

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:**

**FACTORES SOCIOCULTURALES INFLUYENTES EN LAS BAJAS INSCRIPCIONES  
AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN LAS MUJERES EN EDAD  
FÉRTIL DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD CONSULTANTES EN LAS UNIDADES  
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN PEDRO, CHIRILAGUA Y CANTÓN  
EL NIÑO DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL AÑO 2016.**

**PRESENTADO POR:  
ARNOLDO ANTONIO AYALA SALAMANCA  
MARIELA ISABEL BOLAÑOS ORELLANA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTOR EN MEDICINA.**

**DOCENTE ASESOR:  
DR. HENRY RIVERA VILLATORO**

**DICIEMBRE DE 2016**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**LIC. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLON  
RECTOR INTERINO**

**LIC. ROGER ARMANDO ARIAS  
VICE-RECTOR ACADÉMICO INTERINO**

**ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA  
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO**

**DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA  
SECRETARIA GENERAL INTERINA**

**LIC. NORA BEATRIZ MÉLENDEZ  
FISCAL GENERAL INTERINA**

**FACULTAD UNIVERSITARIA ORIENTAL  
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ  
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ  
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ  
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA  
DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**ASESORES DE LA INVESTIGACIÓN**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO  
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
ASESOR DE METODOLÓGICA**

**LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ  
ASESOR DE ESTADÍSTICA**

**JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
PRESIDENTE**

**DOCTORA OLIVIA ANA LISETH SEGOVIA VELASQUEZ  
SECRETARIO**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO  
VOCAL**

Arnoldo Antonio Ayala Salamanca  
Mariela Isabel Bolaños Orellana

Carnet N°: AS 06034  
Carnet N°: BO 09005

**FACTORES SOCIOCULTURALES INFLUYENTES EN LAS BAJAS INSCRIPCIONES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 20 AÑOS DE EDAD CONSULTANTES EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR SAN PEDRO CHIRILAGUA Y CANTÓN EL NIÑO DE LA CIUDAD DE SAN MIGUEL AÑO 2016.**

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro  
**Presidente**

Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velasquez  
**Secretario**

Dr. Henry Rivera Villatoro  
**Vocal**

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo  
**Coordinadora General de Procesos de Graduación**

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay  
**Jefe del Departamento**

San Miguel, El Salvador, Centro América, Diciembre de 2016.

## **TABLA DE CONTENIDOS.**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁG.</b>
Lista de Tablas .....	viii
Lista de Gráficas.....	x
Lista de Anexos .....	xi
Resumen .....	xiv
1. Introducción. ....	1
2. Planteamiento del Problema.....	4
3. Objetivos de la Investigación .....	7
4. Marco Teórico. ....	8
5. Sistema de Hipótesis. ....	17
6. Diseño Metodológico. ....	20
7. Resultados. ....	25
8. Discusión.....	56
9. Conclusiones .....	57
10. Recomendaciones.....	59
11. Referencias bibliográficas. ....	60



## LISTA DE TABLAS

	<b>PÁG</b>
Tabla N° 1 Distribución de la población en cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar.....	20
Tabla N° 2 Relación entre la edad de la usuaria y la inscripción al programa preconcepcional. ...	25
Tabla N° 3 Relación entre el estado civil y la inscripción al programa preconcepcional. ....	26
Tabla N° 4 Relación entre la distancia a la UCSF y la inscripción al programa preconcepcional.	27
Tabla N° 5 Resultados de estudio factor educación.....	28
Tabla N° 6 Relación entre la educación y la inscripción al programa preconcepcional. ....	29
Tabla N° 7 Resultados estudio factor ingreso económico.....	30
Tabla N° 8 Relación entre el ingreso económico y la inscripción al programa preconcepcional. .	31
Tabla N° 9 Relación entre religión y la inscripción al programa de atención preconcepcional ...	32
Tabla N° 10 Resultados de estudio factor machismo.....	34
Tabla N° 11 Relación entre el machismo y la inscripción al programa de atención preconcepcional.....	35
Tabla N° 12 Resultados de estudio factor desinterés de la usuaria.....	36
Tabla N° 13 Relación entre el desinterés de las usuarias y la inscripción al programa de atención preconcepcional.....	37
Tabla N° 14 Resultados del estudio factor desconocimiento del programa.....	38
Tabla N° 15 Relación entre el desconocimiento del programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional. ....	38
Tabla N° 16 Resultado de estudio falta de socialización del programa.....	40
Tabla N° 17 : Relación entre la falta de socialización al programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional. ....	41
Tabla N° 18 Relación entre la corresponsabilidad del compañero de vida y la inscripción al programa de atención preconcepcional. ....	42
Tabla N° 19. Contingencia edad de la paciente.....	44
Tabla N° 20. Prueba de chi-cuadrado edad de la paciente.....	45
Tabla N° 21. Contingencia estado familiar.....	45

Tabla N° 22. Prueba de chi-cuadrado estado familiar.....	46
Tabla N° 23. Contingencia cercanía a la UCSF.....	46
Tabla N° 24. Prueba de chi-cuadrado cercanía a la UCSF.....	47
Tabla N° 25. Contingencia Efecto del factor educación.....	47
Tabla N° 26. Prueba de chi-cuadrado efecto del factor educación.....	48
Tabla N° 27. Contingencia Efecto del ingreso económico.....	48
Tabla N° 28. Prueba de chi-cuadrado efecto del ingreso económico.....	49
Tabla N° 29. Contingencia Efecto de la religión.....	49
Tabla N° 30. Prueba de chi-cuadrado efecto de la religión.....	50
Tabla N° 31. Contingencia Efecto del machismo.....	50
Tabla N° 32. Prueba de chi-cuadrado efecto del machismo.....	51
Tabla N° 33. Contingencia Efecto del desinterés de la usuaria.....	51
Tabla N° 34. Prueba de chi-cuadrado efecto del desinterés de la usuaria.....	52
Tabla N° 35. Contingencia Efecto del desconocimiento del programa.....	52
Tabla N° 36. Prueba de chi-cuadrado efecto del desconocimiento del programa.....	53
Tabla N° 37. Contingencia Efecto de la falta de promoción del programa.....	53
Tabla N° 38. Prueba de chi-cuadrado efecto de la poca promoción del programa.....	54
Tabla N° 39. Contingencia Efecto de la corresponsabilidad del compañero.....	54
Tabla N° 40. Prueba de chi-cuadrado efecto de la corresponsabilidad.....	55

## LISTA DE GRÁFICAS

## PÁG

Gráfica N° 1 Relación entre la edad de la usuaria y la inscripción al programa preconcepcional	26
Gráfica N° 2 Relación entre el estado civil y la inscripción al programa preconcepcional.....	27
Gráfica N° 3 Relación entre la distancia a la UCSF y la inscripción al programa preconcepcional .....	28
Gráfica N° 4 Relación entre la educación y la inscripción al programa preconcepcional. ....	30
Gráfica N° 5 Relación entre la economía y la inscripción al programa preconcepcional.....	32
Gráfica N° 6 Relación entre la religión y la inscripción al programa preconcepcional.....	33
Gráfica N° 7 Relación entre el machismo y la inscripción al programa de atención preconcepcional.....	35
Gráfica N° 8 Relación entre el desinterés de las usuarias y la inscripción al programa de atención preconcepcional.....	37
Gráfica N° 9 Relación entre el conocimiento del programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional. ....	39
Gráfica N° 10 Relación entre la socialización al programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional. ....	42
Gráfica N° 11 Relación entre la corresponsabilidad del compañero de vida y la inscripción al programa de atención preconcepcional. ....	43

## LISTA DE ANEXOS

	<b>PÁG</b>
Anexo 1. Hoja filtro de atención preconcepcional.....	62
Anexo 2. Registro de inscripciones preconcepcionales UCSF San Pedro y El Niño año 2015 y 2016 .....	63
Anexo 3. Cuestionario.....	64
Anexo 4. Cronograma de actividades.....	66
Anexo 5. Presupuesto de la investigación.....	67
Anexo 6. Consentimiento informado.....	68
Anexo 7. Glosario.....	69

## **Agradecimientos.**

**Dios Todopoderoso:** por estar siempre a mi lado acompañarme en todo momento en todo lugar y cuando más lo necesito, por darme la sabiduría, bendición, voluntad para seguir adelante.

**A mi madre:** Isabel del Carmen Salamanca que gracias a ella poder culminar mis estudios por ser la base fundamental, mi inspiración para lograr mis metas, gracias por ser mi madre.

**A mi padre:** Carlos Ulises Ayala por apoyarme en todo lo que necesito, por ser mi padre y amigo y estar a mi lado.

**A mis hermanas:** Por ser mis hermanas, mis amigas, por darme su amor y cariño, por ser apoyos importantes en mi carrera, por estar ahí cuando los necesite.

**A resto de mi familia:** por confiar en mí, por su apoyo emocional, a todos mis demás tíos, primos y demás familia por ser parte de mi vida.

**A mis compañeros y amigos:** por su apoyo en toda la carrera y estar conmigo en los mejores y peores momentos

**Arnoldo Antonio Ayala Salamanca.**

## **Agradecimientos.**

**A Dios Todopoderoso y la santísima virgen María** por darme la vida y haberme brindado sabiduría, paciencia y fuerza en los momentos difíciles por los que a través a lo largo de mi carrera y que gracias a ellos he culminado de forma satisfactoria.

**A mi madre**, Alicia Isabel Orellana por su sacrificio, amor y apoyo incondicional durante mi vida, por ser un ejemplo a seguir y acompañarme en cada momento que la necesite, gracias mamá por creer en mí.

**A mi tío** Abelardo Orellana por asumir el papel de padre y llenar con cariño, paciencia y ternura los momentos en que necesité una figura paterna, gracias Papu.

**A mi hermana**, Gracia María Bolaños Orellana por ser mi amiga, ejemplo y admiración, gracias por animarme a seguir adelante y por tu compañía inigualable.

**A mi madrina**, Myrna Haydée Escobar, por acogerme en su casa durante mis años de estudio y por cuidarme como si fuera su hija.

**A mi gran amiga** Wrendy Yelissa Batres Láinez por tu amistad, entrega, apoyo y tantas cosas que haces por mí, a pesar de la distancia, has sido uno de los pilares en mi vida y eres muy especial para mí, te quiero mucho.

**A mis amigos y compañeros**, por estar con migo a lo largo de mi carrera y apoyarme en las cosas que necesité.

**Mariela Isabel Bolaños Orellana.**

## RESUMEN.

El programa de atención preconcepcional es una herramienta para brindarle una atención integral y de calidad a la mujer durante su etapa reproductiva, con el fin que cuando ella y su pareja decidan iniciar un embarazo este se desarrolle en las mejores condiciones posibles y tanto la madre gestante como su pareja se encuentren en un buen estado de salud, **el objetivo** de la investigación es determinar los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Cantón el Niño de la ciudad de San Miguel año 2016, en la **metodología**, el tipo de estudio es prospectivo, transversal y descriptivo, la muestra utilizada es de 209 mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad que asistieron a las unidades comunitarias de salud, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, la unidad de información fue la paciente, el instrumento que se utilizó fue la guía de entrevista con 20 ítem con preguntas 16 abiertas y 4 cerradas, la recolección de datos se realizó en cada establecimiento de salud con la aplicación de la guía de entrevista, se utilizó el programa: IBM SPSS Statistics 20.0. Para la tabulación análisis e interpretación de resultados, **los resultados** obtenidos de mayor relevancia; el estado familiar es un factor que influye en la inscripción al programa ya que el 89.6% de las usuarias se encuentran en una unión no matrimonial estable o casada, referente al machismo se encontró que 16 de las 29 mujeres inscritas al programa presentan machismo, en la socialización del programa se encontró que el 68.9% de la población estudiada desconocía la existencia del programa y el 8.1% de las usuarias inscritas desconocía en que consiste el programa y su objetivo. El desinterés de las usuarias se demuestra que el 1.9% inscritas tiene poco interés en la planificación de un embarazo sano y el 86.1% de estas no está inscrita al programa. Se **concluyó** que tanto factores sociales como culturales influyen en las bajas inscripciones entre estos los factores más influyentes fueron el estado familiar, el machismo, la falta de socialización del programa y el desconocimiento de las usuarias del programa.

**Palabras claves:** atención preconcepcional, bajas inscripciones, socialización, desinterés por parte de las usuarias.

## ABSTRACT

The program of preconception care is a tool to provide comprehensive and quality care to women during their reproductive stage, so that when she and her partner decide to start a pregnancy that develops in the best possible conditions and that both mother pregnant and your partner are in a good state of health, **the aim** of the research is to determine the influential sociocultural factors in the low enrollment to the program of preconception care in women of childbearing age from 15 to 20 years of consulting age units Community family health San Pedro Chirilagua and Canton Child city of San Miguel 2016, **the methodology**, the type of study is prospective, transversal and descriptive, the sample used is 209 women of childbearing age from 15 to 20 years who attended

community health units, criteria for inclusion and exclusion were applied, the information unit was the patient, the instrument used was the interview guide with 20 item with questions 16 open and 4 closed, the data collection was performed in each health facility with the application of the interview guide, the program was used: IBM SPSS Statistics 20.0. For the analysis and interpretation of results tabulation, **the results** of greater relevance; family status is a factor influencing program enrollment as 89.6% of users are in a stable or married concerning machismo law marriage was found that 16 of the 29 women enrolled in the program have little or much machismo in the socialization of the program found that 68.9% of the study population was unaware of the existence of the program and 8.1% of the registered user is unaware that the program and the objective of joining the same. The lack of users shows that 1.9% registered has little interest in planning a healthy pregnancy and 86.1% of these are not enrolled in the program. **It was concluded** that both social and cultural factors influence the low enrollment among these the most influential factors were familial status, machismo, lack of socialization program and ignorance of the users of the program.

**Keywords:** preconception care, low enrollment, socialization, disinterest on the part of users



## 1. INTRODUCCIÓN.

La atención primaria de salud se define como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país, de esta manera podemos decir que la atención en salud es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad; de esta manera la atención en salud va dirigida a grupos específicos de personas dentro de la comunidad para darle cobertura a las diferentes etapas de la vida por la que atraviesa el ser humano como son: niñez, adolescencia, adulto joven, adulto mayor y embarazadas.

Dentro de las atenciones que se brindan a la mujer en su adolescencia y edad adulta joven se encuentra la atención preconcepcional, la cual debe ser entendida como el cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer para que, en el momento en que elija quedar embarazada, se encuentre en las mejores condiciones posibles; el brindar a la población este tipo de servicio es una obligación del sistema nacional de salud, que se inicia con la atención primaria en salud.

La atención preconcepcional puede ser provista por médicos generales y enfermeras en las diversas instituciones tanto públicas como privadas, desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel, siendo la esencia de este control el saber si la mujer se encuentra en las condiciones físicas, emocionales y de salud óptimas para que se desarrolle una gestación sin complicaciones tanto maternas como fetales.

La asistencia antes de la concepción puede ser útil tanto para las mujeres que acuden espontáneamente a solicitar consejo antes de iniciar un embarazo, como para aquéllas que la solicitan por la existencia de factores de riesgo o enfermedades previas a la gestación, así mismo la consulta preconcepcional va dirigida a la pareja ya que hay factores, principalmente emocionales que pueden ser solventados mediante el apoyo que la futura embarazada tenga de su pareja, así como se deben estudiar posibles enfermedades hereditarias que el padre pueda aportar al embarazo.

La consulta preconcepcional se inicia con la entrevista que hace a una mujer o a una pareja un profesional del equipo de salud antes de la concepción, en la consulta se evalúa el riesgo reproductivo de la futura gestante, así como se realiza una valoración psicosocial y médica integral en la que se exploran los antecedentes de la paciente, se completa la historia personal y familiar y se realizan las pruebas de laboratorio necesarias, así mismo se inicia la preparación para la gestación mediante la administración de micronutrientes, idealmente seis meses previo al inicio de la gestación.

En el país cada establecimiento de salud cuenta con el servicio de consulta preconcepcional, sin embargo es muy poca la población que asiste a demandar este servicio, siendo esta consulta de vital importancia para la prevención oportuna y la reducción de complicaciones durante el periodo gestacional.

En este contexto se pretende realizar una investigación sobre los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad que consultan en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón el Niño de la ciudad de San Miguel.

En cuanto al planteamiento del problema dentro de los antecedentes del fenómeno de estudio se refiere al programa de atención preconcepcional, que es una herramienta de atención integral y de calidad de la mujer durante la etapa reproductiva con el fin de poder planear un embarazo en las mejores condiciones posibles y evitar complicaciones que pongan en peligro la vida tanto de la mujer gestante como de su futuro hijo, desde tiempos pasados la atención era principalmente solo en el embarazo y el parto por lo que luego hubo una gran incidencia de complicaciones y muertes materno-fetales por lo que se señaló por muchos médicos la importancia de cuidados antes de concebir un embarazo y así poder corregir o modificar patologías maternas y evitar complicaciones durante el embarazo, lastimosamente a nivel mundial y principalmente en nuestro país muy pocas visitas de mujeres en edad fértil llegan a ponerse en control a dicho programa.

En el enunciado del problema se identificó si los factores socioculturales son influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de la ciudad de San Miguel en el presente año.

A pesar de los cuatro años que ha estado en vigencia el programa en nuestro medio no ha tenido impacto, ya que hay poca demanda por parte de la población femenina fértil, cabe resaltar que la región Oriental de Salud es la región más grande del país y que da cobertura al 32% de la población salvadoreña (5), a pesar de ello las inscripciones al programa de atención preconcepcional son muy bajas, realizándose para el año 2015, un total de 3731 inscripciones en los cuatro departamentos que conforman la Región Oriental, siendo de ellos San Miguel, el que tiene los registros más bajos, donde se realizaron únicamente 797 inscripciones en los 62 establecimientos que conforman el SIBASI San Miguel, lo que hace un total de 12 inscripciones al año por establecimiento en promedio para el 2015 (SIMOWW= Sistema de morbilidad + estadísticas vitales de El Salvador).

Para los establecimientos de salud en estudio se registraron los siguientes datos estadísticos en cuanto a la inscripción al programa de atención preconcepcional, en la unidad comunitaria en salud familiar de San Pedro Chirilagua para el año 2015 se tuvo un total de cuatro inscripciones y hasta el mes de agosto de 2016 una inscripción, en la unidad comunitaria en salud familiar de cantón El Niño tuvo un total de 21 inscripciones para el año 2015 y hasta el mes de agosto de 2016 un total de 13 inscripciones (anexo 1) (SIMOWW, Sistema de morbilidad + estadísticas vitales de El Salvador).

Al determinar los diferentes factores socioculturales que provocan las bajas inscripciones al programa preconcepcional, se pretende mejorar o eliminar estos obstáculos para dar una atención integral a la mujer fértil desde antes de la concepción, con lo cual se espera reducir en gran medida los costos económicos y humanos que representan las complicaciones prevenibles que enfrentan muchas mujeres al momento del embarazo y que pone en peligro la vida de ellas y su futuro hijo.

Los beneficios de este estudio para el Ministerio de Salud son: conocer los factores socioculturales más influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional para mejorar la demanda del mismo y reducción en los costos del manejo de las pacientes embarazadas al obtener gestaciones más saludables gracias a la inscripción oportuna al programa.

Los beneficios para las UCSF son: aumentar el número de inscripciones al programa de atención preconcepcional con un aumento en la producción del establecimiento y disminución en el número

De muertes maternas debido a la atención medica que se le brindo a la paciente para la planificación de su embarazo.

Los beneficios de este estudio para las mujeres en edad fértil son: embarazos sin complicaciones gracias a la demanda oportuna de la paciente al programa y la obtención de descendientes saludables.

Los beneficios de este estudio para los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y los profesionales de la salud son: conocer los diferentes factores socioculturales que contribuyen a que las pacientes no demanden el servicio de atención preconcepcional para trabajar en la anulación de ellos junto con la comunidad, realizar promoción dentro del establecimiento de salud principalmente enfocado a los grupos de alto riesgo reproductivo para reducir las complicaciones durante el periodo de gestación y por último se pretende que esta investigación sirva de base para futuras generaciones que deseen ampliar el estudio sobre este tema.

Los objetivo de la investigación es llegar a determinar los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de la ciudad de San Miguel año 2016, así mismo poder identificar cuáles son los factores socioculturales que más influyen en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional mediante la realización de entrevistas y establecer la relación entre la falta de socialización del programa por parte del personal de salud con las bajas inscripciones.

El marco teórico de la investigación primeramente se refiere a los factores sociales y culturales que influyen en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional como lo es la educación, trabajo, violencia intrafamiliar, religión, machismo y falta de interés de la usuarias, estos factores son determinados por el entorno en que se desarrolla la persona, familia, amigos escuela y la sociedad misma, luego se refiere al programa de atención preconcepcional, salud sexual y reproductiva y las actividades a realizar durante la consulta preconcepcional.

En cuanto al sistema de hipótesis lo que se pretende es saber si los factores socioculturales como: la educación, el ingreso económico, la religión, el machismo, el desinterés de la usuaria, la falta de socialización del programa de atención preconcepcional son influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años consultantes en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón el Niño así mismo saber si estos factores no influyen en dichas inscripciones.

En el diseño metodológico el tipo de estudio es prospectivo porque el estudio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida van sucediendo, es transversal ya que la investigación es en un tiempo determinado y descriptivo porque se pretende deducir los diferentes factores socioculturales que influyen en la bajas inscripciones, la población son las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años que consultan en las unidades de salud establecidas, la muestra estudiada será de 209 mujeres, se estableció los criterios de inclusión y exclusión que ayudo a establecer la muestra, el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia por que están fácilmente disponibles y no por un criterio estadístico, la técnica de recolección de datos se estableció por la encuesta el cual se utilizó como instrumento el cuestionario y se realizó en los establecimiento de salud correspondientes,

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.**

El programa de atención preconcepcional es una herramienta con la que cuenta nuestro sistema de salud para darle una atención integral y de calidad a la mujer durante su etapa reproductiva, con el fin de que cuando ella y su pareja decidan iniciar un embarazo este se desarrolle en las mejores condiciones posibles y que tanto la madre gestante como su pareja se encuentren en un buen estado de salud.

En el contexto de salud, nuestro país cuenta con el programa de atención preconcepcional como parte de las atenciones brindadas a la mujer en edad fértil, sin embargo es uno de los programas con los que tiene menor demanda principalmente en la zona Oriental del país, cabe mencionar que esta es una tendencia que no ocurre únicamente en El Salvador sino que se ha comprobado por diferentes estudios que a nivel mundial es poco demandada la atención preconcepcional.

Los diferentes factores sociales y culturales altamente arraigados en nuestro medio son probablemente los más influyentes en la falta de interés que la mujer y su pareja ponen a la hora de planificar un embarazo, por ello es necesario estudiar estos factores para que la población conozca la importancia que tiene el programa y los beneficios que traería a la madre y a su bebé la planificación oportuna y asistida de su embarazo.

A lo largo de muchos siglos la mujer embarazada había recibido atención médica solo en el momento del parto, con la creencia que esto era suficiente, transcurrió mucho tiempo para que esta concepción se modificara y es recién a finales del siglo XIX que muchos médicos señalaron la importancia de los cuidados y atenciones que la mujer debe recibir previo al desarrollo del embarazo. A nivel mundial únicamente 5% de las mujeres realizan la consulta preconcepcional de manera voluntaria y sin que tengan patologías asociadas que las lleve a realizar la consulta y más del 50% de los embarazos en países en vías de desarrollo son no planeados (1).

Según datos de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología), en 2010 tan solo 50% de los embarazos en España, fueron planificados y de ellos solamente el 10% de las mujeres acudieron de forma voluntaria a un programa de atención preconcepcional, lo que demuestra que aun en países desarrollados el programa de atención preconcepcional no ha tenido mayor impacto en la población.

Una encuesta de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia revela que sólo acuden a estas consultas el 20% de las mujeres que quieren quedarse embarazadas, de la población femenina total que se encuentra en edad fértil (2).

Una encuesta de la SEGO de abril de 2014 ha mostrado que las principales preocupaciones de las mujeres que acuden a las consultas preconcepcionales son los problemas para quedarse embarazadas (13,99%), el estado de salud (13,29%), las malformaciones fetales (10,49%) y la salud del bebé (10,49%) y no para planificar su embarazo por lo cual hay bajo número en los controles preconcepcionales y aumento en complicaciones obstétricas y neonatales (2).

Algunos autores estiman que, en la década de los 80, el 40% de la mortalidad infantil estaba producido por enfermedades genéticas o problemas influidos genéticamente (3). Muchas malformaciones se asocian al consumo de sustancias teratógenas (fármacos o tóxicos) 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.

Un Grupo de Expertos del Servicio Nacional de Salud de los EE.UU. sobre 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. Además indica que el modo más efectivo de realizar actividades preventivas preconcepcionales es su aplicación de forma rutinaria a todas las mujeres en edad reproductiva aprovechando cualquier visita al sistema sanitario (destacando el papel de la Atención Primaria) 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 gestacional.

En El Salvador, la actualización de los lineamientos de la atención del embarazo, parto y puerperio realizada en el año 2013 introduce por primera vez en el país, el apartado de la atención preconcepcional, como una estrategia empleada por el ministerio de salud para lograr la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, según la propuesta que se realizó en los objetivos del milenio del año 2000.

Para reducir la mortalidad materna y avanzar en el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales en el país, se ha evidenciado la necesidad de actuar tanto en las comunidades como en las instituciones que atienden a la mujer gestante. En estos dos ámbitos, se ha recorrido un amplio camino para atenuar las condiciones tanto del daño como del riesgo, pero se habían postergado las acciones de prevención de alta incidencia para el logro de las metas de reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Los lineamientos de atención preconcepcional para servicios de salud es la herramienta que el Ministerio de Salud ha promovido con el propósito de aplicar la visión de la prevención sobre estos eventos, diversos estudios han demostrado que las causas indirectas de muerte materna están relacionadas con condiciones de enfermedad previas al embarazo, con factores genéticos y psicosociales, que pueden ser detectados y en su mayoría tratados, para eliminar, reducir o controlar sus efectos nocivos en la gestación y período posnatal.

De igual forma, la investigación ha demostrado que en algunos casos, y como ejercicio de los derechos reproductivos, la mejor opción se orienta a evitar el embarazo. También se ha demostrado que el ejercicio del derecho a decidir sobre tener hijos o no y la planeación de los mismos, protege a las mujeres de riesgos y daños en todos los ámbitos. En los embarazos no deseados se observan mayores dificultades y complicaciones; igualmente, el embarazo deseado es un factor protector para los hijos en la medida en que son mejor cuidados durante la gestación y la infancia y las condiciones de sus hogares pueden ser más favorables para el crecimiento y desarrollo. El Protocolo de atención preconcepcional para servicios de salud, se plantea como una acción específica de protección del derecho de las personas, especialmente de las mujeres, a decidir sobre su vida reproductiva, a partir de un proceso de atención que explora sus intereses y evalúa sus condiciones personales y familiares y las de su pareja. Igualmente, identifica los factores de riesgo que pueden afectar los embarazos, orienta la atención primaria y especializada para superar o atenuar los riesgos, e informa sobre las alternativas para hacer efectivas las decisiones.

En el presente siglo, las tasas de mortalidad perinatal en los países desarrollados han disminuido en forma acelerada, alcanzando cifras tan bajas como 7,3 en Suiza, 7,9 en Alemania, 8,5 en Suecia,

8,7 en Japón y 10,8 en Estados Unidos. Mientras que en América Latina no se ha reportado mejoría de este indicador en los últimos cinco años. El análisis epidemiológico del estado de salud de la población revela que uno de los grupos más vulnerables continua siendo la mujer en edad fértil, encontrándose tasas elevadas como 24,4 en México) y 31,9 en Brasil. En Cuba entre el 15 y el 25 por ciento de las mujeres en edad fértil tienen alguna condición social o biológica, afección o conducta que permite clasificarlas como Riesgo Reproductivo Preconcepcional (4).

El comportamiento del riesgo preconcepcional varía, en dependencia del nivel de desarrollo. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo, es por ello que la consulta preconcepcional incluye la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida. Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer

La atención preconcepcional es una obligación del sistema de salud, que se inicia con la atención primaria en salud y puede ser provista por médicos generales y enfermeras en las instituciones de baja complejidad, e involucra los médicos especialistas del tercer nivel de atención las casas de la salud.

Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional parto y puerperio vigente fue creada en agosto 2012 como una herramienta para dar cumplimiento a la Reforma de Salud, la que replantea la atención integral de salud materna, con el fin de asegurar que toda mujer embarazada tenga acceso al cuidado de calidad durante el prenatal y en el período crítico alrededor del parto y alumbramiento, la actualización de los lineamientos de la atención del embarazo, parto y puerperio realizada en el año 2013 introduce por primera vez en el país el apartado de la atención preconcepcional, como una estrategia para lograr la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes según propuesta que se realizó en los objetivos del milenio del año 2000.

Se reconoce la importancia del cuidado preconcepcional el cual contribuye a que la mujer tome una decisión responsable respecto al momento oportuno para el embarazo con el fin de reducir las complicaciones obstétricas de tal manera que resulta fundamental informar y educar a las mujeres en edad reproductiva y sus familias, sobre las condiciones de salud y determinantes sociales que aumentan el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados.

## **2.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias de salud familiar San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de la ciudad de San Miguel año 2016?

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

-Determinar los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Cantón el Niño de la ciudad de San Miguel año 2016.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

-Identificar los factores socioculturales que más influyen en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional de la población en estudio.

-Establecer la relación entre los factores educación, ingreso económico, religión, machismo, corresponsabilidad del compañero de vida y la falta de interés de las usuarias de 15 a 20 años de edad con las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

-Determinar la relación existente entre la falta de socialización del programa preconcepcional por parte del personal de la unidad de salud hacia la población usuaria con las bajas inscripciones al programa.

## **4. MARCO TEÓRICO.**

### **Los Factores socioculturales.**

Los factores sociales y culturales son determinados por el entorno en que se desarrolla la persona: familia, amigos, escuela, trabajo y la sociedad misma, es así que estos factores influyen directamente en el desarrollo de la personalidad de la persona, además de la información genética propia de cada individuo.

Entre los diferentes factores socioculturales que se abordaran en esta investigación se tienen:

#### **- Educación:**

El Salvador se ubica en un nivel medio-bajo de desarrollo humano a escala mundial, sus índice educativos también lo sitúan en el grupo de países de la región centroamericana en nivel medio (6).

En el área urbana la tasa de analfabetismo en las mujeres es de 12.5% y en la rural tienen una tasa del 29.2% tas mucho mayor que la de los hombre que es de 7.0% y 23.7% respectivamente (7) a pesar de que en la actualidad hay mayor accesibilidad geográfica y económica a los servicios de educación.

Es de hacer notar que cuanto mayor sea el grado de instrucción que tenga la mujer, será más consiente a la hora del desarrollo de un embarazo y buscara oportunamente la atención médica necesaria en comparación con mujeres que tengan bajos o nulos niveles educativos.

#### **- Ingreso económico:**

La tasa específica de participación de la mujer en la actividad económica es de 40.4% y en su mayoría son empleos no formales con salarios mínimos, los jóvenes de 15 a 29 años de edad son el grupo más afectado por el desempleo con una tasa de 9.9%, una tendencia común observada en nuestro país es el subempleo que representa el 36,9% de los ingresos de las familias (6).

Además ha sido de interés para el grupo investigador que la población escogida para el estudio en su mayoría se encuentran desempleadas y sin ocupación alguna, lo que podría ser un factor determinante en las bajas inscripciones al programa ya que las pacientes dependen económicamente de sus compañeros de vida, de los que en su mayoría no reciben apoyo para la planificación de un embarazo.

#### **- Religión.**

En nuestro país han existido a través de los años dos religiones que predominan: catolicismo y protestantismo, sin embargo a medida que transcurre el tiempo se van desarrollando nuevas líneas religiosas que cada vez cobran más fuerza dentro de nuestra sociedad.

Es así que en la actualidad las creencias religiosas se convierten en ocasiones en un obstáculo para brindar una atención médica adecuada.

#### **- Machismo.**

En nuestro país predomina la ideología machista, ya que persisten a la fecha actitudes tanto de personas como de grupos en que ven a la mujer como “el sexo débil” existiendo mayores



oportunidades de trabajo y superación para el sexo masculino, dejando a la mujer como la encargada de cuidar la casa y a sus hijos, dejando de lado el estado de salud óptimo que debe gozar cada mujer como parte de sus derechos como ser humano.

Es por ello que el machismo es uno de los factores culturales por los que puede justificarse la bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional, ya que la mujer no consulta oportunamente por falta de reconocimiento de su derecho a la salud.

- Falta de interés por parte de la usuaria.

En nuestro medio es un patrón común que los pacientes asistan a los establecimientos de salud de manera tardía y a demandar consultas curativas y no preventivas, esto es aplicable para la población en general y no únicamente a las pacientes en estudio, es por ello que falta mucho por hacer en la concientización de la población para que asistan a las consultas preventivas para obtener mejores condiciones de salud.

### **Programa de atención preconcepcional**

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción". Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable (8).

El concepto de salud reproductiva fue formulado desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase: "padres saludables = hijos saludables". A pesar de que ha existido consenso en este concepto, no lo ha habido en las acciones de salud que se deben realizar para obtener hijos saludables (9).

En los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional, es decir antes que la mujer se embarace, si es que se desea hacer una labor realmente preventiva con el fin de obtener mejores resultados a la hora del desarrollo de la gestación.

Por lo tanto, el concepto de salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre como al futuro padre con el objetivo que el embarazo y el nacimiento del futuro bebé se realice dentro de las mejores condiciones posibles para el binomio madre-hijo.

Es así como nace la consulta preconcepcional es aquella que se realiza a todas las mujeres y a sus parejas en el momento que planean tener un embarazo, puede ser impartida por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno-infantil, en todos los niveles de atención y tiene como objetivo identificar y modificar o eliminar los factores de riesgo tanto médicos como sociales que pueda tener la futura gestante, con el fin de mejorar las condiciones para un embarazo tanto para la madre como para el feto; esta consulta debe realizarse seis meses previos al embarazo.

Los objetivos principales de la consulta preconcepcional son tres:

- ✓ Evaluar el riesgo preconcepcional.

- ✓ Realizar acciones educativas y promotoras de la salud, que tienen como objetivo informar a la paciente sobre los pros y los contras de ciertos hábitos y situaciones que le ayudaran a conseguir mejores resultados en el embarazo y evitar posibles riesgos.
- ✓ Prescribir la suplementación farmacológica necesaria en cada caso.

La evaluación del riesgo preconcepcional se lleva a cabo mediante la realización de una historia clínica completa y detallada, así como una exploración general, ginecológica y mamaria, para poder identificar las diferentes condiciones que pueden poner en peligro el bienestar de la futura madre o de su producto, para esto se utiliza una hoja filtro (Anexo n° 2), que sirve como herramienta para clasificar el riesgo reproductivo de una mujer, donde se estudian los factores biológicos, obstétricos y sociales, y se define el riesgo reproductivo que posee la usuaria.

Se entiende por riesgo reproductivo es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La aplicación del concepto de riesgo reproductivo preconcepcional es importante porque significa realizar prevención primaria, la cual potencialmente evita la morbimortalidad materno-infantil al prevenir un embarazo de alto riesgo; sin embargo, este concepto es poco conocido y por lo tanto su uso es limitado, de allí la importancia de difundirlo y fomentar su aplicación.

La clasificación del Riesgo resulta de su Estimación, el cual se calcula matemáticamente, midiendo la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específica, en función de cierto número de variables. Será bajo, cuando no se identifica ningún factor de riesgo conocido, medio y alto, muy alto, cuando están presentes una o varias condiciones que pueden en un momento dado afectar el embarazo.

Si la paciente es clasificada con muy alto riesgo reproductivo se debe contraindicar el embarazo o posponerlo, hasta que se de tratamiento y manejo adecuado a la condición que pone en peligro el bienestar materno fetal; en el riesgo reproductivo medio y alto existen condiciones que de embarazarse ponen en peligro el bienestar materno-fetal por lo que deben ser tratadas y eliminadas previo al embarazo; por último el riesgo bajo es aquel que no contraindica el embarazo y en el que la mujer debe recibir la atención y consejería previa para prepararse para el embarazo (10).

Se sabe que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentarán un alto riesgo obstétrico, en el caso de gestar; y son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción. Por esta razón, es imperativo actuar en el periodo preconcepcional con la finalidad de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles una atención de mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos.

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, etc. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores que son universales, es decir, que persisten independientemente de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres.

Existen otros factores de riesgo preconcepcional que catalogan a la mujer como alto riesgo preconcepcional con su sola presencia, como insuficiencia cardiaca, hipertensión crónica, psicosis, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia pulmonar (tuberculosis avanzada), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (Down y otras), baja estatura de la mujer (menor de 140 cms), dos o más cesáreas, 7 o más embarazos y otras.

Si al llenar la hoja filtro 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.

Una vez que se ha clasificado el riesgo en que se encuentra la usuaria se deben realizar acciones según los diferentes factores de riesgo ya identificados y 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.

Es importante resaltar que el riesgo indica solamente una probabilidad, es decir, no se tiene la certeza que ello ocurrirá, sino que las posibilidades de sufrir un daño durante el proceso de reproducción serán más altas para ella de lo que sería para otra mujer que no presentara estos factores de riesgo. En consecuencia, ella debe recibir un cuidado preferencial por parte del personal de salud, lo importante es que el sector salud debe actuar antes de la concepción, tratando de eliminar, modificar o cuando menos controlar los factores de riesgo preconcepcional.

La importancia de recibir una consulta preconcepcional se debe a varios factores:

- La mayoría de los factores de riesgo están presentes antes de la concepción.
- Existe en el país una alta tasa de embarazos adolescentes y embarazos no deseados.
- Existen intervenciones que tienen mayor impacto cuando son realizadas antes del embarazo.
- Existen intervenciones que no pueden ser aplicadas antes del embarazo.

Durante la consulta preconcepcional se deben de cumplir varias actividades (11):

1-Llenar la hoja filtro de consulta preconcepcional.

En ella se recoge toda la información necesaria sobre la paciente para detectar factores de riesgo reproductivo/obstétricos o antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica, para realizar la referencia a consulta con ginecólogo oportunamente.

2- Realizar historia clínica completa.

La historia clínica es el registro de la información obtenida, en la entrevista médico-paciente, a través del interrogatorio, del examen físico, y de los resultados, tanto de los estudios de laboratorio clínico, como del diagnóstico por imágenes, y de las técnicas especiales. A través de ella se recoge la información necesaria de la paciente, para la atención de calidad y en forma completa.

### 3-Investigar enfermedades crónicas concomitantes.

En la exploración de este tipo de enfermedades se debe determinar si la patología esta controlada y realizar la interconsulta pertinente con el especialista para determinar y decidir el momento más oportuno para el embarazo.

### 4-Medir talla y peso corporal.

Se realizan estas medidas antropométricas para el cálculo del índice de masa corporal.

### 5-Evaluar el estado nutricional con el índice de masa corporal (IMC).

Este es un cálculo común para hombre y mujeres que se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona y determinar si el peso es saludable para la estatura de la paciente.

Se calcula mediante la fórmula:  $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$ . Se pueden obtener los siguientes resultados:

Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m<sup>2</sup>

Bajo peso: Si valor < 18.5 Kg/m<sup>2</sup>. Brinde suplementos

Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m<sup>2</sup>

Obesidad: Si valor  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>.

En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y ginecología.

### 6-Determinar la tensión arterial

La presión arterial es la presión de los vasos sanguíneos del cuerpo. Es la fuerza con la que la sangre se mueve por los vasos sanguíneos, se sabe que durante el embarazo ocurren ciertos cambios fisiológicos que hacen que un porcentaje de mujeres presente hipertensión arterial inducida por el estado de gravidez; es por ello que debe realizarse la medición de la misma para descartar dicha patología.

Los trastornos hipertensivos del embarazo ocurren a partir de las veinte semanas de edad gestacional, previo a ello cualquier elevación de la presión arterial por arriba del valor normal 120/80 se considera hipertensión arterial crónica y debe ser referida esta paciente para ser evaluada por médico internista quien determinara el tratamiento que la paciente debe tener durante el periodo de la gestación.

Si la elevación de la presión arterial se registra con una edad gestacional mayor de veinte semanas la paciente debe ser referida con gineco-obstetra y continuara sus controles especializados para el manejo adecuado de la patología hipertensiva.

Dado esta importancia debe registrarse los valores de la presión arterial tomados por un profesional de la salud con experiencia y con los instrumentos adecuados.

#### 7-Efectuar examen físico completo.

El examen físico completo debe incluir examen ginecológico que incluya especuloscopia, toma de PAP y palpación bimanual de los anexos, además se debe incluir examen físico de mamas para descartar posible patología mamaria ya sea benigna o maligna para realizar las intervenciones necesarias previo al desarrollo del embarazo; además se debe incluir examen físico de la tiroides.

#### 8-Realizar inspección cervical y toma de citología

Se debe realizar toma de citología sobre todo si esta no se encuentra vigente o si la paciente se la tomara por primera vez en la vida, si se reporta resultado anormal se debe dar seguimiento a la paciente según los Lineamientos Técnicos de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix y se contraindicará el embarazo según lo indique el medico ginecólogo.

#### 9-Verificar vigencia de esquema de vacunación antitetánica y anti rubéola.

Se debe verificar que toda mujer que desee embarazarse cuente con el esquema de vacunación completo y de no ser así o en caso de que no esté vigente se debe cumplir la dosis según esquema.

#### 10-Realizar evaluación odontológica.

Como ya es conocido, las enfermedades odontológicas principalmente caries, gingivitis y periodontitis pueden causar complicaciones a un gestante es por esto que es importante detectar y dar tratamiento temprano y oportuno a estas patologías.

En la evaluación odontológica de la paciente se debe incluir: Examen de la cavidad oral, se debe realizar énfasis en la importancia de una adecuada higiene bucal, se debe recomendar dieta saludable y balanceada y se debe sugerir evitar la exposición a alimentos azucarados que provoquen la formación de caries dental, además se debe referir al odontólogo para profilaxis y/o tratamiento de las patologías dentales.

Prescribir micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural.

Se ha determinado a través de diferentes estudios que la administración oportuna de ácido fólico de al menos tres meses antes de la concepción, previene en gran medida la formación de defectos del cierre del tubo neural, la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination recomienda la siguiente dosificación:

-Mujeres de alto riesgo (antecedentes de gestación con defectos del tubo neural) que deseen quedar embarazadas: 4 mg/día de Ácido fólico, 1 a 3 meses antes de la concepción y en los primeros 3 meses del embarazo

-Mujeres de bajo riesgo (sin antecedentes de gestación con defectos del tubo neural) que deseen quedar embarazadas: 0,4 a 0,8 mg diarios de Ácido fólico, 1 a 3 meses antes de la concepción y en los primeros 3 meses del embarazo

-Mujeres en edad fértil con posibilidad de embarazo no planificado: 0,4 mg de Ácido fólico diario

-Mujeres que planean o pueden quedar embarazadas, como alternativa a la ingestión de suplementos de ácido fólico: aumentar el consumo diario de folatos a 0.4 mg./día.

Otro micronutriente que no se administra de rutina en nuestro país pero que es importante administrar durante la atención preconcepcional es el yodo, el cual es necesario para el desarrollo neurológico fetal, nuestra dieta suele ser deficitaria en este elemento, por eso cobra importancia en las embarazadas tomar sal yodada y administrar un suplemento de yodo de entre 150 y 200 microgramos al día.

También debe administrarse suplementos polivitamínicos, hay estudios publicados recientemente en los que se observa que los polivitamínicos pueden disminuir posibles malformaciones cardíacas, urinarias, orofaciales y de las extremidades de los futuros bebés, aunque aún no se cuenta con un estudio que apoye la utilización de los polivitamínicos.

#### 11-Solicitar tipo y Rh

Para la prevención de patologías que pueden darse debido a incompatibilidad sanguínea.

#### 12-Prevención de la transmisión vertical del VIH.

Se debe ofertar el examen a la paciente y a su pareja, se debe brindar la consejería pre-prueba, consejería post-prueba y se debe referir a toda mujer con prueba positiva para su manejo adecuado en el hospital de segundo nivel de atención.

#### 13-Eliminación de la sífilis congénita.

Se debe investigar el antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido, indicar pruebas no treponémicas (RPR) a la pareja para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo.

- El RPR con dilución  $\geq 1:8$  debe considerarse positivo y requiere tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina 500 mg VO c/6hrs por 14 días.

-Cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones  $\leq 1:4$ , considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada.

Además durante la atención preconcepcional debe realizarse prevención de diferentes infecciones que pueden ser transmitidas de la madre gestante hacia el feto:

-VIH/SIDA, aconsejándose screening a mujeres en edad fértil o de alto riesgo.

-Hepatitis B, aconsejándose vacunación a mujeres de riesgo.

-Rubéola, vacunando a toda mujer antes del embarazo

-Toxoplasmosis, explicando el cuidado que han de tener con carnes, gatos y sus heces.

-Virus de inclusión citomegálica, han de lavarse mucho las manos.

-Tétano, aconsejándose la vacunación.

-Otras infecciones como las buco-dentales.

Es importante hacer mención que la atención preconcepcional no va dirigida exclusivamente a la mujer sino también a su pareja, ya que toda pareja que desee concebir un/a hijo/a, debería tener esta consulta, la que es netamente preventiva y educativa, donde se prepara a la pareja para que, físicamente, esté en las mejores condiciones de salud, antes de decidir un embarazo.

Según la Organization of Teratology Information Services (OTIS), “Agentes que pueden causar defectos de nacimiento no alcanzan el feto desarrollando por el padre como lo hacen desde la madre embarazada” Pero se sabe que la exposición masculina a ciertas cosas puede llevar a algunos problemas preliminares con la fertilidad y también elevar ligeramente el riesgo de ciertos defectos de nacimiento, en esto radica la importancia de que también el hombre asista a la consulta preconcepcional.

Considerar el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en la vida de mujeres y hombres que da origen al nacimiento de una nueva persona, significa reconocer que el hombre tiene un rol en todo el proceso de gestación, asumiendo tareas, compartiendo y apoyando a la mujer que experimenta los cambios en su cuerpo y asume los riesgos biológicos de la reproducción. La atención de la gestación, el parto y la crianza deben, consecuentemente, ofrecer a los hombres los espacios para cumplir su rol, entregándoles información y definiendo actividades que ellos pueden realizar, tanto en los controles, consultas y durante el parto, como en el ámbito doméstico. Los y las profesionales y técnicos deben ser capaces de reconocer que los hombres han tenido menos oportunidades de acceder a información y familiarizarse con los servicios de atención en salud.

Sin embargo en nuestro medio lo que predomina es que la mujer asista sola a demandar la consulta preconcepcional a los establecimientos de salud, dejando de lado el papel fundamental que juega el hombre en el desarrollo del embarazo, no solo para la concepción sino también como apoyo moral de la mujer, que a la vez contribuye a mejorar los lazos amorosos que estos poseen.

Al hablar de corresponsabilidad se debe hacer mención también de las diferentes entidades que son responsables de la promoción de este y los demás programas en la sociedad, para que estos sean demandados por la población, esta difusión de programas debe realizarse de manera integral no únicamente es responsable directo el sector salud, los cuales además de brindar la atención en los diferentes establecimientos, deben hacer del conocimiento de todo trabajador de salud las ofertas que los programas para las diferentes etapas de la vida ofrecen, iniciando desde un nivel jerárquico superior el cual debe encargarse de realizar publicidad a través de los diferentes medios de comunicación y difusión social de estos programas para que sean de conocimiento de la población en general, así mismo deben ser estos los responsables de elaborar las directrices, reglamentos e instrumentos que serán aplicados para la aplicación del programa.

A nivel regional, es deber de las diferentes regiones de salud con los respectivos SIBASI realizar la difusión y capacitación del personal de salud que labora bajo su mando, para que realicen la correcta aplicación de los lineamientos de los diferentes programas, para dar una atención de calidad al usuario del establecimiento, así mismo debe incluirse la capacitación no únicamente al sector salud sino que debe hacerse una difusión integral a los diferentes actores sociales que se ven involucrados en el desarrollo de la vida cotidiana de las personas, es así como debe hacerse participe de estos planes a los diferentes centros educativos que deben de brindar la orientación necesaria a los adolescentes sobre “la educación sexual” para que asistan de manera oportuna a los diferentes centros asistenciales a demandar el servicio que ellos requieran. Para el año 2013 el Ministerio de Educación (MINED) aprobó dar cursos de educación sexual y uso de preservativo a

los jóvenes de 13 a 15 años en los diferentes centros escolares, sin embargo muchos directores y maestros se negaron a impartir estas clases a los adolescentes, quedando en evidencia que la educación sexual continua siendo un tabú en las escuelas, principalmente por considerar que con las mismas se promueve en los jóvenes el inicio temprano de las relaciones sexuales (12).

Así mismo debe involucrarse a las iglesias como entes sociales y de formación de las personas, para la difusión de la “planificación de un embarazo sano” sin embargo, este es un tema tabú para muchas religiones principalmente testigos de Jehová, mormones, entre otras, donde es prohibido hablar sobre la sexualidad a los jóvenes, limitando las relaciones sexuales a realizarlas únicamente en unión matrimonial.

A nivel de los diferentes establecimientos de salud es responsabilidad de ellos la promoción de los diferentes programas tanto fuera como dentro de las unidades de salud, así como la inscripción y seguimiento de los pacientes que han sido inscritos en los diferentes programas que ofrece el ministerio de salud y para lo cual debió haberse capacitado con anterioridad al personal.



## **5. SISTEMA DE HIPÓTESIS.**

### **5.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

Hi: La educación, el ingreso económico, la religión, el machismo, el desinterés de la usuaria, la falta de socialización del programa de atención preconcepcional son los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de San Miguel año 2016.

### **5.2 HIPÓTESIS NULA.**

Ho: La educación, el ingreso económico, la religión, el machismo, el desinterés de la usuaria y la falta de socialización del programa de atención preconcepcional no son los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de San Miguel año 2016.

### **5.3 VARIABLES.**

V<sub>1</sub>: Factores socioculturales:

- Educación.
- Ingreso económico.
- Religión.
- Machismo.
- Desinterés de la usuaria.
- Falta de socialización del programa.

V<sub>2</sub>: Bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

### **5.4 UNIDADES DE ANALISIS.**

Mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Cantón El Niño.

### 5.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Hipótesis	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores
<p>Hi: La educación, el ingreso económico, la religión, el machismo, el desinterés de la usuaria, la falta de socialización del programa de atención preconcepcional son los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de San Miguel año 2016..</p>	<p>V<sub>1</sub>: Factores socioculturales</p>	<p>Características demográficas:</p> <p>Son todas aquellas atribuciones referentes a la estructura y dinámica de las poblaciones</p>	<p>Características demográficas.</p>	<p>-Edad</p> <p>-Estado Familiar</p> <p>-Procedencia</p>
		<p>Factor social:</p> <p>Todo aquello que afecta a la población o sociedad en su conjunto</p>	<p>Factores Sociales</p>	<p>-Educación</p> <p>-Ingreso económico.</p>
		<p>Factores culturales:</p> <p>Son todas aquellas costumbres y creencias de las personas de una población o sociedad</p>	<p>Factores Culturales</p>	<p>-Religión</p> <p>-Machismo</p> <p>-Falta de interés de la usuaria</p>

<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>
	V <sub>2</sub> : Bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.	Atención preconcepcional: son intervenciones que se realizan antes del embarazo que tiene como propósito identificar y modificar factores de riesgo y así poder reducir riesgos en el próximo embarazo	Atención preconcepcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Número de pacientes inscritas al programa.</li> <li>-Conocimiento de la paciente sobre la existencia del programa de atención preconcepcional.</li> <li>-Promoción del programa dentro del establecimiento de salud.</li> <li>-Corresponsabilidad del compañero de vida.</li> </ul>

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO.

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO.

- **Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información:**

Prospectivo: son aquellos estudios cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que van sucediendo.

- **Por el periodo y secuencia del estudio:**

Transversal: debido a que la investigación se realizó en un tiempo o periodo determinado.

- **Según el análisis y alcance de los resultados:**

Descriptivo: debido a que se pretende deducir los diferentes factores socioculturales que influyen en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

### 6.2 UNIVERSO O POBLACIÓN.

Mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad que asisten a las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de la ciudad de San Miguel año 2016.

#### **Población.**

Tabla N° 1 Distribución de la población en cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Población de mujeres de 15 a 20 años
San Pedro Chirilagua	265
Cantón El Niño	192
TOTAL	457

Fuente: Plan Operativo Anual 2016 Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Pedro Chirilagua y cantón El Niño.

### 6.3 MUESTRA.

Para determinar la muestra el grupo investigador se auxiliará de la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{(z)^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

**Donde:**

N= Universo.

E= Error muestral.

Z = Niveles de confianza.

P = Probabilidad de éxito.

Q= Probabilidad de fracaso.

n= Muestra.

**Datos:**

N= 457

E= 5% = 0.05

Z = 95% = 1.96

P = 50% = 0.5

Q= 50% = 0.5

n= ?

**Sustituyendo:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(457)}{(0.05)^2 (457 - 1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(457)}{(0.0025) (456) + (3.8416) (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{438.9028}{1.14 + 0.96}$$

$$n = \frac{438.9028}{2.1004}$$

n = 208.9

n = **209** mujeres en edad fértil de 15 a 20 años

## **6.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres en edad fértil de 15 a 20 años que consulten las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de cantón el Niño y San Pedro Chirilagua de San Miguel.
- Usuarias pertenecientes a la jurisdicción de San Pedro Chirilagua y cantón el Niño de la ciudad de San Miguel.
- Mujeres de 15 a 20 años sexualmente activas.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Mujeres en edad fértil de 15 a 20 años en periodo de gestación
- Pacientes que no deseen colaborar con la investigación.
- Pacientes con algún grado de discapacidad mental.

## **6.5 TIPO DE MUESTREO:**

- No probabilístico por conveniencia:

En este tipo de muestreo se selecciona una muestra de la población por el hecho de que es accesible para el investigador, es decir que los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico.

Para seleccionar la muestra el grupo investigador ha decidido escoger a las primeras 209 usuarias de 15 a 20 años que consulten las unidades comunitarias de salud familiar durante el periodo estipulado para la recolección de los datos.

## **6.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

- La encuesta:

Es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos.

La información es recogida usando procedimientos estandarizados de manera que a cada individuo se le hace la misma pregunta, estructurada de la misma manera.

## **6.7 INSTRUMENTO.**

- Guía de entrevista:

Es un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos del proyecto de investigación. La guía de entrevista permite estandarizar e integrar el proceso de recopilación de datos.

La guía de entrevista puede aplicarse a grupos o individuos estando presente el investigador o el responsable de recoger la información o puede enviarse por correo a los destinatarios seleccionados en la muestra.

El grupo investigador ha diseñado para la recolección de la información una guía de entrevista (Anexo n°3) que consta de veinte preguntas de las cuales se diseñaron cuatro abiertas y dieciséis cerradas.

## **6.8 PROCEDIMIENTO.**

Para la recolección de datos se realizará en cada establecimiento de salud la aplicación de la guía de entrevista a las primeras doscientas nueve pacientes que consulten en los días destinados para la recolección de datos según cronograma de actividades.

## **6.9 PLANIFICACIÓN.**

En el Departamento de Medicina de la facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de Doctorado en Medicina y la coordinadora del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, así como también se dio a conocer el cronograma actividades a realizar durante todo el proceso de graduación (Anexo n° 4), se asignó docente asesor con el cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar donde se realizara la investigación.

También se elaboró un presupuesto para programar gastos económicos e insumos necesarios durante el proceso e graduación (Anexo n° 5)

Además se inició la búsqueda de la información sobre el tema a investigar y se tomó como referente bibliográfico los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y del recién nacido del ministerio de salud de El Salvador.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se realizaron correcciones señaladas por el asesor y jurado. Se realizó la elaboración del presente protocolo de investigación, contando con asesoría metodológica y estadística.

## **6.10 EJECUCIÓN.**

La población estudiada será 209 mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad, distribuida de la siguiente manera: 105 pacientes consultantes en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y 104 pacientes consultantes en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de cantón El Niño de la ciudad de San Miguel.

Previo a la ejecución de la investigación se realizara la validación del instrumento en las dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar, donde se pasará el instrumento a 10 pacientes de 15 a 20 años de edad que cumplan los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de valorar la

comprensión de las preguntas para posteriormente modificarla de acuerdo a los resultados obtenidos.

La recolección de datos se realizara durante la consulta médica que se brinde a las pacientes en edad fértil de 15 a 20 años de edad, donde se les explicara a las participantes en que consiste el estudio y si está de acuerdo en participar en el posteriormente se llenara el formato de consentimiento informado y se procederá a leer la guía de entrevista elaborada, a la vez se irá dando respuesta a cada una de las interrogantes hechas a las pacientes.

### **6.11 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

En la prueba piloto se aplicó la guía de entrevista a 10 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 20 años que consultan en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón el Niño y se determinó que no se tuvo ningún inconveniente por parte de las participantes en el entendimiento de las preguntas.

Se encuestaron a 10 mujeres en edad fértil de 15 a 20 años durante la consulta médicas, distribuidas de la siguiente manera: 5 pacientes encuestadas en UCSF San Pedro Chirilagua y 5 pacientes encuestadas en UCSF El Niño, durante la aplicación de la guía de entrevista no se presentó dificultad por parte de las participantes en la comprensión de cada pregunta de la guía de entrevista.

### **6.12 PLAN DE ANÁLISIS.**

Para poder determinar o darle respuesta a los resultados de la investigación; con respecto a los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad. Se realizara la tabulación de datos utilizando el programa: IBM SPSS Statistics 20.0 (software procesador de datos estadísticos versión 20). De esta manera se realizaran tablas y gráficos que permitan el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple.

### **6.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Se les brindara información a los participantes acerca del estudio a investigar y la importancia de dicho estudio, se les explicara de que la información de sus respuestas serán completamente confidencial, también se les pasara un consentimiento informado (Anexo n° 6) previo a la guía e entrevista.



## 7. RESULTADOS.

### 7.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Los resultados se obtuvieron durante la consulta médica que se brindó a las pacientes en edad fértil de 15 a 20 años de edad, donde se les explico a las participantes en que consiste el estudio y si está de acuerdo en participar, luego a través de la encuesta la paciente nos iba brindando repuesta a cada una de las interrogantes

#### DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

Tabla N° 2 Relación entre la edad de la usuaria y la inscripción al programa preconcepcional.

Edad de la paciente	Inscripción al programa.					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
15	3	1,4	20	9,6	23	11,0
16	2	1,0	24	11,5	26	12,4
17	3	1,4	28	13,4	31	14,8
18	3	1,4	40	19,1	43	20,6
19	3	1,4	26	12,4	29	13,9
20	15	7,2	42	20,1	57	27,3
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

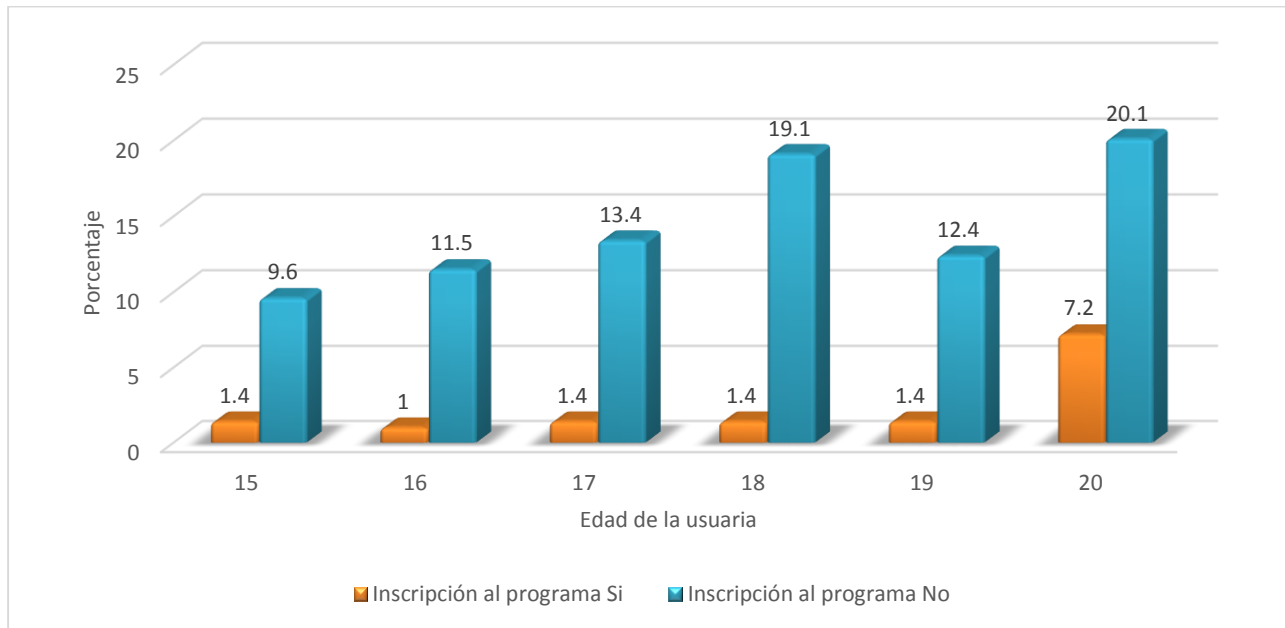
#### ANÁLISIS:

La tabla N° 2 muestra que la mayor afluencia de mujeres que fueron encuestadas se encuentran en la edad de 20 años con un 27,3% de la población encuestada, siendo esta población la que tiene la mayoría de las inscripciones al programa con un 7,2%, así mismo son las pacientes de 20 años el mayor grupo que no se encuentra inscrita con un 20,1%.

#### INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a lo anterior se puede observar que la mayoría de mujeres inscritas al programa de atención preconcepcional tienen la edad de 20 años, resultado esperado ya que a mayor edad, la usuaria se encuentra más consciente de sus acciones y de las consecuencias que puede traer un embarazo sin planificación oportuna, sin embargo es de tomar en cuenta que estas mujeres ya tuvieron embarazos previos, y como parte del proceso de inscripción prenatal se realizó tamizaje de riesgo reproductivo, sin embargo el objetivo del programa es realizar este tamizaje a través de la hoja filtro previo a la concepción.

Grafico N° 1 Relación entre la edad de la usuaria y la inscripción al programa preconcepcional



Fuente: Tabla N° 2

Tabla N° 3 Relación entre el estado familiar y la inscripción al programa preconcepcional.

Estado familiar	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Soltera	2	1,0	35	16,7	37	17,7
Casada	4	1,9	20	9,6	24	11,5
Acompañada	22	10,5	125	59,8	147	70,3
Divorciada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Viuda	1	0,5	0	0,0	1	0,5
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

### ANÁLISIS:

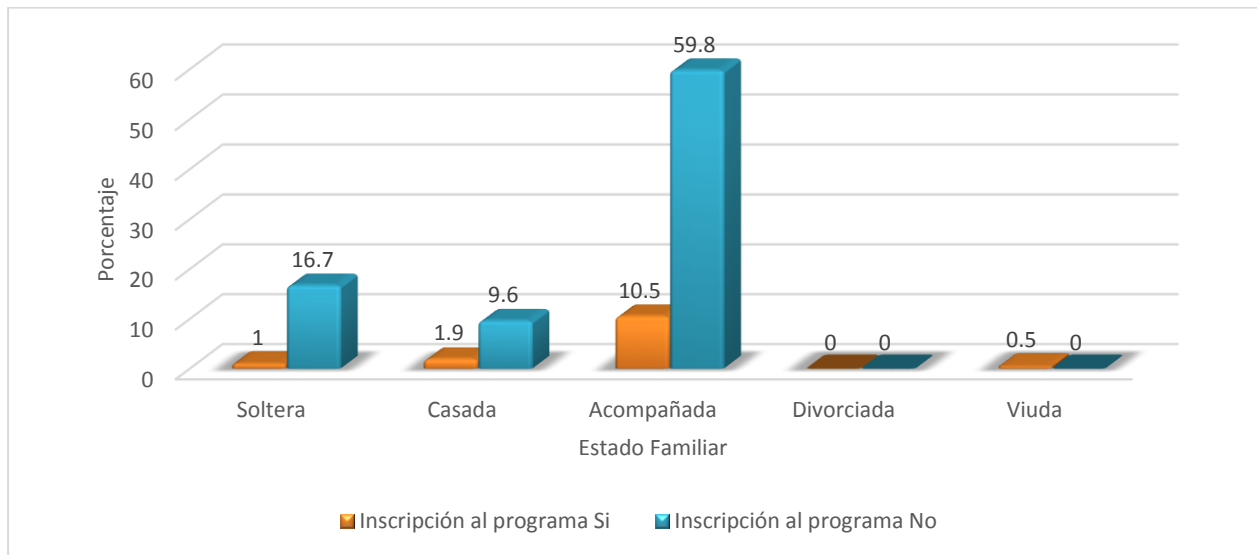
La tabla N° 3 muestra que el estado familiar predominante de las mujeres encuestadas es estar acompañada con un 70.3% el cual el 10.5 % se encuentra inscritas y el 59.8% no se encuentra inscritas siendo este su mayoría, en menor frecuencia se encuentra viuda con un 0.5%.

### INTERPRETACIÓN:

El estado familiar predominante en la actualidad es el estar acompañada, estado donde la mayoría de mujeres cuentan con una unión no matrimonial que les brinda estabilidad en todos los aspectos de su vida tales como emocional, social, económico, familiar y otros, es por ello que se espera que sean estas mujeres que cuentan con el apoyo de sus compañeros de vida las que demanden

mayormente el programa, sin embargo la mayoría de mujeres acompañadas no están inscritas al programa.

Grafico N° 2 Relación entre el estado familiar y la inscripción al programa preconcepcional.



Fuente: Tabla N° 3.

Tabla N° 4 Relación entre la distancia a la UCSF y la inscripción al programa preconcepcional.

Cercanía a la UCSF	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Menor de 1 km	10	4,8	62	29,7	72	34,4
De 1 km a 2 km	10	4,8	74	35,4	84	40,2
Más de 2 km	9	4,3	44	21,1	53	25,4
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

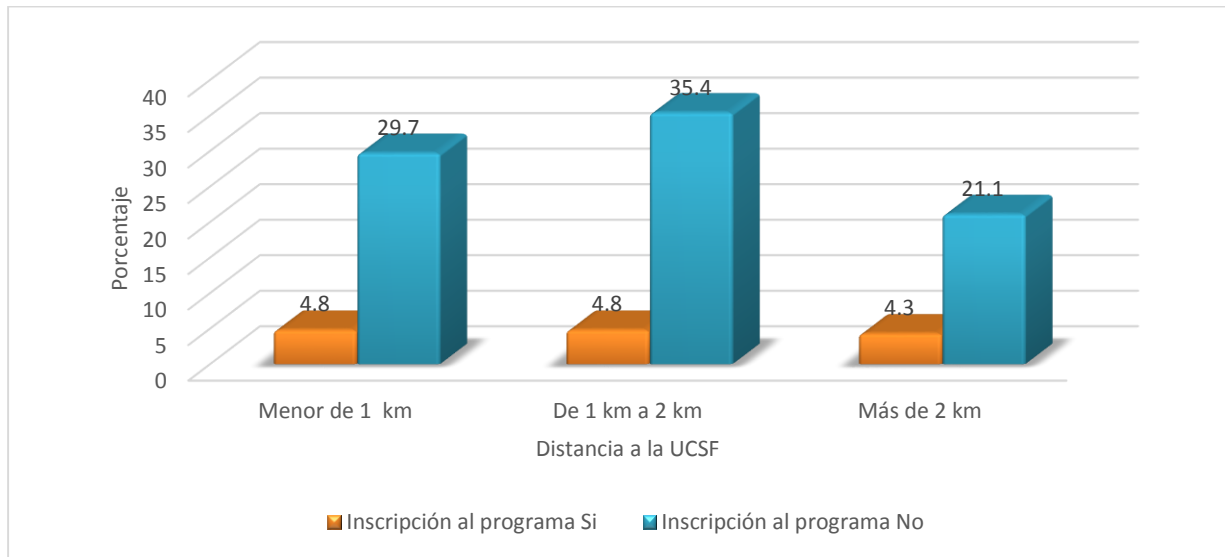
### ANÁLISIS:

En la tabla N° 4 muestra que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas residen a una distancia intermedia del establecimiento de salud representando el 40,2% de las encuestadas, de ellas 4,8% están inscritas en el programa, sin embargo la mayoría de las no inscritas residen a la misma distancia.

### INTERPRETACIÓN:

Se espera que las usuarias que residen en zonas más alejadas del establecimiento de salud sean las que demanden con menor frecuencia los diferentes servicios que esta ofrece, como el programa de atención preconcepcional, como demuestra la gráfica N° 3 la mayor parte de las mujeres residentes en zonas próximas al establecimiento están inscritas

Grafico N° 3 Relación entre la distancia a la UCSF y la inscripción al programa preconcepcional



Fuente: Tabla N° 4.

## FACTORES SOCIALES.

Tabla N° 5 Resultados estudio de factor educación.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INSCRITAS	PORCENTAJE
¿Sabe leer?	SI	198	94,7%	SI= 29	SI= 13,9%
				NO= 169	NO=80,9%
	NO	11	5,3%	SI= 0	SI= 0%
				NO= 11	NO=5,3%
TOTAL		209	100%	209	100%
Grado académico de estudio	Ninguno	3	1,4%	SI= 0	SI= 0%
				NO= 3	NO= 1,4%
	Primer ciclo	13	6,2%	SI= 2	SI= 1%
				NO= 11	NO= 5,2%
	Segundo ciclo	74	35,4%	SI= 11	SI= 5,3%
				NO= 63	NO= 30,1%
	Tercer ciclo	106	50,7%	SI= 12	SI=5,7%
				NO=94	NO=45%
	Educación media	13	6,2%	SI= 4	SI= 1,9%
				NO= 9	NO= 4,3%
Educación superior	0	0	SI= 0	SI=0%	
			NO=0	NO=0%	
TOTAL		209	100%	209	100%

Fuente: Guía de entrevista

### **ANÁLISIS:**

La tabla anterior incluye las preguntas elaboradas para el estudio del factor educación donde se obtuvieron los resultados siguientes: 94,7% de las usuarias encuestadas sabe leer y de ellas el 13,9% están inscritas al programa de atención preconcepcional, el 5,3% de las usuarias no sabe leer y de ellas el 1,4% no posee ningún grado académico de ellas ninguna está inscrita al programa.

### **INTERPRETACIÓN:**

Según los resultados de la tabla anterior la mayoría de la población estudiada sabe leer, sin embargo el 80,9% de ellas no está inscrita al programa y el 5,3% de las usuarias analfabetas no están inscritas, la mayoría de las usuarias poseen algún grado académico de estudio.

Tabla N° 6 Relación entre la educación y la inscripción al programa preconcepcional.

Efecto del factor educación	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Mucho	0	0,0	10	4,8	10	4,8
Poco	23	11,0	148	70,8	171	81,8
Nada	6	2,9	22	10,5	28	13,4
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

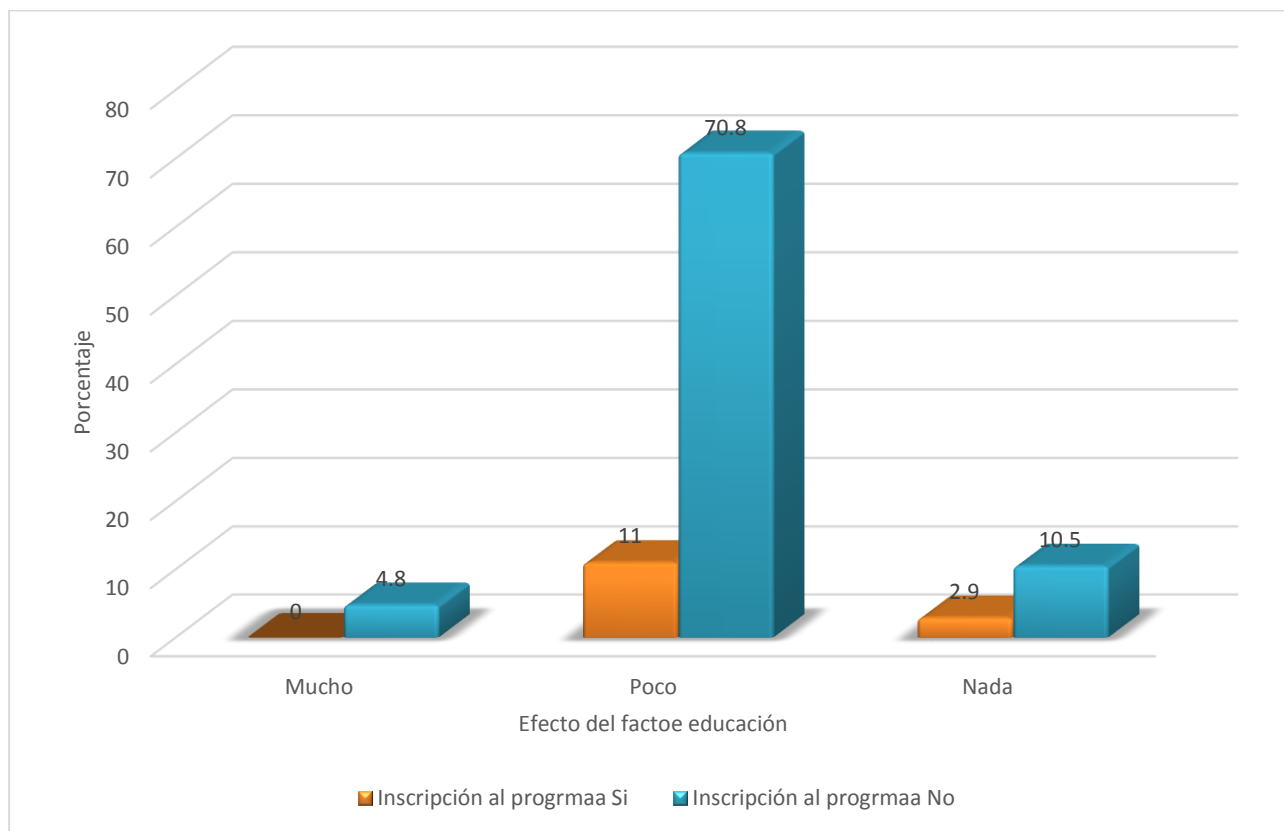
### **ANÁLISIS:**

La tabla N°6 muestra que la mayoría de pacientes encuestadas 81,8% refieren poca influencia del factor educación, ya que poseen algún grado de instrucción académica, de ellas el 11 % está inscrita al programa y el mayor porcentaje 70,8% no está inscrita, el 4,8% de las encuestadas refirió mucha influencia de este factor y de ellas el 4,8% no está inscrita.

### **INTERPRETACIÓN:**

Según se ilustra en la gráfica N°4 la minoría de la población entrevistada que refiere mucha influencia del factor educación en la inscripción al programa no posee ningún grado académico ni sabe leer, y se esperaría que las usuarias con mayor grado de instrucción académica se encontraran inscritas al programa, lo que demuestra que la educación no es un factor que influya en las bajas inscripciones, considerando de importancia que la usuaria cuente con la habilidad de la lectura, ya que resulta más fácil para el personal de salud orientar sobre la importancia de la inscripción al programa a pacientes con algún grado de instrucción, además puede informarse ella misma a través de periódicos, revistas educativas, panfletos y cualquier otro material didáctico sobre los beneficios que trae el adecuado cuidado preconcepcional.

Grafico N° 4 Relación entre la educación y la inscripción al programa preconcepcional.



Fuente: Tabla N° 6

Tabla N° 7 Resultados estudio factor ingreso económico.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INSCRITAS	PORCENTAJE
¿Cuál es su ocupación?	Desempleada	2	1%	SI= 0	SI=0%
				NO=2	NO=1%
	Ama de casa	169	80,9%	SI= 21	SI= 10%
				NO=148	NO=148%
	Empleada	9	4,3%	SI=3	SI= 1,4%
				NO=6	NO=2,9%
Comerciante	21	10%	SI=3	SI=1,4%	
			NO= 18	NO=8,6%	
Estudiante	8	3,8%	SI=2	SI=1%	
			NO=6	NO=2,9%	
TOTAL		209	100%	209	100%
¿Su trabajo es remunerado?	Si	53	25,4%	SI= 7	SI= 3,3%
				NO= 46	NO= 22%
	No	156	74,6%	SI= 22	SI= 10,5%
				NO= 134	NO= 64,1%

TOTAL		209	100%	209	100%
Ingreso familiar mensual aproximado	Menor de \$118.20	176	84,2%	SI= 19	SI=9,1 %
				NO= 157	NO= 75,1%
Mayor de \$118.20		33	15,8%	SI= 10	SI=4,8 %
				NO=23	NO=11 %
TOTAL		209	100%	209	100%

Fuente: Guía de entrevista

### ANÁLISIS:

La tabla anterior incluye las preguntas elaboradas para el estudio del factor ingreso económico, el 80,9% de las encuestadas son amas de casa y de ellas el 10% se encuentra inscrita, siendo este el grupo donde se encuentran la mayoría de las usuarias, el 74,6% de las mujeres no poseen un trabajo remunerado y dependen económicamente de sus compañeros de vida, y el 84,2% de los ingresos familiares son inferiores al salario básico mínimo para la clase obrera de \$118,20.

### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las pacientes encuestadas no posee un empleo formal y se dedican a los oficios domésticos no remunerados en su hogar, lo que limita los ingresos económicos familiares y recae esta responsabilidad únicamente sobre el compañero de vida, lo que convierte los ingresos familiares limitados e inferiores al salario mínimo para la clase obrera.

Tabla N° 8 Relación entre el ingreso económico y la inscripción al programa preconcepcional.

Efecto del ingreso económico	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje %
Mucho	17	8,1	121	57,9	138	66,0
Poco	8	3,8	44	21,1	52	24,9
Nada	4	1,9	15	7,2	19	9,1
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

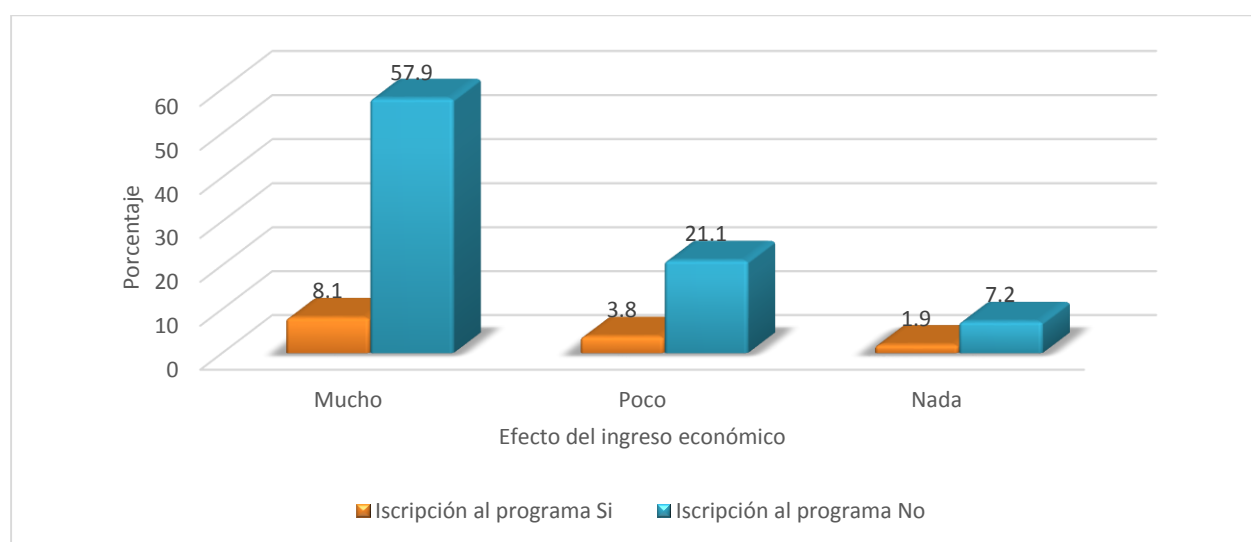
### ANÁLISIS:

La tabla N° 8 que la mayoría de mujeres encuestadas 66 % no poseen un estatus económico estable, ellas son amas de casa, no cuentan con un salario propio y reciben ingresos familiares mensuales inferiores al mínimo para el sector agropecuario, de estas solo el 8.1% están inscritas y un 57.9% no lo están. El 24.9 % de las mujeres refieren que la economía es un factor que influye poco en la demanda de los servicios de salud, y la minoría un 9.1% refieren que influye poco en las bajas inscripciones, de estas el 1.9 % esta inscritas y el 7.2% no está inscrita al programa.

## INTERPRETACIÓN:

Los datos obtenidos muestran que la mayoría de las mujeres que no están inscritas se ven influenciadas por problemas económicos, lo cual les presenta dificultades para su traslado a la unidad de salud para lo cual requieren de pago de transporte, no contando en muchos casos con el dinero necesario para su movilización; es de hacer notar que la mayoría de las mujeres no trabaja y se dedica a las tareas domésticas no remuneradas en el hogar, dejando como responsable económico de la familia al compañero de vida, el que dedicándose a las tareas agropecuarias con salarios inferiores al mínimo, no da abastecimiento suficiente a su familia para satisfacer necesidades básicas como la atención en salud.

Grafico N° 5 Relación entre el ingreso económico y la inscripción al programa preconcepcional.



Fuente: Tabla N°8.

## FACTORES CULTURALES

Tabla N° 9 Relación entre religión y la inscripción al programa de atención preconcepcional.

Religión	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Católico	13	6,2	89	42,6	102	48,8
Evangélico	10	4,8	60	28,7	70	33,5
Otros	0	0,0	11	5,3	11	5,3
Ninguna	6	2,9	20	9,6	26	12,4
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.



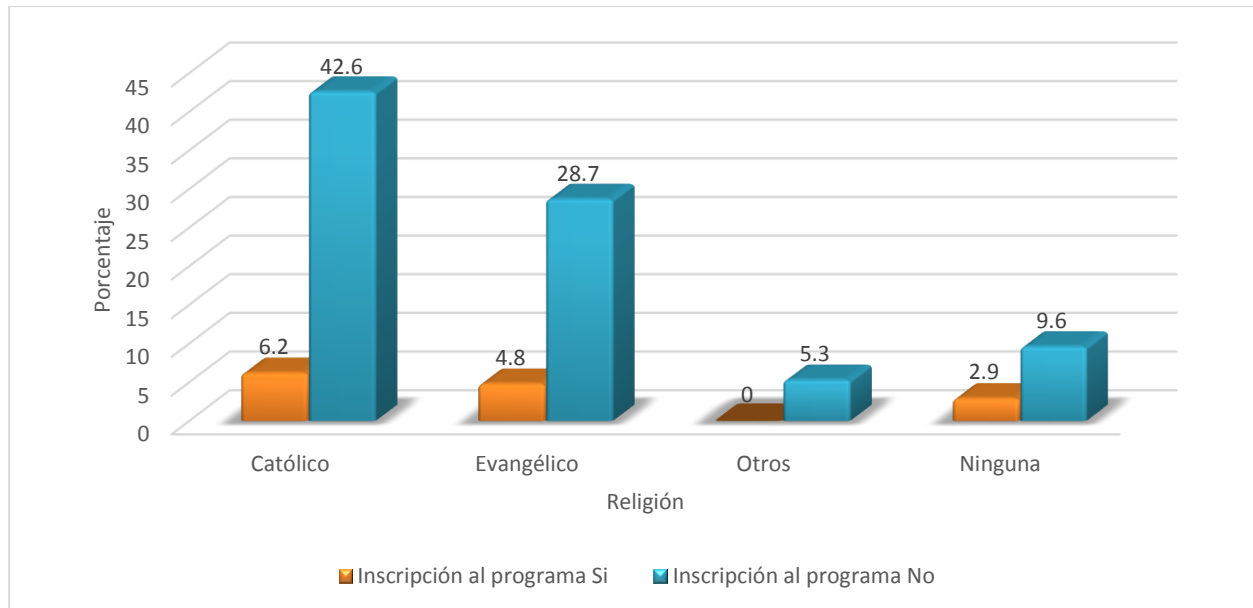
## ANALISIS:

En la tabla se puede observar que la mayoría de las pacientes encuestadas 48,8% pertenece a la religión católica y la mayoría de ellas un 42,6% no están inscritas, un 33,5% pertenecen a la iglesia evangélica de ellas la mayoría en un 28.7% no están inscritas, un 12.4% no pertenece a ninguna religión de ellas un 9.6% no están inscritas, el 5.3% que es la minoría de pacientes encuestadas pertenecen a otras religiones.

## INTERPRETACION:

En cuanto a la religión la mayoría de pacientes encuestadas asiste de forma regular a la iglesia y la mayoría de las no inscritas como de las inscritas asisten a la iglesia católica, religión que no se opone a la planificación del embarazo y la asistencia de las usuarias a las unidades de salud para recibir atención médica, siempre que sea dentro del matrimonio, por lo que se esperaba que la gran parte de las inscritas pertenecieran a este grupo religioso, sin embargo la mayoría de mujeres inscritas asisten a iglesias evangélicas.

Grafico N° 6 Relación entre la religión y la inscripción al programa preconcepcional.



Fuente: Tabla N° 9.

Tabla N° 10 Resultados estudio factor machismo.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INSCRITAS	PORCENTAJE
¿Su compañero de vida le ha prohibido realizar algún trabajo?	SI	21	10%	SI= 10	SI=4,8%
				NO=11	NO=9,1%
	NO	188	90%	SI= 19	SI= 9,1%
				NO=169	NO=80,9%
TOTAL		209	100%	209	100%
¿Su Compañero de vida le ayuda con las tareas del hogar?	SI	121	57,9%	SI= 17	SI= 8,1%
				NO= 104	NO= 49,8%
	NO	88	42,1%	SI= 12	SI= 5,7%
				NO= 76	NO= 36,4%
TOTAL		209	100%	209	100%
¿Su compañero de vida le ha obligado a tener más hijos?	SI	6	2,9%	SI= 1	SI=0,5 %
				NO= 5	NO= 2,4%
	NO	203	97,1%	SI= 28	SI=13,4 %
				NO=175	NO=83,7 %
TOTAL		209	100%	209	100%

Fuente: Guía de entrevista

### ANÁLISIS:

La tabla anterior incluye las preguntas elaboradas para el estudio del factor machismo, donde se obtuvieron los siguientes resultados el 90% de las encuestadas refiere que su compañero de vida no le impide realizar algún trabajo o continuar sus estudios, de ellas el 9,1% se encuentra inscrita al programa, el 57,9% de las usuarias refiere que recibe ayuda de su compañero de vida en las tareas domésticas, por lo que ellas pueden desplazarse al establecimiento de salud cuando su compañero no trabaja, el 97,1% de las encuestadas refiere que su compañero no le obliga a tener más hijos, y que la decisión se toma en pareja.

### INTERPRETACIÓN:

La cultura salvadoreña se caracteriza por tener rasgos machistas fuertemente arraigados, hecho que se puede comprobar en la tabla anterior donde el 90% de las mujeres refiere que su compañero de vida no les prohíbe trabajar, sin embargo un 57,9% refiere que no recibe ayuda de su compañero en las tareas del hogar, hecho que dificulta que la paciente se traslade al establecimiento de salud para demandar un servicio.

Tabla N° 11 Relación entre el machismo y la inscripción al programa de atención preconcepcional.

Efecto factor machismo	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Mucho	5	2,4	9	4,3	14	6,7
Poco	11	5,3	72	34,4	83	39,7
Nada	13	6,2	99	47,4	112	53,6
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

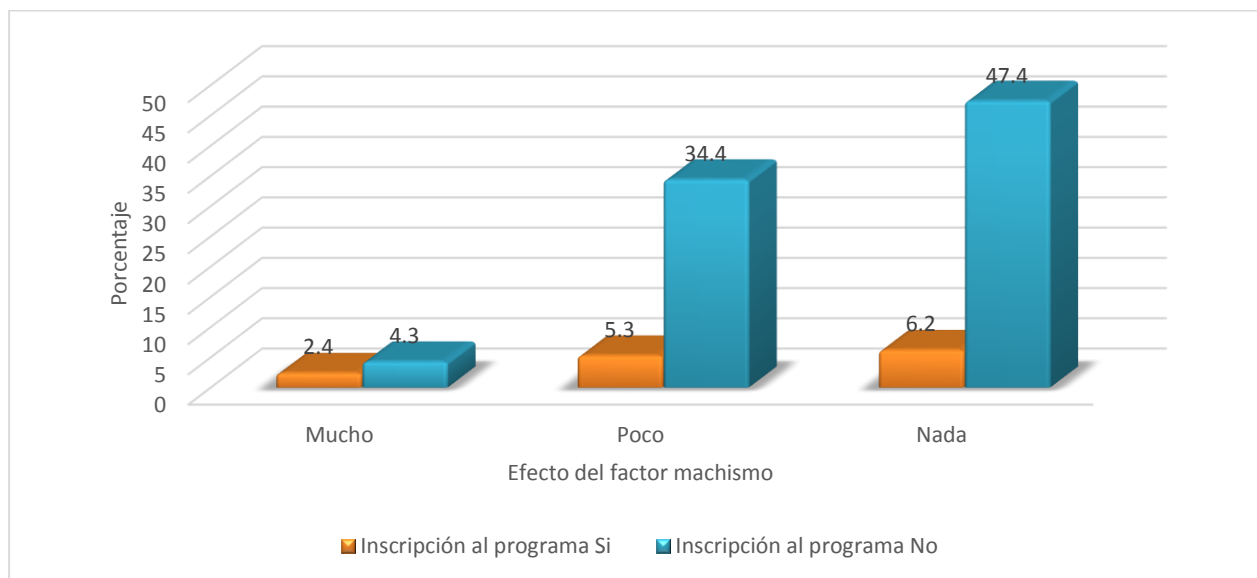
### ANÁLISIS:

En la tabla se puede observar que de las pacientes inscritas al programa de atención preconcepcional que corresponde al 13.9%, de estas la mayoría en un 6.2 % refiere no sufrir de machismo por parte de sus compañeros de vida, y de las pacientes no inscritas que constituye el 86.1% la mayoría de estas en un 47.4% también refiere no sufrir ningún tipo de machismo.

### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a las pacientes encuestadas podemos mencionar que tanto las pacientes inscritas como no inscritas la mayoría no sufre de machismo por su compañero de vida lo que nos da a entender que la mayoría tiene parte de ayuda por su compañero de vida, por otra parte la minoría sufre de algún grado de machismo lo que nos da a entender que estas pacientes pueden no depender por si solas a la toma de decisiones como en el caso de tener más hijos o ponerse en control de planificación o en control preconcepcional.

Grafico N° 7 Relación entre el machismo y la inscripción al programa de atención preconcepcional.



Fuente: Tabla N° 11

Tabla N° 12 Resultados estudio factor desinterés de la usuaria.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INSCRITAS	PORCENTAJE
Considera usted que ¿Es necesario asistir a la unidad de salud cuando desea un embarazo?	SI	187	89,5%	SI= 25	SI=12%
				NO=162	NO=77,5%
	NO	22	10,5%	SI= 4	SI= 1,9%
				NO=18	NO=8,6%
TOTAL		209	100%	209	100%
Si usted estuviera embarazada ¿Se encuentra en buen estado de salud para que su bebe se desarrolle sin complicaciones?	SI	108	51,7%	SI= 15	SI= 7,2%
				NO=93	NO=44,5%
	NO	101	48,3%	SI= 14	SI= 6,7%
				NO=87	NO=41,6%
TOTAL		209	100%	209	100%
Considera usted que ¿Su compañero de vida debe asistir a la unidad de salud antes de concebir un embarazo?	SI	117	56%	SI= 19	SI=9,1 %
				NO= 98	NO= 46,9%
	NO	92	44%	SI= 10	SI=4,8 %
				NO=82	NO=39,2 %
TOTAL		209	100%	209	100%

Fuente: Guía de entrevista

### ANÁLISIS:

La tabla anterior incluye las preguntas elaboradas para el estudio del factor desinterés de la usuaria, el 89,5% de las encuestadas refiere que es necesario asistir a un establecimiento de salud previo a la concepción de un embarazo, de ellas 12% se encuentran inscritas, el 51,7% considera que se encuentra en un buen estado de salud y no necesita un chequeo médico previo a la concepción, de ellas un 7,2% están inscritas al programa, y el 56% de las encuestadas manifiesta que el compañero de vida debe asistir al establecimiento de salud para recibir consulta preconcepcional en pareja.

### INTERPRETACIÓN:

Según los resultados anteriores las pacientes refieren interés en recibir atención médica previa a la concepción de un embarazo para que se desarrolle en las mejores condiciones, sin embargo la mayoría de ellas no se encuentra inscrita al programa.

Tabla N° 13 Relación entre el desinterés de las usuarias y la inscripción al programa de atención preconcepcional.

Factor desinterés de las usuarias	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Mucho	4	1,9	16	7,7	20	9,6
Poco	17	8,1	114	54,5	131	62,7
Nada	8	3,8	50	23,9	58	27,8
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

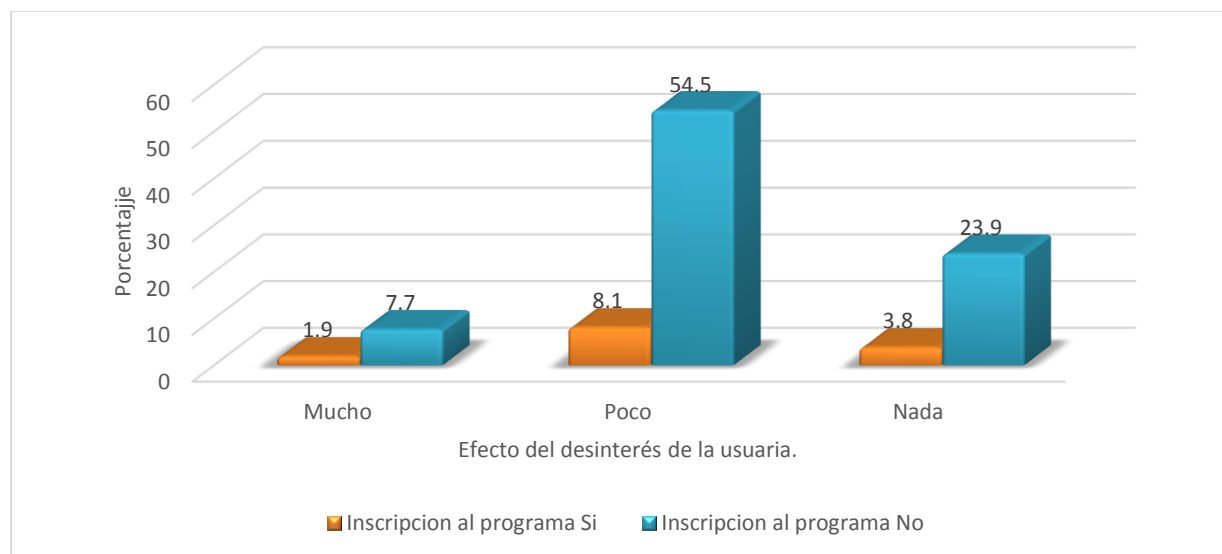
### ANALISIS:

En la tabla anterior podemos observar que de las pacientes inscritas al programa que corresponde al 13.9% del total de pacientes encuestadas la mayoría de estas en un 8.1% tiene poco desinterés, de las pacientes no inscritas al programa que corresponde al 86.1% la mayoría de estas tiene poco desinterés.

### INTERPRETACIÓN:

De lo anterior podemos mencionar que la mayoría de las pacientes muestran algún grado de desinterés sobre el programa lo que significa que no asisten con frecuencia los centros de atención y lo hacen en su mayoría solo cuando tiene alguna morbilidad.

Grafico N° 8 Relación entre el desinterés de las usuarias y la inscripción al programa de atención preconcepcional.



Fuente: Tabla N° 13

Tabla N° 14 Resultados estudio factor desconocimiento del programa.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INSCRITAS	PORCENTAJE
Sabe usted ¿En qué consiste el programa de atención preconcepcional?	SI	30	14,4%	SI= 6	SI=2,9%
				NO=24	NO=11,5%
	NO	179	85,6%	SI= 23	SI= 11%
				NO=156	NO=74,6%
TOTAL		209	100%	209	100%
Sabe usted ¿Cuál es la importancia de inscribirse al programa?	SI	64	30,6%	SI= 12	SI= 5,7%
				NO= 52	NO= 24,9%
	NO	145	69,4%	SI= 17	SI= 8,1%
				NO= 128	NO= 61,2%
TOTAL		209	100%	209	100%

Fuente: guía de entrevista

### ANÁLISIS:

En la tabla anterior se encuentran los resultados de las interrogantes realizadas para investigar el factor desconocimiento del programa, el 85,6% de las mujeres refieren no saber en qué consiste el programa, de ellas 11% están inscritas, el 14,4% que sabe en qué consiste el programa, solo el 2,9% está inscrita y el 11,5% no está inscrita, el 69,4% de las encuestadas no sabe la importancia de la inscripción al programa y de ellas 8,1% están inscritas.

### INTERPRETACIÓN:

Los resultados sobre el conocimiento de las pacientes acerca del programa son alarmantes ya que se esperaría que el 100% de las pacientes que conocen acerca de él se encuentran inscritas al mismo, sin embargo los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de las inscritas desconoce la existencia del programa y la importancia de estar inscrita.

Tabla N° 15 Relación entre el desconocimiento del programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional.

Efecto del desconocimiento del programa	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Mucho	17	8,1	137	65,6	154	73,7
Poco	7	3,3	27	12,9	34	16,3
Nada	5	2,4	16	7,7	21	10,0
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

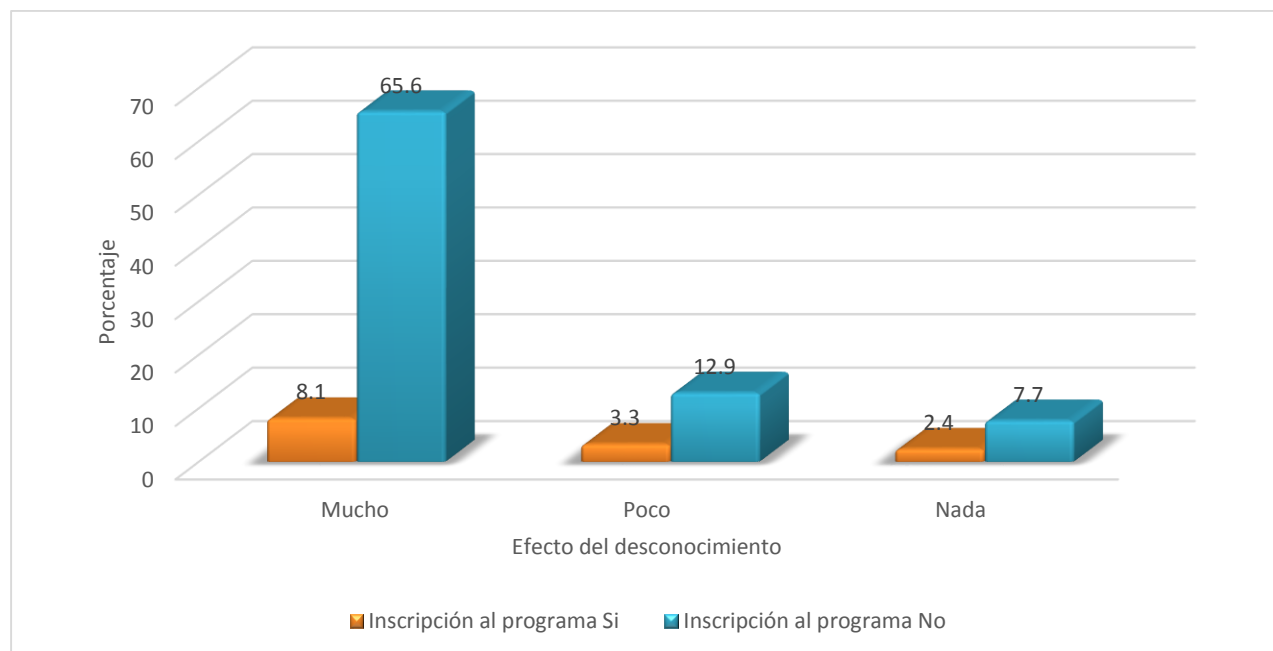
## ANÁLISIS:

De la tabla anterior podemos mencionar que de las pacientes inscritas al programa que corresponde a un 13.9% la mayoría de ellas en un 8.1% no tiene conocimiento acerca del programa de atención preconcepcional, de las pacientes no inscritas que corresponde al 86.1% la mayoría de estas en un 65.6% no tiene conocimiento acerca del programa de atención preconcepcional.

## INTERPRETACIÓN:

Sobre el conocimiento al programa podemos observar que las pacientes inscritas que son las que deberían tener algún grado de conocimiento sobre el programa no lo tienen y las no inscritas la mayoría no tiene un conocimiento adecuado acerca del programa lo que nos da a entender que hay una deficiencia por parte ya sea del ministerio de salud o el personal de salud con la adecuada educación y promoción acerca del programa.

Grafico N° 9 Relación entre el desconocimiento del programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional.



Fuente: Tabla N°15.

Tabla N° 16 Resultados estudio factor falta de socialización del programa.

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INSCRITAS	PORCENTAJE
En el establecimiento de salud ¿Alguien le ha hablado del programa de atención preconcepcional?	SI	54	25,8%	SI= 12	SI=5,7%
				NO=42	NO=20,1%
	NO	155	74,2%	SI= 17	SI= 8,1%
				NO=138	NO=66%
TOTAL		209	100%	209	100%
Si conoce el programa ¿Dónde obtuvo la información?	Personal de salud	63	30,1%	SI= 12	SI= 5,7%
				NO=51	NO=24,4%
	Televisión	1	0,5%	SI= 0	SI= 0%
				NO=1	NO=0,5%
	Periódico	0	0%	SI= 0	SI= 0%
				NO=0	NO=0%
	Radio	0	0%	SI= 0	SI= 0%
				NO=0	NO=0%
	Familia	0	0%	SI= 0	SI= 0%
				NO=0	NO=0%
	Amigos	0	0%	SI= 0	SI= 0%
				NO=0	NO=0%
Otros	0	0%	SI= 0	SI= 0%	
			NO=0	NO=0%	
No sabe del programa	145	69,4%	SI= 17	SI= 0%	
			NO=128	NO=61,2%	
TOTAL		209	100%	209	100%

Fuente: Guía de entrevista.

### ANÁLISIS:

En la tabla anterior se encuentran los resultados de las interrogantes realizadas para investigar el factor falta de socialización del programa, obteniéndose los siguientes resultados el 25,8% refiere que el personal de salud les ha hablado del programa, sin embargo de ellas únicamente 8,1% están inscritas al programa, el 30,1% de las encuestadas han recibido orientación sobre el programa del personal de salud, pero la gran mayoría el 69,4% nunca ha escuchado sobre el programa.

### INTERPRETACIÓN:

Según los resultados anteriores la socialización del programa de atención preconcepcional es muy baja llegando a cubrir únicamente un tercio de la población, es de hacer notar la poca publicidad que se le da al programa, ya que las usuarias no reciben educación en salud de parte de los diferentes



medios de comunicación y difusión social, hecho que se puede atribuir a la falta de un reglamento que regule los aspectos de la educación, promoción y difusión del programa a través de las diferentes entidades, incluso fuera del Ministerio de Salud.

Tabla N° 17: Relación entre la socialización al programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional.

Efecto Factor Socialización del programa	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Mucha	17	8,1	127	60,8	144	68,9
Poca	0	0,0	7	3,3	7	3,3
Nada	12	5,7	46	22,0	58	27,8
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

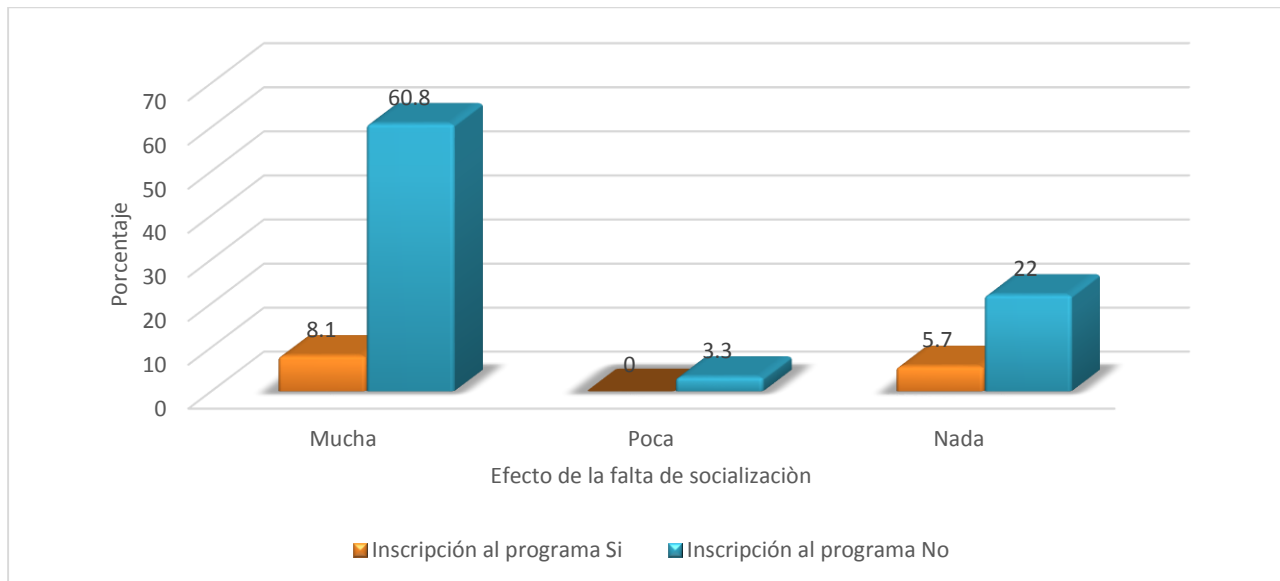
### ANÁLISIS:

En la tabla anterior acerca de la socialización del programa podemos observar que de las pacientes inscritas en su totalidad en el 13.9% la mayoría de estas en un 8.1% no les han brindado información adecuada acerca del programa y a un 5.7% si les han brindado información, las pacientes no inscritas en su mayoría con un 86.1% la mayoría de estas no les han brindado información adecuada acerca del programa, al 3.3% poca información y a un 22.0% información adecuada.

### INTERPRETACION:

Sobre la socialización del programa podemos mencionar que no hay una suficiente promoción o educación por parte del personal de salud o el ministerio de salud acerca del programa ya que la mayoría de pacientes inscritas que son las que deberían saber del programa no tiene conocimiento adecuado y de las no inscritas la mayoría refiere no conocer acerca del programa.

Grafico N° 10 Relación entre la socialización al programa y la inscripción al programa de atención preconcepcional.



Fuente: Tabla N°17

Tabla N° 18 Relación entre la corresponsabilidad del compañero de vida y la inscripción al programa de atención preconcepcional.

Efecto factor Corresponsabilidad	Inscripción al programa					
	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	24	11,5	164	78,5	188	90,0
Poco	4	1,9	9	4,3	13	6,2
Nada	1	0,5	7	3,3	8	3,8
Total	29	13,9	180	86,1	209	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

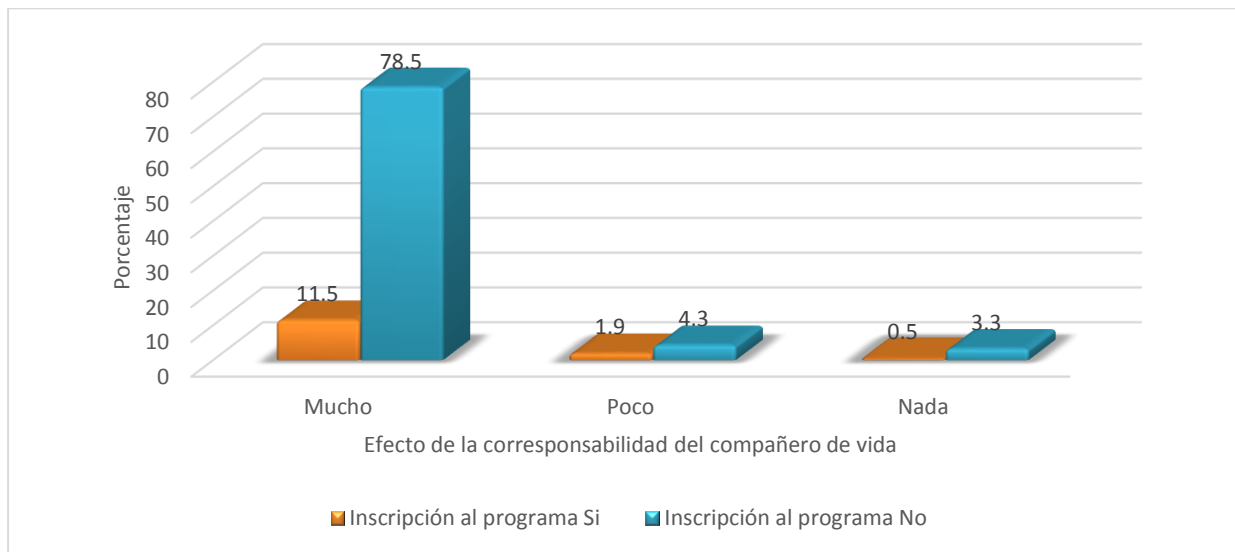
### ANALISIS:

En la tabla anterior podemos observar que de las pacientes inscritas que corresponde a un 13.9%, la mayoría de ellas no recibe apoyo por parte de su compañero de vida al asistir a los centros de salud, un 1.9% recibe poco apoyo y un 11,5% recibe bastante apoyo, de las pacientes no inscritas al programa que corresponde a un 86.1% la mayoría de ellas no recibe apoyo, un 4.3% recibe poco apoyo y un 3.3% recibe apoyo por parte de su compañero de vida.

## INTERPRETACION:

Referente a la corresponsabilidad podemos mencionar que a la mayoría de pacientes sus compañeros de vida no les brindan apoyo al acudir al establecimiento de salud, en parte debido a que la mayoría de mujeres son amas de casa y sus compañeros de vida trabajan en el campo.

Grafico N° 11 Relación entre la corresponsabilidad del compañero de vida y la inscripción al programa de atención preconcepcional.



Fuente: Tabla N°18

## PRUEBA DE HIPÓTESIS.

El grupo investigador planteó la hipótesis de trabajo de la siguiente forma: La educación, el ingreso económico, la religión, el machismo, el desinterés de la usuaria, la falta de socialización del programa de atención preconcepcional son los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad consultantes en las unidades comunitarias en salud familiar de San Pedro Chirilagua y cantón El Niño de San Miguel año 2016.

Para comprobar la hipótesis de trabajo se hizo uso de la prueba estadística chi-cuadrado, prueba que permite evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, para la que se realizó con ayuda del sistema SPSS 23 obteniéndose los siguientes resultados:

### Relación entre la edad de la paciente y la inscripción al programa.

Tabla N° 19. Contingencia edad de la paciente.

		Tabla de contingencia Edad de la paciente* Inscripción al programa				
		Inscripción al programa		Total		
		Si	No			
Edad de la paciente	15	Recuento	3	20	23	
		Recuento esperado	3,2	19,8	23,0	
	16	Recuento	2	24	26	
		Recuento esperado	3,6	22,4	26,0	
	17	Recuento	3	28	31	
		Recuento esperado	4,3	26,7	31,0	
	18	Recuento	3	40	43	
		Recuento esperado	6,0	37,0	43,0	
	19	Recuento	3	26	29	
		Recuento esperado	4,0	25,0	29,0	
	20	Recuento	15	42	57	
		Recuento esperado	7,9	49,1	57,0	
	Total		Recuento	29	180	209
			Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

Al analizar la tabla de contingencia se puede observar que 15 de las 29 pacientes inscritas al programa se encuentran en la edad de 20 años, siendo este el grupo etario donde se encuentra el 51,7% de las pacientes inscritas, por otro lado la mayor frecuencia de pacientes no inscritas se encuentran también en la edad de 20 años.

Tabla N° 20. Prueba de chi-cuadrado edad de la paciente.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,699 <sup>a</sup>	5	0,058
Razón de verosimilitud	9,949	5	0,077
Asociación lineal por lineal	4,633	1	0,031
N de casos válidos	209		
a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,19.			

Según la tabla anterior, la significación del chi-cuadrado para los datos analizados es de 0,058, hay que recordar que el valor del intervalo de confianza para la prueba debe ser de 95% por lo tanto el valor de significancia ( $\alpha$ ) debe ser del 5% es decir 0,05; para el caso de la relación de la edad de la paciente con las bajas inscripciones al programa el resultado de chi-cuadrado: 0,058 es mayor que 0,05 por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula, concluyendo que el valor de chi-cuadrado no es estadísticamente significativo, por lo tanto no hay evidencias estadísticas para rechazar la hipótesis nula, evidenciando que no existe relación entre la edad de la paciente y las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

### **Relación entre la el estado familiar y la inscripción al programa.**

Tabla N° 21. Contingencia estado familiar.

<b>Tabla contingencia Estado familiar* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Estado civil	soltera	Recuento	2	35	37
		Recuento esperado	5,1	31,9	37,0
	casada	Recuento	4	20	24
		Recuento esperado	3,3	20,7	24,0
	acompañada	Recuento	22	125	147
		Recuento esperado	20,4	126,6	147,0
	viuda	Recuento	1	0	1
		Recuento esperado	0,1	0,9	1,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

La tabla de contingencia anterior muestra que la mayoría de mujeres inscritas 26 que representa un 89,6% de las usuarias del programa están en una unión no matrimonial estable o casada.

Tabla N° 22. Prueba de chi-cuadrado estado familiar.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,731 <sup>a</sup>	3	0,033
Razón de verosimilitud	7,037	3	0,071
Asociación lineal por lineal	3,384	1	0,066
N de casos válidos	209		
a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.			

Al aplicar la prueba de chi-cuadrado se obtiene un valor de 0,033, recordando lo establecido la significancia ( $\alpha$ ) es de 0,05 y se obtuvo un valor menor que este, por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo que establece que el estado familiar es un factor que influye en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

### **Relación entre la cercanía a la UCSF y la inscripción al programa.**

Tabla N° 23. Contingencia cercanía a la UCSF.

<b>Tabla contingencia Cercanía a la UCSF* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Cercanía a la UCSF	Menor a medio km	Recuento	10	62	72
		Recuento esperado	10,0	62,0	72,0
	De 1/2 km a km y medio	Recuento	10	74	84
		Recuento esperado	11,7	72,3	84,0
	Más de km y medio	Recuento	9	44	53
		Recuento esperado	7,4	45,6	53,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

Al observar la tabla de contingencia se evidencia que hay una distribución simétrica de las inscripciones al programa en todo el territorio de influencia de las UCSF, encontrándose que 34,4% de las mujeres inscritas viven entre medio kilómetro y kilómetro y medio de distancia de la UCSF.

Tabla N° 24. Prueba de chi-cuadrado cercanía a la UCSF.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,701 <sup>a</sup>	2	0,704
Razón de verosimilitud	0,688	2	0,709
Asociación lineal por lineal	0,181	1	0,671
N de casos válidos	209		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,35.			

Al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtiene un valor de 0,704, siendo este mayor que la significancia de 0,05, por lo cual se concluye que no existe relación entre la cercanía de la UCSF con las bajas inscripciones al programa.

#### **Relación entre el factor educación y la inscripción al programa.**

Tabla N° 25. Contingencia Efecto del factor educación.

<b>Tabla contingencia Efecto del factor educación* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Efecto del factor educación	Mucho	Recuento	0	10	10
		Recuento esperado	1,4	8,6	10,0
	Poco	Recuento	23	148	171
		Recuento esperado	23,7	147,3	171,0
	Nada	Recuento	6	22	28
		Recuento esperado	3,9	24,1	28,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

La tabla anterior muestra que 23 de las 29 pacientes inscritas refiere poco efecto del factor educación en la inscripción al programa, así mismo de las pacientes no inscritas 148 refieren poco efecto de este factor.

Tabla N° 26. Prueba de chi-cuadrado efecto del factor educación.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,974 <sup>a</sup>	2	0,226
Razón de verosimilitud	4,190	2	0,123
Asociación lineal por lineal	2,803	1	0,094
N de casos válidos	209		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,39.			

Al aplicar la prueba estadística al factor educación se obtiene un resultado de 0,226, siendo este valor superior a la significancia de 0,05, por lo que se concluye que el chi cuadrado no tiene significancia estadística y se evidencia que la educación no es un factor influyente en las bajas inscripciones.

#### **Relación entre el ingreso económico y la inscripción al programa.**

Tabla N° 27. Contingencia Efecto del ingreso económico.

<b>Tabla contingencia Efecto del factor económico* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Efecto del factor económico	Mucho	Recuento	17	121	138
		Recuento esperado	19,1	118,9	138,0
	Poco	Recuento	8	44	52
		Recuento esperado	7,2	44,8	52,0
	Nada	Recuento	4	15	19
		Recuento esperado	2,6	16,4	19,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

La tabla de contingencia anterior muestra que 17 de 29 mujeres inscritas al programa refieren mucha influencia de los bajos ingresos económicos en las bajas inscripciones al programa, de las 180 mujeres no inscritas 121 refieren mucha influencia del factor económico en la no inscripción al programa.



Tabla N° 28. Prueba de chi-cuadrado efecto del ingreso económico.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,198 <sup>a</sup>	2	0,549
Razón de verosimilitud	1,110	2	0,574
Asociación lineal por lineal	1,151	1	0,283
N de casos válidos	209		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,64.			

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado al efecto del ingreso económico se obtiene un resultado de 0,549 valor superior al 0,05 de la significancia, por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe relación entre el bajo ingreso económico y las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

#### **Relación entre religión y la inscripción al programa.**

Tabla N° 29. Contingencia Efecto de la religión.

<b>Tabla contingencia religión* Inscripción al programa</b>					
		Inscripción al programa		Total	
		si	No		
Religión	Católico	Recuento	13	89	102
		Recuento esperado	14,2	87,8	102,0
	Evangélico	Recuento	10	60	70
		Recuento esperado	9,7	60,3	70,0
	Otros	Recuento	0	11	11
		Recuento esperado	1,5	9,5	11,0
	Ninguna	Recuento	6	20	26
		Recuento esperado	3,6	22,4	26,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

En la tabla de contingencia se observa que 13 de las 29 pacientes inscritas al programa pertenecen a la religión católica, así mismo la mayoría de las no inscritas 89, asisten a la misma iglesia.

Tabla N° 30. Prueba de chi-cuadrado efecto de la religión.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,733 <sup>a</sup>	3	0,292
Razón de verosimilitud	4,993	3	0,172
Asociación lineal por lineal	,773	1	0,379
N de casos válidos	209		
a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,53.			

La prueba estadística da un resultado de 0,292 valor que es mayor que la significancia de 0,05 por lo que se concluye que la religión no es un factor que influye en las bajas inscripciones al programa.

### **Relación entre el efecto del machismo y la inscripción al programa.**

Tabla N° 31. Contingencia Efecto del machismo.

<b>Tabla contingencia efecto del factor machismo* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Efecto del factor machismo	Mucho	Recuento	5	9	14
		Recuento esperado	1,9	12,1	14,0
	Poco	Recuento	11	72	83
		Recuento esperado	11,5	71,5	83,0
	Nada	Recuento	13	99	112
		Recuento esperado	15,5	96,5	112,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

En la tabla de contingencia anterior se observa que 16 de las 29 mujeres inscritas al programa refieren poco o mucho efecto del machismo en la inscripción al programa.

Tabla N° 32. Prueba de chi-cuadrado efecto del machismo.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,097 <sup>a</sup>	2	0,047
Razón de verosimilitud	4,724	2	0,094
Asociación lineal por lineal	3,260	1	0,071
N de casos válidos	209		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,94.			

Al aplicar la prueba de chi-cuadrado al efecto del machismo en las bajas inscripciones se obtiene un resultado de 0,047, valor inferior al 0,05 de la significancia, lo que evidencia que existe relación entre el machismo con las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional.

#### **Relación entre el desinterés de la usuaria y la inscripción al programa.**

Tabla N° 33. Contingencia Efecto del desinterés de la usuaria.

<b>Tabla contingencia usuaria desinteresada* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Usuaría desinteresada	Mucho	Recuento	4	16	20
		Recuento esperado	2,8	17,2	20,0
	Poco	Recuento	17	114	131
		Recuento esperado	18,2	112,8	131,0
	Nada	Recuento	8	50	58
		Recuento esperado	8,0	50,0	58,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

En la tabla anterior se observa que 17 de 29 pacientes inscritas se ven influenciadas poco por el desinterés que ellas presentan hacia el proceso reproductivo, y 114 de las 180 no inscritas refieren la misma tendencia.

Tabla N° 34. Prueba de chi-cuadrado efecto del desinterés de la usuaria.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,717 <sup>a</sup>	2	0,699
Razón de verosimilitud	0,655	2	0,721
Asociación lineal por lineal	0,190	1	0,663
N de casos válidos	209		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,78.			

La prueba estadística chi-cuadrado no establece relación entre el desinterés de la usuaria con las bajas inscripciones al programa, obteniéndose un valor de chi-cuadrado de 0,699 superior a la significancia.

**Relación entre el desconocimiento del programa por parte de la usuaria y las bajas inscripciones al programa.**

Tabla N° 35. Contingencia Efecto del desconocimiento del programa.

<b>Tabla contingencia conocimiento del programa* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Desconocimiento del programa	Mucho	Recuento	17	137	154
		Recuento esperado	21,4	132,6	154,0
	Poco	Recuento	7	27	34
		Recuento esperado	4,7	29,3	34,0
	Nada	Recuento	5	16	21
		Recuento esperado	2,9	18,1	21,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

En la tabla de contingencia anterior se evidencia que el 17 de las 29 mujeres inscritas la programa desconoce en qué consiste y la finalidad con la que fue inscrita, dato preocupante que evidencia que no se informa a las pacientes acerca de los diferentes programas de los que las mismas son partícipes.

Tabla N° 36. Prueba de chi-cuadrado efecto del desconocimiento del programa.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,053 <sup>a</sup>	2	0,132
Razón de verosimilitud	3,723	2	0,155
Asociación lineal por lineal	3,840	1	0,050
N de casos válidos	209		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,91.			

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado se obtiene un resultado de 0,132, valor superior a la significancia por lo que se acepta la hipótesis nula y se afirma que el desconocimiento del programa no es un factor que influye en las bajas inscripciones al programa, resultado que se explica por el desconocimiento del programa por parte de las pacientes que son parte del mismo.

#### **Relación entre la falta socialización del programa y las bajas inscripciones.**

Tabla N° 37. Contingencia Efecto de la falta de socialización del programa.

<b>Tabla contingencia falta de promoción del programa* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Falta de promoción del programa	Mucha	Recuento	17	127	144
		Recuento esperado	20,0	124,0	144,0
	Poca	Recuento	0	7	7
		Recuento esperado	1,0	6,0	7,0
	Nada	Recuento	12	46	58
		Recuento esperado	8,0	50,0	58,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

Según la tabla anterior 17 de las pacientes inscritas al programa refieren que el personal de salud no les ha hablado ni ofertado la inscripción al programa, dato que deja en evidencia la falta de comunicación entre el personal de salud y las usuarias.

Tabla N° 38. Prueba de chi-cuadrado efecto de la falta de socialización del programa.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,898 <sup>a</sup>	2	0,142
Razón de verosimilitud	4,636	2	0,098
Asociación lineal por lineal	2,403	1	0,121
N de casos válidos	209		
a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,97.			

El chi-cuadrado obtenido es de 0,142, superior a la significancia, lo que evidencia que el chi-cuadrado no tiene significancia estadística y se afirma que la falta de promoción no es un factor que influye en las bajas inscripciones la programa de atención preconcepcional, sin embargo queda en evidencia la falta de comunicación asertiva entre el personal de salud y las usuarias de los servicios.

#### **Relación entre la falta de corresponsabilidad y la inscripción al programa.**

Tabla N° 39. Contingencia Efecto de la falta de corresponsabilidad del compañero.

<b>Tabla contingencia corresponsabilidad del compañero de vida* Inscripción al programa</b>					
			Inscripción al programa		Total
			Si	No	
Efecto de la falta de corresponsabilidad del compañero de vida	Mucho	Recuento	24	164	188
		Recuento esperado	26,1	161,9	188,0
	Poco	Recuento	4	9	13
		Recuento esperado	1,8	11,2	13,0
	Nada	Recuento	1	7	8
		Recuento esperado	1,1	6,9	8,0
Total		Recuento	29	180	209
		Recuento esperado	29,0	180,0	209,0

Según la tabla anterior 24 de las 29 mujeres inscritas no refieren algún grado de corresponsabilidad de sus compañeros de vida en el proceso de la reproducción, observándose la misma tendencia en las pacientes no inscritas con 164 usuarias, quedando en evidencia la falta de interés de los compañeros de vida en el desarrollo de un embarazo sin complicaciones.

Tabla N° 40. Prueba de chi-cuadrado efecto de la corresponsabilidad.

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,311 <sup>a</sup>	2	0,191
Razón de verosimilitud	2,652	2	0,266
Asociación lineal por lineal	2,121	1	0,145
N de casos válidos	209		
a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,11.			

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado se obtiene un resultado de 0,191 valor superior a la significancia por lo que se concluye que la corresponsabilidad del compañero de vida no es un factor que influye en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional, estadísticamente hablando, sin embargo llama la atención que 188 pacientes de 209 que representa 89,9% de la población estudiada refieren total desinterés de sus compañeros de vida en planificar un futuro embarazo sin complicaciones.

## 8. DISCUSIÓN.

Según los resultados obtenidos en el estudio realizado algunos de los factores socioculturales estudiados son influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional, como son: el estado familiar, el machismo, el desconocimiento de la usuaria del programa, la falta de socialización del mismo por parte del personal de salud y la falta de corresponsabilidad del compañero de vida.

Durante la ejecución de la investigación el grupo investigador pudo detectar en la población algunos factores, que son importantes de resaltar, entre ellos la falta de colaboración de las usuarias económicamente en el hogar, la mayoría de las mujeres estudiadas viven en estado de pobreza con ingresos económicos inferiores al mínimo para la población agropecuaria y no se interesan por buscar un trabajo y mejorara sus condiciones económicas. Otro hecho importante de resaltar es el desconocimiento del programa incluso por parte de las usuarias del mismo, aproximadamente el 40% de las usuarias inscritas tienen un concepto erróneo o desconocen por completo la existencia y finalidad del programa, este resultado se atribuye también a la falta de socialización del programa por parte del personal de salud, programa que no cuenta con la información tanto regulatoria como de difusión del mismo por parte del Ministerio de Salud.

En El Salvador este programa se implementó en el año 2012 como parte de los Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y del recién nacido, donde se socializó con los diferentes establecimientos de salud, sin embargo el programa no ha sido evaluado a nivel de país durante los cuatro años que ha estado en vigencia, por lo tanto no se cuenta con datos estadísticos locales para evaluar el impacto que ha tenido el programa en la población salvadoreña, de igual forma no se encontraron estudios recientes realizados en otros países para evaluar la demanda del programa por parte de la población.

De acuerdo a los resultados obtenidos hay una notable evidencia de la dependencia de la mujer hacia el hombre, demostrado por el machismo predominante en la sociedad salvadoreña, de igual manera debido a que la mujer es delegada a las tareas domésticas no remuneradas, depende económicamente de su compañero de vida, lo que la somete a las decisiones que éste tome, se evidencia también la falta de compromiso por parte de la población masculina en el proceso de la reproducción, ya que ellos consideran que el desarrollo y obtención de un descendiente sano es responsabilidad única de sus compañeras de vida, por lo tanto es casi nula la asistencia a las consultas preconcepcionales por parte de la población masculina.

En cuanto al conocimiento y socialización del programa, es evidente que queda un largo camino por recorrer, tanto en la educación de la población salvadoreña para que empiece a hacerse responsable de su propia salud y reconozca los beneficios que trae el demandar los diferentes programas de prevención que el Ministerio de Salud tiene a disposición, entre ellos el programa de atención preconcepcional.

A nivel de Ministerio de Salud, es importante reconocer la falta de un lineamiento técnico de atención preconcepcional que le brinde al personal de salud la información necesaria para la inscripción y controles subsecuentes del programa, así como una promoción activa tanto dentro como fuera de los establecimientos de salud.



## 9. CONCLUSIONES.

De acuerdo a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

- Según el estudio realizado, los factores socioculturales que más influyen en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional son: el estado familiar, ya que el contar con una unión matrimonial formal o informal le brinda a la usuaria estabilidad en muchos ámbitos de su vida principalmente económico, moral y social el resultado de la investigación demostró que el factor era influyente al aplicar la prueba de hipótesis chi-cuadrado con un resultado de 0,033 resultado menor a la significancia del 0,05 quedando demostrado estadísticamente que es un factor que influye en las bajas inscripciones al programa; así mismo el machismo se obtuvo un resultado de prueba de chi-cuadrado de 0,04, menor a la significancia del 0,05 por lo que se acepta como factor influyente, éste es un factor cultural fuertemente arraigado en nuestra sociedad, influye en la demanda de los diferentes servicios de salud, ya que es costumbre que sea la mujer la encargada exclusiva del cuidado y atención del hogar lo que dificulta la asistencia al establecimiento de salud.
- De los resultados de la investigación se afirma que los factores que no influyen en las bajas inscripciones son; la educación obteniéndose un resultado de la prueba de hipótesis de chi cuadrado de 0,226, valor que es superior a la significancia de 0,05, por lo que estadísticamente no hay relación entre estas dos variables, sin embargo es de hacer notar que la gran mayoría de usuarias tiene un grado académico bajo y no llega a completar educación básica, hecho que se atribuye a la formación de familias a edad temprana. El ingreso económico no es un factor influyente según el resultado de la investigación ya que al ser comprobado por prueba de hipótesis de chi-cuadrado dio resultado 0,549 valor muy superior a la significancia de 0,05 sin embargo el grupo investigador observó que la mayoría de las usuarias vive en pobreza extrema siendo los ingresos familiares inferiores al mínimo para la clase agropecuaria y es de importancia resaltar que a pesar de vivir en condiciones poco favorables por los bajos ingresos las usuarias no consideran importante contribuir económicamente a los ingresos familiares.
- El factor religión según el estudio realizado no es influyente en las inscripciones obteniéndose un resultado de prueba de hipótesis de chi cuadrado de 0,292 por lo que se evidencia que no hay relación estadística entre estas dos variables, a pesar del dato obtenido es de importancia mencionar que en ciertas religiones principalmente evangélicas se prohíbe la planificación familiar y es común encontrar en la población el uso de la frase “los hijos que Dios me dé”, lo que impide que la mujer demande los servicios de salud como el programa de atención preconcepcional y otros como el programa de planificación familiar.
- Según los resultados del estudio el desinterés de la usuaria no es un factor influyente en las bajas inscripciones con una prueba de chi-cuadrado de 0,699, dato superior a la

significancia de 0,05 por lo que se establece que no hay relación entre las dos variables, al estudiar este factor se evidenció que la usuaria considera importante la asistencia al establecimiento de salud tanto de ella como de su compañero de vida previo a la concepción de un embarazo, sin embargo la gran mayoría de ellas considera que se encuentran en un buen estado de salud y que al concebir un embarazo sin haber recibido atención médica previa no pueden presentar alguna complicación durante el desarrollo del embarazo.

- Los resultados del estudio del conocimiento del programa no fueron influyentes al obtenerse una prueba de hipótesis de chi-cuadrado de 0,132, valor superior a la significancia de 0,05 sin embargo el equipo investigador consideró de importancia resaltar que incluso las pacientes inscritas tienen un concepto erróneo o escueto del programa de atención preconcepcional, además llama la atención que aproximadamente la mitad de las pacientes inscritas desconocen la existencia del programa, algunas de ellas refieren haber recibido información de parte del personal de salud pero no prestaron atención porque lo vieron irrelevante.
- La falta de socialización y promoción del programa de atención preconcepcional a pesar de no ser influyente estadísticamente obteniéndose un resultado de prueba de hipótesis de chi-cuadrado de 0,142 es de hacer notar que ha habido poco interés por parte del Ministerio de Salud como de los establecimientos en la promoción y educación de la población acerca del programa, la gran mayoría de pacientes refiere no conocer sobre la existencia de éste, hecho que se atribuye al desinterés en el programa de todos los niveles del sistema de salud, además no se cuenta con un lineamiento que regule el programa, siendo muy poca la información que se le brinda al personal de salud en los lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y del recién nacido del año 2012, donde se incluye el apartado del programa en estudio, además no existe papelería de inscripción y controles subsecuentes al programa, también no hay difusión del programa dentro de los establecimientos de salud, así como por los diferentes medios de comunicación y difusión social.
- En cuanto al estudio de la corresponsabilidad del compañero de vida, es un factor no influyente estadísticamente obteniéndose una prueba de chi-cuadrado de 0,191, es de importancia resaltar que casi en un cien por ciento de la población masculina no considera de importancia realizar una consulta médica previa al embarazo de su pareja, dejando la responsabilidad del proceso de la reproducción únicamente a su compañera de vida.
- Al final de la investigación se concluyó que no existe relación en su totalidad entre los diferentes factores socioculturales con las bajas inscripciones siendo el estado familiar, el machismo, el desconocimiento del programa y la falta de socialización del mismo los factores que más influyen en las bajas inscripciones, por lo que se acepta parcialmente la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula.

## 10. RECOMENDACIONES:

Después del análisis, interpretación y conclusiones se hacen las siguientes recomendaciones:

Al ministerio de salud de El Salvador:

- Mejorar y ampliar los lineamientos técnicos de atención preconcepcional.
- Brindar apoyo para la promoción y estímulo al programa de atención preconcepcional, tanto a nivel de los establecimientos de salud, así como hacer uso de los diferentes medios de comunicación y difusión social.
- Promover con mayor intensidad la promoción y difusión del programa de atención preconcepcional en nuestra población como política en todos los niveles de atención.
- Mayor vigilancia por parte de las regiones de salud hacia los diferentes establecimientos para verificar las inscripciones y controles subsecuentes al programa preconcepcional, para lograr coberturas del programa en el 100% de las mujeres en edad fértil.
- Promover acercamientos comunitarios de los diferentes Ecos Familiares para la socialización del programa con la población.

A los establecimientos de salud:

- Implementar charlas educativas en los establecimientos de salud a cerca de la atención preconcepcional.
- Promover intensivamente educación sobre atención preconcepcional
- Elaborar estrategias de concientización a mujeres en edad fértil sobre la importancia de la inscripción oportuna al programa de atención preconcepcional

A los profesionales de salud:

- Profundizar y aplicar los conocimientos adquiridos para poder llevar acabo correctamente y completamente el programa de atención preconcepcional.
- Brindar consejería continua a las pacientes en edad fértil sobre el programa de atención preconcepcional, asi como informarles durante el desarrollo de la consejería en salud sobre los beneficios a corto y largo plazo que le traerá el programa, para empoderar a las usuarias sobre la responsabilidad que ellas mismas tienen en su propia salud.

A las mujeres en edad fértil:

- Hacer conciencia sobre la importancia de inscribirse al programa de atención preconcepcional y el beneficio que les brindará.
- Ingerir de forma regular micronutrientes como acido fólico para la prevención de posibles malformaciones congénitas en caso de un embarazo no planeado.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf). An Pediatr (Barc) [Internet]. 2013;79(5):312–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313001288>
2. Niolisday M, Ramírez L, Mariela M, Zamora S, Delia L, Cuba G, et al. ARTÍCULO ORIGINAL Modificación de conocimientos sobre salud sexual reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional Knowledge modification to sexually reproductive health in adolescents with pre-conception risk. MEDISAN. 2011;15(3).
3. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009--2010. Gobierno de Chile. 2010.
4. Duarte Walh Heidy Gabriela. Practicas de autocuidado preconcepcional de las mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Victor Domingo Silva de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008. (Tesis licenciatura en obstetricia y pericultura) .Valdivia Chile: Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina; 2009.
5. Direccion General de Estadisticas y Sensos (DIGESTYC). Censo de poblacion y vivienda El Salvador año 2007.
6. Ministerio de Educacion de El Salvador. Informe Nacional sobre el Desarrollo y el Estado de la Cuestion sobre el aprendizaje de los adultos (AEA) en preparacion de la CONFINTEA VI. San Salvador. El Salvador. Febrero de 2008.
7. LICENCIADA CARMEN ELENA CALDERÓN DE ESCALÓN, DIPUTADA DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE EL SALVADOR. Informe nacional sobre la situacion de la mujer en la Republica de El Salvador. Año 2009.
8. M.Capitan Jurado. R. Cabrera Velés. La consulta preconcepcional en la atencion primaria. Evaluacion de la futura gestante. Volumen 11 - num 4- Abril de 2001. Espronceda Madrid año 2001. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004)
9. Organización Panamericana de La Salud. Salud Reproductiva: Concepto e importancia. Serie PALTEX para ejecutores de programa de salud numero 39. Año 1996.
10. Delgado Hernández M, Trufero Cánovas N. Riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 1996, Editorial Ciencias Médicas Camagüey; [cited 2016 May 23];10(6):47–55. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552006000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

11. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Tecnicos para la atencion de la mujer en el periodo preconcepcional, parto, puerperio y del recién nacido. Cuarta Edicion año 2011. Paginas Año 2012. Paginas 14 - 16.
12. Israel Serrano: La pagina mas rapido y veraz. [Internet] [consultado 05 de septiembre de 2016] disponible en : <http://www.lapagina.com.sv/nacionales/87730/2013/10/04/Educacion-sexual-en-adolescentes-sigue-siendo>
13. M. C. DURÁN SANTOS\*, M. GONZÁLEZ TEIJEIRO. Estudio de Educación Preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos Centros de Salud de Pontevedra, España. Año 2002. Disponible en: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/abril2002/252-262.pdf>.

## ANEXOS

### ANEXO 1: Hoja filtro de atención preconcepcional.

**Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "SÍ" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado**

<b>FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO</b>			
<b>BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS</b>		<b>SOCIALES</b>	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m <sup>2</sup> )	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad ( IMC > 30 Kg / m <sup>2</sup> )	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad. Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >8 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretoina.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

**ANEXO 2: Registro de inscripciones preconceptionales UCSF San Pedro y El Niño año 2015 y 2016.**

		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
UCSFB San Pedro Chirilagua	2015	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4
	2016	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	1
UCSFI El Niño SM	2015	2	0	2	4	2	2	3	1	0	2	1	2	21
	2016	4	0	0	3	2	1	2	1	1	2	-	-	13

Fuente: SIMMOW (Sistema de Morbimortalidad + estadísticas vitales de El Salvador).

### ANEXO 3: CUESTIONARIO.



Universidad de El Salvador  
Facultad Multidisciplinaria Oriental  
Departamento de Medicina.

Cuestionario dirigido a la población en estudio.

Número: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** recopilar información sobre los factores socioculturales influyentes en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad.

**Indicaciones:** A continuación se presenta un cuestionario de 20 preguntas, responda de manera sincera y según usted crea conveniente.

#### I. Características Demográficas.

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Estado familiar:  
Soltero  Casado  Divorciado   
Viuda  Acompañada  Otro
3. Procedencia: \_\_\_\_\_

#### II. Factores Sociales

4. Sabe leer:  
Si  No
5. Cuál ha sido su último grado de estudio: \_\_\_\_\_
6. Cuál es su ocupación: \_\_\_\_\_
7. Su trabajo es remunerado:  
Si  No
8. Ingreso familiar mensual aproximado:  
Menor de \$118.20  Mayor de \$118.20

#### III. Factores Culturales

9. Grupo religioso al que pertenece:  
Católico  Evangélico  Otros   
Especifique: \_\_\_\_\_



10. Su compañero de vida le ha prohibido realizar algún trabajo:  
Si  No   
Porque: \_\_\_\_\_
11. Su compañero de vida le ayuda en las tareas del hogar  
Si  No
12. Alguna vez su compañero de vida la ha obligado a tener más hijos:  
Si  No
13. Considera que ¿es necesario asistir a la unidad de salud cuando usted desea un embarazo?  
Si  No
14. Si usted estuviera embarazada en este momento considera que ¿se encuentra en buen estado de salud para que su bebé se desarrolle sin complicaciones?  
Si  No
15. Considera usted que su compañero de vida debe asistir a la unidad de salud antes de concebir un embarazo:  
Si  No
16. En el establecimiento de salud, ¿el personal le ha hablado sobre la atención preconcepcional?  
Si  No
17. Sabe usted en que consiste el programa de atención preconcepcional:  
Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. De donde obtuvo la información:  
Televisión  Personal de salud  El diario  La radio   
Familia  Amigos  Otros  No sabe sobre el programa
19. Sabe usted ¿Cuál es la importancia de inscribirse al programa de atención preconcepcional?  
Si  No   
Especifique: \_\_\_\_\_
20. Su pareja le ha acompañado al centro asistencia de salud cuando usted desea consultar  
Si  No  Algunas veces

MOTIVO DE CONSULTA.

ESTA INSCRITA AL PROGRAMA.

## ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION CICLO I Y II AÑO 2016 DE LA CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA

Meses	Feb/2016				Marz/2016				Abril/2016				Mayo/2016				Jun/2016				Jul/2016				Ago/2016				Sep/2016				Oct/2016				Nov/2016				Dic/2016											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Actividades																																																				
Reuniones generales con la coordinación del proceso de graduación																																																				
Elaboración y presentación del perfil de investigación									Entrega 18 de marzo de 2016																																											
Graduación y aprobación del tema de investigación																																																				
Elaboración del protocolo de investigación																																																				
Presentación escrita del protocolo de investigación									Entrega 20 mayo 2016																																											
Ejecución de la investigación																																																				
Tabulación análisis e interpretación de datos																																																				
Discusión y prueba de hipótesis																																																				
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																																				
Redacción del informe final																																																				
Entrega de informe final																																																				
Defensa de informe final de investigación																																																				

## ANEXO 5: PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

<b>RUBROS</b>	<b>PRECIO UNITARIO EN USD</b>	<b>PRECIO TOTAL EN USD</b>
<b>PERSONAL</b>		
2 estudiantes egresados de Medicina en servicio social	\$500.00	\$1,000.00
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS</b>		
2 Computadoras	\$600.00	\$1,200
1 impresora	\$50.00	\$50.00
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA</b>		
6 Resmas de papel bond T/carta	\$4.50	\$27.00
<b>10% de imprevistos</b>		<b>\$ 227.70</b>
	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>\$ 2,504.70</b>

La investigación será financiada por el grupo investigador

**ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada Factores Socioculturales que influyen en las bajas inscripciones al programa de atención preconcepcional en las mujeres en edad fértil de 15 a 20 años de edad que consultan las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Cantón El Niño de la ciudad de San Miguel en el año 2016.

Se me ha explicado en que consiste dicho estudio, entendiéndolo el propósito del mismo por lo que doy consentimiento para participar en la investigación.

Firma o huella dactilar de la paciente participante.

Fecha: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 7: GLOSARIO.**

**Concepción:** acción de concebir o engendrar.

**Corresponsabilidad:** Responsabilidad compartida con el compañero de vida.

**Derechos reproductivos:** Son aquellos derechos que buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién.

**Edad fértil:** Rango de edad en el que las personas son capaces de reproducirse.

**Malformaciones fetales:** es un defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se manifiesta desde el momento del nacimiento

**Muerte fetal:** cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 20 semana.

**Machismo:** definido como aquella actitud o manera de pensar de quien sostiene que el varón es por naturaleza superior a la mujer.

**Micronutrientes:** Son nutrientes que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades y cada uno desempeña una o varias funciones específicas en el cuerpo.

**Riesgo reproductivo:** Probabilidad de enfermedad o muerte que tiene la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante el desarrollo del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

**Subempleo:** Personas que laboran menos de 40 horas a la semana.

**Sustancias teratógenas:** Son todas aquellas sustancias que actuando durante el periodo embrionario o fetal son capaces de alterar de forma más o menos grave el crecimiento y desarrollo del embrión y/o feto, y producir una alteración morfológica y funcional en el periodo posnatal.