁽¹⁵⁾.

1.3.2. Consejería preconcepcional:

Proceso de comunicación entre el personal de salud y la pareja o usuario/as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la procreación desde el punto de vista de su estado de salud ⁽¹⁾.

Así mismo, informar a la pareja como pueden aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicas ⁽¹⁾.

1.3.3. Cuidado preconcepcional:

Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.

Toda usuaria que desea embarazarse, el cuidado preconcepcional se le debe de brindar seis meses previos a la búsqueda del embarazo.

El promotor de salud, como miembro del Ecos Familiar, debe identificar a mujeres en edad fértil que desee embarazarse, y referir a consulta preconcepcional.

El cuidado preconcepcional es reconocido como un componente crítico en la atención sanitaria de las mujeres en edad reproductiva ⁽¹⁵⁾.

1.3.4. Consulta preconcepcional:

Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. Durante esta consulta se debe explorar a través de la Hoja Filtro, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la mujer deberá ser remitida a consulta con el médico ginecobstetra, quien definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. (Cuidado preconcepcional acciones a tomar según factores de riesgo). Si se detecta factores de riesgo y la usuaria

no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar ⁽²⁾.

La consulta preconcepcional se define como: la entrevista programada entre una mujer o una mujer y/o su pareja con el equipo de salud previo al embarazo con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo la meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones consientes sobre su fututo reproductivo, y el momento ideal para el asesoramiento es previo a la gestación ⁽²⁾.

En algunas comunidades más de la mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario, de esta forma el embrión puede haber estado expuesto a agentes nocivos. Entre las mujeres que planifican una gestación un alto número de ellas no pueden acceder a una orientación preconcepcional apropiada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. Algunas específicamente acuden en búsqueda de asesoramiento, pero este no está pautado o es limitado. Por todo ello es necesario asistir preconcepcionalmente a las mujeres en edad fértil y asesorarlas sobre los factores que aumentas sus probabilidades de enfermar o morir ella o sus hijos. Se proponen entonces aplicar en la consulta preconcepcional el clásico enfoque de niveles de prevención ⁽²⁾.

Es conveniente aclarar que el enfoque según niveles de prevención se estará aplicando al mismo tiempo a dos individuos la mujer que quiere ser madre por un

lado y el niño que se gestará por otro. En este caso recomendaciones o acciones de un nivel de prevención secundaria para la mujer podrán presentar un nivel de prevención primaria para el niño, por ejemplo, efectuar un tratamiento correcto para la diabetes en una mujer puede prevenir la aparición de complicaciones más severas derivadas del mal control metabólicos o el daño vascular producida por dicha enfermedad, al mismo tiempo, que el uso adecuado de la insulina para mantener la euglicemia protegería de sufrir defectos congénitos del embrión a gestarse.

La consulta preconcepcional procura lograr el bienestar materno y el nacimiento de un niño sano. El estado de salud es un concepto sumamente amplio, con definiciones que han ido evolucionando, desde el concepto de ausencia de enfermedad, hasta los enfoques actuales más integradores a la vez que complejos ⁽²⁾.

1.3.5. Prácticas de autocuidado en salud:

El concepto de salud, es un término amplio y complejo, la definición más ampliamente aceptada es la señalada por la OMS, la cual, la establece como un completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Según OREM en 1991, el concepto de salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes, en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defectos que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, racional y pensante (citado por Osorio) ⁽²⁾.

1.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

1.4.1. Variables:

- **Variables Independientes**

Factores personales:

- Sociales
- Biológicos
- Económicos

- **Variables Dependientes**

Prácticas de autocuidado preconcepcional

- Nutrición
- Control médico-obstétrico
- Hábitos nocivos
- Conocimiento de autocuidado
- Exposición a teratógenos químicos
- Preparación Preconcepcional
- Estado de ánimo y autoestima
- Círculo social y relaciones interpersonales

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Es Cuantitativo, ya que es una estrategia metodológica que permite trabajar datos cuantificables (medibles), y permite una aproximación sistemática al estudio de hechos sociales “apoyándose” preferentemente en categorías numéricas y realiza el análisis a través de diferentes formas de interrelacionar estadísticamente esas categorías numéricas ⁽¹⁶⁾.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada, por que busca identificar problemas sobre un hecho y su propósito es dar solución a los problemas identificables e intervenir para definir las estrategias de solución ⁽¹⁷⁾.

2.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo correlacional de corte transversal, por que busca indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables; correlacionales por que busca describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado; y transversales por que buscan recolectar datos en un solo momento o tiempo único ⁽¹⁸⁾.

2.4. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

- **Población:** Está conformada por todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos Ayacucho, entre los meses de abril a mayo 2019.
- **Muestra:** La muestra está constituida por la población censal de todas las gestantes.
- **Muestreo:** La muestra será no probabilística, por conveniencia.

2.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión.-** Gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huanca Sancos durante los meses de abril a mayo 2019, con consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión.-** Se excluyen las gestantes que se negaron a participar en la investigación y no cuentan con consentimiento informado.

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará la técnica de la encuesta, aplicando el siguiente Cuestionario que consta de dos secciones, la primera se refiere a los datos generales de la gestante y la segunda sección a la realización de las prácticas de autocuidado preconcepcional.

2.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La validación del instrumento se someterá a juicio de expertos, y para la confiabilidad se someterá a una prueba piloto de 10 gestantes antes de aplicar el instrumento de recolección de datos.

2.8. PLAN DE ANÁLISIS Y PROCEDIMIENTO DE DATOS

- En primer lugar, se contará con la autorización del Jefe del Centro de Salud de Huanca Sancos.
- El instrumento será aplicado inmediatamente después de obtener la autorización respectiva, para tal efecto se contará con el apoyo de un asistente contratado para este fin, en la cual se aplicará en primer lugar el Consentimiento informado, seguido de la explicación del objetivo de llenado del Cuestionario.
- Los datos se estiman obtener en un lapso de 30 días calendarios.

2.9. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A nivel descriptivo se usará el análisis estadístico descriptivo e inferencial, será presentado en tablas simples según las prioridades, y los datos serán procesados con el programa especializado de estadística SPSS V 23, en sus dos niveles; descriptivo y analítico. Se Utilizará el Chi cuadrado y el OR.

2.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Beneficencia: El presente el investigador trabajará en cada una de las etapas sin hacer abuso de nuestra posición considerando que nuestro fin es investigar sin pasar por encima de la dignidad humana, respetando los derechos fundamentales de la persona de acuerdo a Ley sin transgredir en lo absoluto.
- Privacidad: La identidad de los participantes se mantendrá en estricta reserva y serán manejados solo por los investigadores, al igual que los datos obtenidos en todas y cada una de las encuestas, tendremos presente la confidencialidad y el secreto profesional enmarcado en el Código de Ética y Deontología.

- Consentimiento informado: debido que se trabajará con ellos se les informará de los objetivos que se quieren lograr y se pedirá su apoyo el cual reafirmaremos por medio del consentimiento informado, de manera libre sin coacción para ser parte de la muestra en el proyecto de investigación.
- No maleficencia: No implicará ningún riesgo físico o psicológico para los participantes de la encuesta sobre las prácticas de autocuidado preconcepcional.
- Autonomía: Las gestantes decidirán voluntariamente si desean participar o no de la investigación.
- Veracidad: Los datos obtenidos no se modificarán para lograr algún resultado o beneficio.

III. RESULTADOS

TABLA 01.
Factores personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud
Huanca Sancos. Ayacucho, abril mayo 2019.

Factores personales		fi	%
Sociales	Edad de la madre	41	100
	12 a 24 años	17	41,5
	25 a 49 años	24	58,5
	Grado de instrucción	41	100
	Primaria	9	22,0
	Secundaria y Superior	32	78,0
	Estado civil	41	100
	Soltera	17	41,5
	Casada	7	17,1
	Conviviente	17	41,5
Biológicos	N° de partos	41	100
	0 a 2 partos	36	87,8
	Mayor igual a 3 partos	5	12,2
	Enfermedad crónica	41	100
	Sí	12	29,3
	No	29	70,7
	Enfermedad materna	41	100
	Sí	20	48,8
	No	21	51,2
	Económicos	Ambiente Laboral	41
Con riesgo ambiental		8	19,5
Sin riesgo ambiental		33	80,5
Horas de trabajo		41	100
Menor igual a 8 horas		23	56,1
Mayor a 8 horas		18	43,9
Ingreso familiar		41	100
< a S/. 930.00		27	65,9
≥ a S/. 930.00		14	34,1
Propiedad de vivienda		41	100
No	32	78,0	
Sí	9	22,0	

Fuente: elaborado en base a cuestionario aplicado a las madres gestantes.

La tabla 01 muestra los factores sociales como la edad, grado de instrucción y estado civil; se observa que del 100% el 58,5% de gestantes tienen edades entre 25 a 49 años y seguida por los 41,5% entre 12 a 24 años; respecto al grado de instrucción del total de gestantes el 78,0% tienen secundaria y superior, y el 22,0% primaria; en cuanto al estado civil se halló que del 100%, el 41,5% de gestantes son Solteras, con el mismo porcentaje de 41,5% son convivientes y con sólo 17,1% casadas.

Respecto a los factores biológicos obtuvimos, que del 100% el 87,8% de gestantes tuvieron entre 0 a 2 partos, seguido del 12,2% con mayor igual a 3 partos; asimismo referente a enfermedad crónica, del total de gestantes el 70,7% no presentan, y el 29,3 sí presentan; y en cuanto a enfermedad materna el 51,2% de gestantes no presenta enfermedad materna, y el 48,8% sí presentan.

Dentro de los factores económicos se obtuvo que el ambiente laboral de las madres gestantes, el 80,5% se encuentran sin riesgo ambiental, y el 19,5% con riesgo ambiental; el siguiente factor económico es las horas de trabajo de las madres gestantes, el cual del 100% el 56,1% trabajan menor o igual a 8 horas, y 43,9% laboran mayor a 8 horas al día; referente a ingreso familiar del total de gestantes el 65,9% perciben menor a S/. 930.00, seguido del 34,1% mayor o igual a S/.930.00; por último respecto a la propiedad de vivienda de las gestantes, del 100% el 78,0% sí es una vivienda propia, y un 22,0% no es propia; respectivamente.

TABLA 02.

Prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. Ayacucho, abril mayo 2019.

Prácticas de autocuidado preconcepcional		fi	%
Nutrición	No cumple	26	63,4
	Sí cumple	15	36,6
	Total	41	100,0
Control médico obstétrico	No cumple	30	73,2
	Sí cumple	11	26,8
	Total	41	100,0
Hábitos nocivos	Sí tiene	11	26,8
	No tiene	30	73,2
	Total	41	100,0
Conocimiento de autocuidado preconcepcional	Incorrecto	36	87,8
	Correcto	5	12,2
	Total	41	100,0
Exposición a teratógenos químicos	Sí	30	73,2
	No	11	26,8
	Total	41	100,0
Preparación preconcepcional	No	37	90,2
	Sí	4	9,8
	Total	41	100,0
Estado de ánimo y autoestima	Inadecuado	26	63,4
	Adecuado	15	36,6
	Total	41	100,0
Círculo social y relaciones interpersonales	Inadecuado	26	63,4
	Adecuado	15	36,6
	Total	41	100,0

Fuente: elaborado en base a cuestionario aplicado a las madres gestantes.

La Tabla 02 muestra las prácticas de autocuidado preconcepcional en cuanto al ámbito de nutrición, control médico obstétrico, hábitos nocivos, conocimiento de autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, preparación

preconcepcional, estado de ánimo y autoestima, y el círculo social y relaciones interpersonales; se halló que del 100% de gestantes el 63,4% no cumplen en cuanto a nutrición, seguido del 36,6% sí cumplen; en cuanto al control médico obstétrico del total de gestantes el 73,2% no cumplen y el 26,8% sí cumplen; sobre hábitos nocivos el 73,2% no tienen hábitos nocivos y el 26,8 sí tienen; frente al conocimiento de autocuidado preconcepcional el mayor porcentaje tienen una percepción incorrecta con un 87,8%, seguido del 12,2,% correcto; referente a la exposición a teratógenos químicos del total de gestantes el 73,2% sí están expuestas y el 26,8 no están expuestas; en cuanto a la preparación preconcepcional se halló que el 90,2% no se prepararon y el 9,8% sí se prepararon; respecto al estado de ánimo y autoestima de las gestantes del 100% el 63,4% es inadecuado y el 36,6 es adecuado; por último el círculo social y relaciones interpersonales de las gestantes coinciden con la dimensión anterior con el 63,4% inadecuado y el 36,6% adecuado; respectivamente.

TABLA 03.
Factores personales asociados a las prácticas de autocuidado
preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca
Sancos. Ayacucho, abril mayo 2019.

Factores personales		Autocuidado				Total	%	X ² _p
		No Practica	%	Practica	%			
Edad de la madre gestante	12 a 24 años	13	31,7	4	9,8	17	41,5	X ² _c =0,462 gl = 1 p>0,05
	25 a 49 años	16	39,0	8	19,5	24	58,5	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Grado de instrucción	Primaria	9	22,0	0	0,0	9	22,0	X ² _c =4,772 Gl = 1 p<0,05
	Secundaria y superior	20	48,7	12	29,3	32	78,0	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Estado civil	Soltera	12	29,3	5	12,2	17	41,5	X ² _c =1,057 gl = 2 p>0,05
	Casada	6	14,7	1	2,4	7	17,1	
	Conviviente	11	26,8	6	14,7	17	41,5	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Número de Partos	≥ a 3 partos	5	12,2	0	0,0	5	12,2	X ² _c =2,356 gl = 1 p>0,05
	0 a 2 partos	24	58,5	12	29,3	36	87,8	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Enfermedad crónica	Sí	11	26,8	1	2,4	12	29,3	X ² _c =3,592 gl = 1 p>0,05
	No	18	43,9	11	26,8	29	70,7	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Enfermedad materna	Sí	15	36,6	5	12,2	20	48,8	X ² _c =0,344 gl = 1 p>0,05
	No	14	34,1	7	17,1	21	51,2	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Ambiente Laboral	Con riesgo	5	12,2	3	7,3	8	19,5	X ² _c =0,325 gl = 1 p>0,05
	Sin riesgo	24	58,5	9	22,0	33	80,5	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Horas de trabajo al día	> a 8 horas	13	31,7	5	12,2	18	43,9	X ² _c =0,034 gl = 1 p>0,05
	≤ a 8 horas	16	39,0	7	17,1	23	56,1	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Ingreso familiar	< a S/. 930.00	19	46,4	8	19,5	27	65,9	X ² _c =0,005 gl = 1 p>0,05
	≥ a S/. 930.00	10	24,4	4	9,7	14	34,1	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100,0	
Propiedad de vivienda	Sí	5	12,2	4	9,8	9	22,0	X ² _c =1,283 gl = 1 p>0,05
	No	24	58,5	8	19,5	32	78,0	
	Total	29	70,7	12	29,3	41	100	

Fuente: elaborado en base a cuestionario aplicado a las madres gestantes.

La tabla 03 muestra la asociación entre los factores personales y las prácticas de autocuidado preconcepcional, del 100% de gestantes el 58,5% tienen entre 25 a 49 años, de ellas el 39,0% no practican y el 19,5% sí practican, seguido del 41,5% son gestantes de entre 12 a 24 años, de ellas el 31,7% no realizan prácticas de autocuidado preconcepcional y un 9,8% si practican.

El 78,0% tiene grado de instrucción secundaria y superior, de las cuales el 48,7% no realizan prácticas de autocuidado y el 29,3% si realizan; y el 22,0% tienen grado de instrucción primaria, de ello en su totalidad no realizan las prácticas de autocuidado preconcepcional.

Respecto al estado civil de las gestantes, el 41,5% son solteras, de ellas el 29,3% no practican autocuidado preconcepcional y el 12,2% sí practican; seguido del 41,5% que son convivientes, de ello el 26,8% no practican y el 14,7% sí practican.

El 87,8% de gestantes ha tenido entre 0 a 2 partos, de ellas el 58,5% no practican el autocuidado preconcepcional y el 29,3% si practican; seguido de 12,2% que tienen mayor o igual a 3 partos, de ellas también, el 12,2% no practican el cuidado preconcepcional.

El 70,7% de gestantes no presenta ninguna enfermedad crónica, de ellas el 43,9% no practican el autocuidado preconcepcional y el 26,8 sí practican; seguido del 29,3% sí presentan, de ellas el 26,8% no practican y el 2,4 sí practican.

Asimismo, el 51,2% de gestantes no presenta ninguna enfermedad materna, de ello el 34,1% no practican autocuidado preconcepcional y el 17,1% si practican;

seguido de un 48,8% que sí presentaron alguna enfermedad materna, de ellas el 36,6% no practican al igual que el otro 12,2% que sí practican el autocuidado preconcepcional.

De las gestantes, el 80,5% trabajan en ambientes laborales sin riesgo ambiental, de ellas el 58,5% no practican autocuidado preconcepcional y el 22,0% sí practican; seguido de un 19,5% laboran con riesgo ambiental, de ello el 12,2% no practican y el 7,3% sí practican el autocuidado preconcepcional.

En cuanto a las horas de trabajo de las gestantes, el 56,1% trabajan menor o igual a 8 horas por día, de ellas el 39,0% no practican autocuidado preconcepcional y el 17,1% si practican; el 43,9% trabajan mayor a 8 horas al día, de ello el 31,7% no practican y el 12,2 no practican.

El 65,9% de gestantes tienen un ingreso familiar menor a S/. 930.00, de ellas el 46,4% no practican el autocuidado preconcepcional y el 19,5% sí practican; seguido de un 34,1% que perciben un ingreso mayor o igual a S/. 930.00, de ellas el 24,4% no practican y el 9,7% sí practican.

Por último, el 78,0% de gestantes no tienen una vivienda propia, de ellas el 58,5% no practican autocuidado preconcepcional y el 19,5% sí practican; asimismo el 22,0% viven en una vivienda propia, de ello el 12,2% no practican y el 9,8% sí practican.

IV. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue relacionar los factores personales y las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos, para mejorar la salud materna infantil, su familia y la comunidad en general, ya que el embarazo y el parto constituyen momentos decisivos para la mujer, no solo porque significa la continuidad de la especie, sino por el riesgo de vida que ha representado tanto para ella como para su descendencia; esto respaldado por la Revista Cubana Obstet Ginecol, donde Miguel Lugones hace referencia a ello.

Con respecto a la Tabla 01 referente a los factores personales se encontró dentro de los sociales, que la mayoría de gestantes tienen edad entre 25 a 49 años(58,5%), con grado de instrucción Secundaria y superior(78,0%), y con estado civil soltera y conviviente como mayores porcentajes cada uno(41,5%); según lo evaluado en el estudio de Rodenas(3) la mayor parte de la población estudiada tienen edades de 25 años a más (67,4%), tuvo grado de instrucción secundaria y superior(80,2%), y estado civil de conviviente y soltera (83,4%) este resultado coincide con lo evaluado en el estudio anterior. Cabe mencionar también con respecto a las enfermedades crónicas, que las gestantes

estudiadas en su mayor proporción no padece ninguna (70,7%), así como las enfermedades maternas que no padecen también(51,2%); éstos resultados guardan relación con el estudio de Cárcamo(1), donde la población estudiada no presentó enfermedades crónicas(92,0%) al igual que enfermedades maternas no la presentaron(85,0%).

Es preciso mencionar que los factores personales son de vital importancia ya que determina el estado social, biológico y económico en el que se encuentran las gestantes evaluadas, asimismo poner en tapete las desigualdades sociales que aún existen en nuestra sociedad, con ello hacer énfasis en la políticas públicas para mejorar dichas brechas.

Referente a la Tabla 02 prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes se halló que del 100,0% de gestantes más del 50% el no cumplen en ámbito de nutrición (63,4%), control médico (73,2%), hábitos nocivos (73,2%), conocimiento de autocuidado (87,8%), exposición a químicos teratógenos (73,2%), preparación preconcepcional (90,2%), estado de ánimo y autoestima (63,4%), y círculo social y relaciones interpersonales (63,4%), éstos resultados guardan relación con los hallados por Cárcamo(1), donde en su mayoría la población estudiada tuvieron una práctica no saludable.

Es necesario tomar las riendas del problema, debido a que se halló que el mayor porcentaje de las gestantes no realizan las prácticas de autocuidado preconcepcional, y es necesario también generar corresponsabilidad social para disminuir la brechas sociales, bilógicas y económicas que fortalezcan asimetrías y que representen una barrera para la construcción de una cultura de prevención.

Con respecto a la Tabla 03 asociación entre factores personales y las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes, se encontró en la edad que la mayoría de las gestantes tienen de 25 años a más, de ellas la mayoría no practican el autocuidado preconcepcional (39,0%) y la minoría practican (19,5%); asimismo respecto al grado de instrucción la mayor cantidad de gestantes cuenta con grado de instrucción secundaria y superior, de ellas la más alta cantidad (48,7%) no practican autocuidado y la menor cantidad si practican(29,3%); continuando con el estado civil se halló en mayor porcentaje son solteras y convivientes, de ellas prevalece la no práctica de autocuidado preconcepcional(29,3%) y en menos cantidad sí practican(12,2%); La mayoría de gestantes ha tenido entre 0 a 2 partos, de ellas en más cantidad (58,5%) no practican el autocuidado preconcepcional y en menos cantidad (29,3%) si practican; asimismo se halló que el 70,7% de gestantes no presenta ninguna enfermedad crónica, de ellas la mayoría (43,9%) no practican el autocuidado preconcepcional y la minoría (26,8%) sí practican; se encontró también, el mayor porcentaje de gestantes no presenta ninguna enfermedad materna, de ellas más alta cantidad (34,1%) no practican autocuidado preconcepcional y en menos cantidad (17,1%) si practican; encontramos que la mayor parte de las gestantes laboran en lugares sin riesgo ambiental, de ellas en más cantidad (58,5%) no practican autocuidado preconcepcional y en menos cantidad (22,0%) sí practican; respecto a las horas de trabajo de las gestantes, más del 50% trabajan menor o igual a 8 horas por día, de ellas prevalece (39,0%) las gestantes que no practican autocuidado preconcepcional y en menor proporción (17,1%) si practican; continuando un mayor porcentaje de gestantes tienen un ingreso familiar menor a S/. 930.00, de ellas la mayoría (46,4%) no practican el autocuidado preconcepcional y la minoría (19,5%) sí practican; y por último una gran cantidad de gestantes no tienen una vivienda propia, de ellas más cantidad

(58,5%) no practican el autocuidado y en menor cantidad (19,5%) sí practican, respectivamente; éstos resultados hallados coinciden con los encontrados por Duarte(8) en el cual resalta los factores de la población estudiada que el 90% realiza prácticas de autocuidado no saludable y tan sólo con un 10% saludable.

Es importante conocer la asociación que existe entre los factores personales de las gestantes y las prácticas de autocuidado ya que determinamos en que brecha concentrar las estrategias de salvaguarda para las madres, padres y niños por nacer.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que la mayoría de las gestantes tienen de 25 años a más (58,5%), se halló también respecto al grado de instrucción a la mayoría de las gestantes con instrucción secundaria y superior; el estado civil de la mayoría de las madres fue convivientes y casadas; la mayoría de gestantes tuvieron entre 0 a 2 partos por lo menos; respecto a las enfermedades tanto crónicas como maternas el mayor porcentaje de las gestantes no las presentaban; asimismo se encontró que la mayor cantidad de gestantes tienen sin riesgo ambiental su lugar de trabajo; en cuanto a las horas de trabajo la mayoría de gestantes laboran menos o igual a 8 horas por día; como ingreso económico familiar de las gestantes más de la mitad es menor a S/. 930.00; y como último la vivienda de las gestantes no es propia en su gran mayoría.
2. Se halló que de las dimensiones de nutrición, control médico obstétrico, hábitos nocivos, conocimiento de autocuidado, exposición a teratógenos químicos, preparación preconcepcional, estado de ánimo y autoestima, y círculo social y relaciones interpersonales; que más del 50% de las madres no practican autocuidado y menos de la mitad sí practican autocuidado preconcepcional, en cada una de las dimensiones mencionadas.

3. El factor grado de instrucción se relaciona significativamente con el autocuidado preconcepcional de las madres gestantes ($X^2_c = 4,772$; $p < 0,05$) y los factores edad, estado civil, número de partos, enfermedad crónica, enfermedad materna, lugar de trabajo, horas de trabajo, ingreso familiar y tipo de vivienda no se relacionan significativamente ($p > 0,05$).

RECOMENDACIONES

1. Un Nacimiento saludable depende de la salud integral de la mujer y su pareja antes del embarazo y es el punto de partida para iniciar la prevención de discapacidades.
2. Por ello se recomienda a la Micro Red de Salud Huanca Sancos y al Centro de Salud Huanca Sancos, a través de sus autoridades y el personal de salud en general, la promoción y mayor difusión del servicio de Atención Preconcepcional que esta normado por el Ministerio de Salud hacia la población en general con énfasis en las Mujeres en Edad Fértil que se atienden en los servicios de Obstetricia del Centro de Salud de Huanca Sancos, ello a través de sesiones educativas, sesiones demostrativas, consejerías personalizadas, creación de materiales acordes a la realidad como paneles informativos, y spot radiales y/o videos para los medios masivos de comunicación; realizar el mercadeo social, movilización de la comunidad, entre otros.
3. A los profesionales de salud del Centro de Salud Huanca, generar cambios en los conocimientos y comportamientos para que se transformen en mediadores y promotores de una cultura de prevención prenatal de discapacidades, así como el desarrollo de competencias y destrezas en la

formulación de propuestas y la socialización, negociación y ejecución de acciones a corto en las instituciones y con la población meta final.

4. A las autoridades de las diferentes instituciones de la Provincia de Huanca Sancos, realizar reforzamiento acerca de los conceptos generales del autocuidado preconcepcional y la atención preconcepcional, cuando iniciarla y quienes deben participar, para un trabajo conjunto con el abordaje de los factores más vulnerables de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárcamo H, Mendoza A. Prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes que asistieron a su control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, durante junio-agosto del 2013. Arequipa: UCSM; Publicado el 30-enero-2014. Acceso 10 de febrero 2019. Disponible en Internet: <http://www.alicia.concitec.gob.pe/vufind/Record/UCSM>
2. Ozorio J, Salas P. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención preconcepcional en mujeres de edad fértil de 15 a 35 años usuarias de las unidades comunitarias de salud familiar San Isidro, Morazan y San Felipe, Pasaquina, La Unión año 2017. El Salvador: Universidad de El Salvador; 13-jul-2018. Disponible en: <http://www.ri.ues.edu.sv/id/eprint/16965/1/50108343.pdf>
3. Rodenas A. 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. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, 2016. Disponible en : http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5496/Rodenas_pa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
5. Organización Panamericana de la Salud/Perú. AIEPI Neonatal Intervenciones Basadas en Evidencias 2011. Disponible en: http://www.paho.org/per/images/stories/AIEPI/evidencias_2.pdf?ua=1
6. Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Análisis de Situación de Salud de la Región Ayacucho 2015. Disponible en: http://www.saludayacucho.gob.pe/images/oficinas/Epidemiologia/Asis/Asis_diresa_ayacucho_2015.pdf
7. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Perú: MINSA; 2013.
8. Duarte H. Prácticas de autocuidado pre concepcional de mujeres urbanas, que ingresan al Control Prenatal, en el consultorio Urbano Víctor Domingo Silva, de la Ciudad de Coyhaique. Enero 2008. [Tesis]. Chile: Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina, 2009. [Acceso el 17 de agosto del 2015]. Disponible en:

<http://www.cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmd812p/doc/fmd812p.pdf>

9. Martínez E. Promoción de prácticas de autocuidado durante el embarazo en la comunidad de Coatetelco, Municipio Miacatlán, Morelos. Agosto 2015. México. Instituto Nacional de Salud Pública/Escuela de Salud Pública de México. Disponible en: <http://www.catalogoinsp.mx/files/tes/054520.pdf>
10. Ministerio de salud y protección social, Protección social, Ciclo de vida. MinsaludCol. Gobierno de Colombia; 18 febrero 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
11. Wikipedia enciclopedia libre. Estado civil. Florida, 2019. Disponible en: https://www.es.wikipedia.org/wiki/Estado_civil
12. SCHWARCZ, URANGA Y COL. (2001). El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Área de Salud Materno Perinatal y Reproductiva. Ministerio de salud de Argentina.
13. Zárate G, Perez M. Factores sociales como mediadores de la salud pública. Salud Uninorte Barranquilla 2007. Colombia. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4033/5723>
14. Orem D. Teorías de Dorotea Orem (autocuidado) <https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>
15. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto y puerperio y al recién nacido. El Salvador: Ministerio de Salud; 2011.
16. Centro de Estudios de Opinión. El diseño cuantitativo una estrategia metodológica para el manejo de la información cuantitativa. Universidad de Antioquia – Colombia. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/download/1232/954>
17. Paguatian E. Tipos de investigación aplicada. Fundación universitaria Los Libertadores – Colombia, 2016. Disponible en: <https://www.es.slideshare.net/ingpaguatiant2/tipos-de-investigacin-investigacin-aplicada-vs-investigacin-bsica>
18. Aguilar A, Duarte L, Orrantia E. Métodos en Psicología II. Universidad Autónoma de Baja California, 2011. Disponible en:

<https://www.es.slideshare.net/uabcpsique/diseos-no-experimentales-transversales-transversales-descriptivos-y-exploratorios>

19. Mombiela A, Lopez L, Marin M, Arasa M, Cardona C. Atención Preconcepcional: Prevención Primaria. Congreso Internacional de Género, Ética y Cuidado, Barcelona – España, 2014.
20. Rebollo G, Martínez J, Falguera G, Nieto S, Nuñez L. Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en la atención primaria de salud. Matronas Profesión. Barcelona – España, 2016.
21. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de cuidado de enfermería en la orientación preconcepcional: Enfermería basada en evidencia. Colombia 2015. Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20preconcepcional.pdf>
22. Lugones M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Revista cubana Obstet Ginecol vol 42 no.1 Ciudad de la Habana – Cuba 2016. Disponible en:
http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001
23. Arrate M, Linares M, Cuesta A, Isaac L, Molina V. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional. Medisan Santiago de Cuba, Cuba 2017. Disponible en:
http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192017000200003
24. Pastor M, Suya L, Vásquez I, Zavala C, Ramírez A. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. Universidad Nacional Autónoma de Honduras 2006. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2006/pdf/RFCMVol3-2-2006-4.pdf>
25. Duran M, González M. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Revista Medicina General de Pontevedra. Argentina 1999. Disponible en:
<http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/abril2002/252-262.pdf>
26. González G, Pérez M. Factores sociales como mediadores de la salud pública. Revista Científica Salud Uninorte Barranquilla. Colombia 2007. Disponible en:

<http://www.rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4033/5723>

27. Ministerio de Salud. Lineamientos de Nutrición materno infantil del Perú. Lima: MINSA; 2004.
28. Ministerio de Salud. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Protocolo de atención preconcepcional. Bogotá: MINSA. UNFPA; 2012.
29. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. OPS. Montevideo-Uruguay, 2011. Disponible en:
https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=416-salud-sexual-y
30. Capitán M, Cabrera R. La consulta preconcepcional en la atención primaria. Evaluación de la futura gestante. Revista científica MEDIFAM Madrid – España, 2001. Disponible en:
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS AYACUCHO, ABRIL-MAYO 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
¿Cuáles son los factores personales asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos - Ayacucho, abril a mayo 2019?	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la asociación entre los factores personales y prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer los factores personales (sociales, económicos y biológicos) de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. Identificar las prácticas de autocuidado preconcepcional más frecuentes (nutrición, control médico obstétrico, hábitos nocivos, conocimiento de autocuidado, exposición a químicos, preparación preconcepcional, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social) realizadas por las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. Determinar la asociación entre los factores personales y prácticas de autocuidado preconcepcional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos. 	<p>Hi. Los factores personales están asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos – Ayacucho, abril a mayo 2019.</p> <p>Ho. Los factores personales no están asociados a las prácticas de autocuidado preconcepcional de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos – Ayacucho, abril a mayo 2019.</p>	<p>Variables Independientes</p> <p>Factores personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sociales Biológicos Económicos <p>Variables Dependientes</p> <p>Prácticas de autocuidado preconcepcional</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutrición Control médico-obstétrico Hábitos nocivos Conocimiento de autocuidado Exposición a teratógenos químicos Preparación preconcepcional Estado de ánimo y autoestima Círculo social y relaciones interpersonales 	<p>Tipo y diseño de investigación: Descriptivo, correlacional de corte transversal.</p> <p>Tamaño de muestra: Está conformada por 50 gestantes atendidas en el Centro de Salud Huanca Sancos Ayacucho, entre los meses de abril a mayo 2019.</p> <p>Recolección de datos: El instrumento será aplicado inmediatamente después de obtener la autorización respectiva, para tal efecto se contará con el apoyo de un asistente contratado para este fin, en la cual se aplicará en primer lugar el Consentimiento informado, seguido de la explicación del objetivo de llenado del Cuestionario.</p> <p>Análisis estadístico: A nivel descriptivo se usará el análisis estadístico descriptivo e inferencial, será presentado en tablas simples según las prioridades, y los datos serán procesados con el programa especializado de estadística SPSS V 23, en sus dos niveles; descriptivo y analítico. Se Utilizará el Chi cuadrado y el OR.</p>

ANEXO 2.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Independiente: Factores personales	Son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre su salud, esto incluye la edad, el grado de instrucción, estado civil entre otros.	Los factores personales que influyen en las prácticas de autocuidado de las mujeres del distrito de Huanca Sancos son: Sociales, biológicos y económicos. Se medirá mediante la Técnica de Entrevista y el instrumento de Ficha de recolección de datos, de 10 ítems, tomado de la propuesta conceptual de Cárcamo H. (1).	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de instrucción • Estado civil 	Se evaluará mediante 3 ítems: 1, 2, 3.	<ul style="list-style-type: none"> • Razón • Ordinal • Nominal
			Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de enfermedad crónica • Antecedentes gineco-obstétricos • Número de partos 	Se medirá mediante 3 ítems : 4, 5, 6.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Razón
			Económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de trabajo • Horas laborales • Ingreso familiar • Vivienda 	Se medirá mediante 4 ítems: 7, 8, 9, 10.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Razón • Razón • Nominal
Dependiente: Prácticas de autocuidado preconcepcional	Conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para	Son los autocuidados que asumen las mujeres de gestantes atendidos en el Centro de Salud Huanca Sancos como Nutrición, control médico obstétrico, hábitos nocivos, atención preconcepcional, exposición a	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de leche o derivados • Consumo de pescado • Consumo de carne roja • Consumo de verduras • Consumo de frutas • Consumo de agua segura 	Comprende 6 ítems: del 11 al 16.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal
			Control médico obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> • Asiste a sus controles medico obstétricos • Razón por la que asiste al médico u obstetra • Se controla su peso • Examen de Papanicolaou • Examen de mamas 	Se evaluará mediante 5 ítems del 17 al 21.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • nominal

	reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo.	teratógenos químicos, estado de ánimo y autoestima y círculo social y relaciones interpersonales; se evaluará mediante encuesta de autocuidado de 43 ítems (1).	Hábitos nocivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fuma cigarrillos • Consume alcohol • Se auto medica • Algún miembro de su familia fuma en casa • Conoce los riesgos del consumo de cigarrillos, alcohol, drogas y medicamentos 	Se evaluará mediante 7 ítems del 22 al 27.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal
			Preconcepcio nal	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce acerca del cuidado preconcepcional • Información obtenida (radio, tv, internet y profesional de salud) • Planifico su embarazo • Preparó su embarazo con exámenes de laboratorio • Preparó su embarazo tomando ácido fólico • Preparó su embarazo controlando su peso • Se vacunó contra la influenza • Se vacunó contra el tétanos • Se realizó prueba rápida de VIH • Acudió al odontólogo previo al embarazo 	Se evaluará mediante 10 ítems del 28 al 29 y del 32 al 39.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal
			Exposición a teratógenos químicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce la nocividad para el embarazo de insecticidas, fertilizantes, venenos para roedores • Sustancias químicas de su uso cotidiano 	Se evaluará mediante 2 ítems del 30 al 31	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal
			Estado de ánimo y autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Se tranquiliza cuando tiene problemas • Sale de casa para despejarse • Cuida su apariencia personal • Se siente aceptado por los demás • Es capaz de decir no cuando le ofrecen algo perjudicial • Escucha consejos que le sirven para el cuidado de su salud • Evita situaciones de tristeza • Existen problemas en su familia por su entorno 	Se evaluará mediante 8 ítems del 40 al 46.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal
			Círculo social y relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Asiste a fiestas familiares u otras • Asiste a reuniones de su comunidad • Participa en actividades recreativas • Conversa de sus sentimientos con su pareja o familiares • Conversa de sus sentimientos con sus hijos • Conversa de sus sentimientos con sus amistades 	Se evaluará mediante 6 ítems del 47 al 52.	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal

**ANEXO 3.
INSTRUMENTO**

CUESTIONARIO

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL HUANCA SANCOS

2019

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de preguntas divididas en dos etapas, la primera corresponde a datos generales de su persona y la segunda parte se refiere a datos más específicos que permitirán desarrollar esta investigación. En ambas etapas se presentan preguntas en la Usted tendrá que marcar la que encuentre más conveniente.

I. DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Grado de instrucción:
a. Primaria
b. Secundaria
c. Superior
3. Estado Civil:
a. Soltera
b. Casada
c. Conviviente
4. ¿Cuántos partos tuvo?
a. Ningún parto
b. 1 parto
c. 2 partos
d. 3 partos
e. De 4 a más partos
5. ¿Ud. tiene alguna enfermedad crónica?
a. Hipertensión arterial
b. Diabetes
c. Anemia
d. Cardiopatías
e. Otros
f. Ninguno

6. ¿Ud. tuvo alguna enfermedad materna?
a. Aborto
b. Hijo con malformaciones
c. Parto prematuro
d. Cesárea anterior
e. Otros
f. Ninguno
7. Lugar o ambiente de trabajo
a. Su casa
b. Trabajo agrícola
c. Trabajo industrial
d. Trabajador de salud
e. Otros oficios
8. Horas de trabajo al día
a. Menor a 5 horas
b. Entre 5 a 7 horas
c. Entre 8 a 10 horas
d. Mayor a 11 horas
9. Ingreso familiar
a. Menor a S/. 930.00
b. Mayor a S/. 930.00
10. Vivienda propia
a. Sí
b. No

II. DATOS ESPECÍFICOS

DIMENSIÓN DE NUTRICION

11. ¿Consume a diario Ud. Leche y/o derivados?
a. No
b. Sí
12. ¿Consume Ud. pescado dos veces por semana?
a. No

b. Sí
13. ¿Consume Ud. carne roja o vísceras tres veces por semana?
a. No
b. Sí
14. ¿Consume a diario Ud. verduras y hortalizas?

- a. No
- b. Sí

15. ¿Consume a diario Ud. frutas?

- a. No
- b. Sí

16. ¿Consume Ud. agua segura (potable/hervida)?

- a. No
- b. Sí

DIMENSIÓN DE CONTROL MEDICO/OBSTETRICO

17. ¿Asistió Ud. a su control médico dentro de los 6 últimos meses?

- a. No
- b. Sí

18. ¿Controló Ud. su peso corporal dentro de los 6 últimos meses?

- a. No
- b. Sí

19. ¿Cuál es la razón de su última visita al médico?

- a. Nunca asistí

- b. Por enfermedad
- c. Por prevención

20. ¿Tiene examen de Papanicolaou el último año?

- a. No
- b. Sí

21. ¿Se realiza Ud. autoexamen de mama mensualmente?

- a. No
- b. Sí

DIMENSIÓN DE HABITOS NOCIVOS (Dentro de los 6 últimos meses)

22. ¿Fuma Ud. cigarrillos de tabaco?

- a. No
- b. Sí

23. ¿Consume Ud. alcohol?

- a. No
- b. Sí

24. ¿Consume Ud. medicamentos?

- a. No
- b. Sí

25. ¿Se automedica?

- a. No
- b. Sí

26. ¿Algún familiar fuma cigarrillos en casa?

- a. No
- b. Sí

27. ¿Conoce los riesgos del consumo de cigarro, alcohol, drogas y medicamentos?

- a. Abortos
- b. Daño en el crecimiento del bebé
- c. Muerte del bebé dentro del útero
- d. Malformaciones en el bebé
- e. Todas las anteriores
- f. No sé

DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTO DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL

28. ¿Sabe Ud. qué es el cuidado preconcepcional?

- a. Cuidado antes del embarazo
- b. Cuidado durante el embarazo
- c. Cuidado después del embarazo

- d. No sé

29. ¿El conocimiento que Ud. tiene acerca de autocuidado preconcepcional la obtuvo de?

- a. Sector de salud
- b. Familia o amigos
- c. Ninguno

DIMENSIÓN DE EXPOSICIÓN A TERATÓGENOS QUÍMICOS

30. ¿Conoce Ud. los efectos nocivos de éstas que causan al embarazo?

- a. Infertilidad en el varón
- b. Infertilidad en la mujer
- c. Malformaciones en el bebé

- d. No sé

31. ¿Qué sustancias químicas son de su uso cotidiano?

- a. Insecticidas
- b. Fertilizantes
- c. Veneno para roedores
- d. Ninguno

DIMENSIÓN DE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL

32. ¿Su embarazo fue planificado?

- a. No
- b. Sí

33. ¿Como preparación para éste embarazo, se realizó exámenes de laboratorio para determinar su estado de salud?

- a. No
- b. Sí

34. ¿Como preparación para éste embarazo, tomó ácido fólico?

- a. No
- b. Sí

35. ¿Como preparación para éste embarazo, se controló su peso corporal para determinar su estado de salud?

- a. No
- b. Sí

36. ¿Como preparación para éste embarazo, se vacunó contra la Influenza?

- a. No
- b. Sí

37. ¿Como preparación para éste embarazo, se vacunó contra el Tétanos?

- a. No
- b. Sí

38. ¿Como preparación para éste embarazo Ud. se realizó la prueba rápida de VIH?

- a. No
- b. Sí

39. ¿Como preparación para éste embarazo, Ud. asistió al odontólogo?

- a. No
- b. Sí

DIMENSIÓN DE ESTADO DE ÁNIMO Y AUTOESTIMA

40. ¿Cuida Usted su apariencia personal?

- a. No
- b. Sí

41. ¿Se siente Usted aceptada por los demás?

- a. No
- b. Sí

42. ¿Usted es capaz de decir "NO" cuando le ofrecen algo perjudicial?

- a. No
- b. Sí

43. ¿Usted escucha los consejos que le sirven para su salud?

- a. No
- b. Sí

44. ¿Evita Usted situaciones de tristeza?

- a. No
- b. Sí

45. ¿Se tranquiliza Usted cuando tiene problemas?

- a. No
- b. Sí

46. ¿Usted sale de casa para despejarse de sus problemas?

- a. No
- b. Sí

DIMENSIÓN DE CÍRCULO SOCIAL Y RELACIONES INTERPERSONALES

47. ¿Habla Usted de sus sentimientos con su pareja o familiares?
a. No b. Sí
48. ¿Habla Usted de sus sentimientos con sus hijos?
a. No b. Sí
49. ¿Habla Usted de sus sentimientos con sus amistades?
a. No b. Sí

50. ¿Asiste usted a fiestas familiares?
a. No b. Sí
51. ¿Asiste usted a fiestas de su comunidad?
a. No b. Sí
52. ¿Participa usted en actividades recreativas?
a. No b. Sí

Gracias por su colaboración.

ANEXO 4.
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
Juicio de Expertos

CRITERIOS	Jueces				Valor de P
	J1	J2	J3	J4	
1	1	1	1	1	4
2	1	1	0	1	3
3	1	1	1	1	4
4	1	1	1	1	4
5	1	1	0	1	3
Total	5	5	3	5	18

$$b = \frac{Ta}{Ta+Tda} 100$$

$$b = 90\%$$

ANEXO 5.
RESULTADO DE ANÁLISIS FACTORIAL (r DE PEARSON) DE FACTORES
PERSONALES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1	3	3	2	4	0	0	4	3	2	2	23
2	3	2	1	3	0	2	1	1	1	1	15
3	3	3	1	1	6	0	4	2	2	1	23
4	3	3	3	3	0	0	4	3	1	2	22
5	2	2	1	1	0	1	1	2	1	2	13
6	3	1	1	4	0	0	1	2	1	2	15
7	2	3	3	2	0	0	1	2	1	2	16
8	3	3	3	3	0	0	4	3	2	2	23
9	2	3	2	1	0	0	1	5	1	1	16
10	3	2	1	2	1	0	1	2	1	1	14
Validez	0.49	0.68	0.49	0.27	0.37	-0.43	0.98	0.27	0.82	0.21	

ANEXO 6.

RESULTADO DE ANÁLISIS FACTORIAL (r DE PEARSON) DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	TOTAL
1	1	2	4	1	1	3	2	2	2	2	1	5	4	4	5	5	1	5	1	4	3	4	2	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	6	2	2	1	2	1	2	105
2	2	3	3	2	2	3	1	1	1	2	2	5	4	1	5	4	1	5	2	4	4	4	1	4	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	103
3	2	2	2	1	1	3	2	1	1	2	1	5	4	1	5	5	2	5	1	4	4	4	1	4	4	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	6	1	1	2	2	1	2	101
4	1	3	3	1	1	3	2	2	3	2	1	4	5	5	4	5	1	5	4	6	5	3	1	4	4	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	6	2	2	2	1	2	1	110
5	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	1	4	5	5	5	5	1	5	1	4	5	4	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	6	2	2	2	2	2	2	110
6	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	5	5	5	5	5	2	5	4	6	5	4	1	4	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	6	2	2	2	2	2	2	117
7	1	2	2	1	1	3	1	1	3	1	4	5	5	4	5	3	1	1	1	4	5	4	2	4	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	96
8	2	2	1	1	1	3	2	1	1	2	1	5	5	5	5	5	1	5	1	4	4	4	2	4	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5	2	1	2	2	1	2	106	
9	2	3	3	2	3	3	1	1	3	2	2	5	5	5	5	4	1	1	3	4	4	3	1	3	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	5	2	2	2	2	2	1	2	110
10	2	2	3	3	2	2	2	2	3	1	3	4	5	5	4	5	2	5	4	6	4	4	1	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	108
ALID	0.35	0.50	0.28	0.45	0.50	-0.53	0.43	0.62	0.22	0.23	-0.53	-0.32	0.43	0.57	-0.22	0.58	0.25	0.33	0.67	0.60	0.23	-0.31	-0.51	-0.23	0.46	-0.43	-0.27	-0.53	-0.31	0.59	-0.53	0.42	-0.22	-0.40	0.47	-0.22	0.56	0.34	0.66	0.55	-0.22	0.31	-0.31	

ANEXO 7.
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad de la Variable: Factores Personales

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,788	13

Confiabilidad de la Variable: Prácticas de autocuidado preconcepcional

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,785	46

ANEXO 8.
CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN



"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

Huanca Sancos, 08 de mayo de 2019

CARTA N° 001 -2019-GGS/DIRESA-UESCA-MRH/DIR

Obstetra
MARISOL JUSTINA HUAMANI CALDERON

Ref: CARTA N°525-2019-UNSCH-EPG/D

Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para expresarle los cordiales saludos a nombre de la Micro Red de Salud Huanca Sancos.

La presente tiene como motivo AUTORIZAR a su persona, tenga acceso a la información y a disponer de manera conveniente para su trabajo de investigación **"FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS AYACUCHO, ABRIL-MAYO 2019"**; para ello se le brindará las facilidades necesarias por el periodo que requiera el trabajo de campo.

Hago propicia la ocasión, para reiterarle mi más profundo reconocimiento.

Atentamente,



ANEXO 9.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador responsable: HUAMANI CALDERON Marisol Justina

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO PRECONCEPCIONAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HUANCA SANCOS AYACUCHO, ABRIL A MAYO 2019.

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional que desarrollan las gestantes estudiadas, así como también; los factores personales y del entorno que influyen en dichas conductas.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste, y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Tengo en conocimiento de que:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

USUARIA PARTICIPANTE

**ANEXO 10.
EVIDENCIAS**



Gestantes llenando el cuestionario de autocuidado Preconcepcional Huanca Sancos - 2019



Gestantes llenando el cuestionario de autocuidado Preconcepcional Huanca Sancos - 2019