Descargado el: 9-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil

Relationship between socio-demographic conditions and knowledge about the pre-conception risk in women in childbearing age

Adriana del Carmen Cáceres Cabrera[1] Rubén Darío García Núñez[2] María Aurelia San Juan Bosch[2]

[1] Centro de Salud ESPOCH-Lizarzaburu, Riobamba, Ecuador
[2] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Cáceres-Cabrera A, García-Núñez R, San-Juan-Bosch M. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 9]; 15(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3477

Resumen

Fundamento: la disminución de la mortalidad materno-infantil es una de las prioridades del Ecuador, de ahí la importancia del control de los factores de riesgo preconcepcional.
Objetivo: determinar la relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.
Métodos: estudio descriptivo, correlacional, realizado desde enero a junio de 2016, que incluyó 50 mujeres en edad fértil del Barrio Lourdes, Riobamba, Ecuador. Se aplicó una entrevista estructurada, validada por expertos, que midió condiciones sociodemográficas y conocimiento en las siguientes dimensiones: edad adecuada para embarazarse, antecedentes obstétricos desfavorables; edad intergenésica, uso de anticonceptivos, concepto de riesgo preconcepcional, peso ideal, enfermedades crónicas y embarazo, hábitos tóxicos y embarazo. Se utilizó la prueba estadística de Fisher y Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables con un nivel de significado de p<0,05.
Resultados: el 52 % de las mujeres estaba entre 25-34 años, 82 % son mestizas; 40 % casadas; 50 % alcanzó el bachillerato; 50 % eran amas de casa y 72 % poseía nivel socioeconómico regular. Predominó el conocimiento no satisfactorio (76 %); mostraron correlación la dimensión concepto de riesgo preconcepcional y etnia (p= 0,03), el estado civil y la ocupación con el conocimiento de la dimensión hábitos tóxicos (p = 0,018) y con nivel económico (p= 0,001). Además existió relación entre dimensión peso ideal y edad (p=0,019).
Conclusiones: la etnia fue la condición socioeconómica que más influyó en el bajo conocimiento sobre riesgo preconcepcional; el estado civil, ocupación, nivel económico y la edad influyeron en el conocimiento sobre factores de riesgo.

Palabras clave: riesgo, factores de riesgo, embarazo, planificación familiar

Abstract

Foundation: decreasing infant and maternal mortality in one of priorities in Ecuador, therefore controlling pre conception risk factors are of great importance.
Objective: to determine the relationship between the socio-demographic conditions and the knowledge about the pre conception risks in women at childbearing age.
Methods: descriptive, correlational study, conducted from January to June 2016, which included 50 women of childbearing age from Barrio Lourdes, Riobamba, Ecuador. A structured interview was applied, validated by experts, who measured socio-demographic conditions and knowledge in the following dimensions: adequate age to get pregnant, unfavorable obstetric history; intergenesic age, use of contraceptives, concept of pre-conception risk, ideal weight, chronic diseases and pregnancy, toxic habits and pregnancy. Fisher's statistical test and Chi square were used to determine the relationship between the variables with a significance level of p <0.05.
Results: 52% of the women were between 25-34 years old, 82% are mestizas; 40% married; 50% reached the baccalaureate; 50% were housewives and 72% had a regular socioeconomic level. Unsatisfactory knowledge predominated (76%); the concept dimension of pre-conception risk and ethnicity (p = 0.03), marital status and occupation with the knowledge of the toxic habits dimension (p = 0.018) and economic level (p = 0.001) were correlated. In addition, there was a relationship between the ideal weight and age dimension (p = 0.019).
Conclusions: ethnicity was the socioeconomic condition that most influenced the low knowledge about pre conception risk; marital status, occupation, economic level and age influenced knowledge about risk factors.

Key words: risk, risk factors, prenangcy, family planning

Aprobado: 2017-11-30 10:44:55

Correspondencia: Adriana del Carmen Cáceres Cabrera. Centro de Salud ESPOCH-Lizarzaburu. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. adrycccc15@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Unos de los problemas más grandes que afectan hoy en día a la sociedad son las altas tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal, problema de salud pública mundial que es potencialmente prevenible. En el 2013 en América Latina murieron 9 300 mujeres por causa de la maternidad.[1]

En el Ecuador la muerte materna es un problema ya que se describe que mueren 160 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos. Chimborazo es la segunda provincia en el Ecuador con más muertes en el período de maternidad.[1]

Una de las mejores formas de evitar esta situación es trabajar arduamente desde la atención primaria y mediante la intervención de los médicos familiares cuya labor se basa en la prevención, de esta manera se puede influir en un área tan susceptible como es el riesgo preconcepcional en la población de mujeres en edad fértil, pues se pueden conocer cuáles son los factores de riesgo individualizados de cada mujer y cómo reaccionar ante ellos mediante un buen asesoramiento de planificación familiar y anticoncepción.Esto permite orientar a la pareja que forma una familia para que busque el momento propicio para que ocurra un embarazo, en caso de desearlo, y se disminuyan al máximo las complicaciones para la madre y el nuevo ser.

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.[2]

El desconocimiento sobre riesgo preconcepcional puede empeorar la situación y ser la causa de resultados desfavorables para la mujer y su hijo, si no se trabaja para modificar factores o controlar enfermedades previas al embarazo, que aumentarían el riesgo obstétrico y perinatal. [2]

Los factores de riesgo preconcepcional pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, y no solamente deben ser valorados en la mujer, sino también el estudio debe ser a su pareja.[2]

Robles hace referencia a la importancia que tiene la consulta preconcepcional al plantear que las parejas deben prepararse para tener hijos sanos y saludables. De ahí la importancia de tener una consulta preconcepcional, es decir una cita médica de preferencia un año antes del embarazo que permita promover, educar y garantizar las mejores condiciones de salud de los futuros padres, identificando en la historia clínica los elementos físicos o las situaciones psicosociales negativas que podrían poner en riesgo la vida de la gestante o del futuro bebé.[2]

Como se puede apreciar se valora el hecho de que los médicos de atención conozcan aspectos relacionados no solo con el ámbito social, sino también sobre la preparación de los futuros padres, el conocimiento que tengan sobre los riesgos, para poder promover, educar e intervenir.[3]

De lo anterior se deduce la importancia que reviste explorar los conocimientos que poseen las mujeres en edad fértil sobre este tema y fundamentalmente sobre las dimensiones del riesgo preconcepcional, con el objetivo de preservar sus vidas. Además, un levantamiento de información realizado en el barrio de Lourdes evidenció que existe una alta natalidad y baja cobertura de planificación familiar. De ahí que surgiera la idea de comprobar la preparación de las mujeres en dicho tema.

Al realizar una revisión de estudios similares se observaron varios hechos en Latinoamérica, pero no existen trabajos propios en la provincia, peor aún en la ciudad de Riobamba por lo que el objetivo de este trabajo es determinar la relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal, realizado desde enero a junio de 2016, que incluyó 50 mujeres en edad fértil del Barrio Lourdes, ciudad Riobamba, Ecuador, las cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: aceptar su participación en la investigación, en edades entre 15 y 49 años, dispensarizadas con riesgo preconcepcional, residentes en el barrio Lourdes, con consentimiento informado de padres o tutores, en el caso de las menores de edad.

Fueron excluidas todas las que no aceptaran participar en la investigación, las que tuvieran algún tipo de discapacidad mental o física que

impidiera su participación en las sesiones de trabajo. Se previó como criterio de salida las que abandonaran el estudio por cualquier causa.

Se aplicó una entrevista estructurada, validada por expertos, que midió condiciones sociodemográficas y conocimiento en las siguientes dimensiones: edad adecuada para embarazarse, antecedentes obstétricos desfavorables; edad intergenésica, uso de anticonceptivos, concepto de riesgo preconcepcional, peso ideal, enfermedades crónicas y embarazo, hábito tóxicos y embarazo.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario. Para comprobar la validez de apariencia y contenido se consultó con expertos seleccionados teniendo en consideración la experiencia profesional e investigativa, con conocimiento sobre el concepto a medir. Por medio de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem utilizando como guía los criterios de Moriyama (1968), el examen de la estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas; y adicionar cualquier otro aspecto que en su experiencia fuera importante.[4]

El cuestionario estuvo estructurado en partes, una parte inicial que recogió datos sobre variables socioeconómicas y otra que contempló un test de conocimientos. El nivel de conocimientos sobre factores de riesgo preconcepcional en mujeres de edad fértil fue evaluado por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple. El sistema de puntuación que fue empleado es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el 60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

Los datos obtenidos se incluyeron en una base de datos creada al efecto. Para la descripción de los resultados se utilizaron las medidas de porcentajes. Se empleó el estadígrafo Fisher y X^2 para determinar la relación y diferencias significativas entre las variables, con un nivel de significancia del 0,05. La correlación se expresa entre la variable condición socioeconómica en general y las diferentes dimensiones del conocimiento sobre riesgo preconcepcional.

Los resultados se reflejan en tablas mediante números absolutos y porcentaje.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil involucradas en la investigación son las siguientes: el 52 % mujeres se encontraban entre los 25-34 años, 82 % son mestizas, de las mujeres en edad fértil el 40 % son casadas, 50 % son bachilleres, en un 50 % son amas de casa y su nivel socioeconómico regular en un 72 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas

Características sociodemográficas	N=50	
	N°	%
Grupos de edad		
15-24 años	17	34,000
25-34 años	26	52,000
35-45 años	7	14,000
Identificación		
Mestizo	41	82,000
Indígena	9	18,000
Estado civil		
Casada	20	40,000
Unión estable	16	32,000
Soltera	12	24,000
Divorciada	2	4,000
Escolaridad		
Alfabeta	2	4,000
Primaria	18	36,000
Bachiller	25	50,000
Superior	5	10,000
Ocupación		
Ama de casa	25	50,000
Trabajadora	15	30,000
Estudiante	10	20,000
Nivel económico		
Bueno	6	12,000
Regular	36	72,000
Malo	8	16,000

Se constató un predominio de conocimiento no satisfactorio, con un 76 %, es decir 38 pacientes. (Tabla 2).

Tabla 2. Mujeres en edad fértil según nivel de conocimiento general sobre factores de riesgo preconcepcional

Conocimiento general	No.	%
No satisfactorio	38	76,0
Satisfactorio	12	24,0
Total	**50**	**100,0**

Al analizar el conocimiento sobre las diferentes dimensiones de factores de riesgo preconcepcional se pudo observar que fue satisfactorio acerca de las dimensiones concepto de riesgo preconcepcional con un 56 %, peso ideal con similar resultado, enfermedades crónicas en el embarazo con el 58 %, al igual que hábitos tóxicos. Sin embargo hay que resaltar que la dimensión edad adecuada para el embarazo alcanzó un 88 % de conocimiento no satisfactorio lo cual evidencia por qué existe en esta población un alto número de embarazos en la adolescencia. Las dimensiones antecedentes obstétricos desfavorables con un 64 %, edad intergenésica del último parto con 58 % y uso de anticonceptivos con 56 % muestran también un conocimiento no satisfactorio. (Tabla 3).

Tabla 3. Mujeres en edad fértil según dimensiones y conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional

Dimensiones	Conocimiento N=50			
	No Satisfactorio		Satisfactorio	
	N°	%	N°	%
Edad adecuada para el embarazo	44	88,0	6	12,0
Antecedentes obstétricos desfavorables	32	64,0	18	36,0
Edad intergenésica del último parto	29	58,0	21	42,0
Uso de anticonceptivos	28	56,0	22	44,0
Concepto de riesgo preconcepcional	22	44,0	28	56,0
Peso ideal	22	44,0	28	56,0
Enfermedades crónicas y embarazo	21	42,0	29	58,0
Hábitos tóxicos y embarazo	21	42,0	29	58,0

La condición sociodemográfica que más afectó el conocimiento sobre riesgo preconcepcional fue la etnia (p=0,030) y la que menos relación guardó fue el estado civil. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre concepto de riesgo preconcepcional

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No satisfactorio N=22		Satisfactorio N=28		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	8	36,364	9	32,143	17	34,000	0,793
25-34 años	12	54,545	14	50,000	26	52,000	
35-45 años	2	9,091	5	17,857	7	14,000	
Etnia							
Mestizo	21	95,455	20	71,429	41	82,000	0,030
Indígena	1	4,545	8	28,571	9	18,000	
Estado civil							
Soltera	5	22,727	7	25,000	12	24,000	
Casada	8	36,364	12	42,857	20	40,000	0,936
Unión estable	8	36,364	8	28,571	16	32,000	
Divorciada	1	4,545	1	3,571	2	4,000	
Escolaridad							
Alfabeta	0	0,000	2	7,143	2	4,000	
Primaria	7	31,818	11	39,286	18	36,000	0,611
Bachiller	12	54,545	13	46,429	25	50,000	
Superior	3	13,636	2	7,143	5	10,000	
Ocupación							
Ama de casa	13	59,091	12	42,857	25	50,000	0,312
Trabajadora	4	18,182	11	39,286	15	30,000	
Estudiante	5	22,727	5	17,857	10	20,000	
Nivel económico							
Bueno	1	4,545	5	17,857	6	12,000	0,247
Regular	16	72,727	20	71,429	36	72,000	
Malo	5	22,727	3	10,714	8	16,000	

Se pudo observar que existió correlación estadísticamente significativa entre la dimensión del conocimiento hábitos tóxicos y estado civil (p=0,018), hábitos tóxicos y la ocupación (p=0,018) y hábitos tóxicos y el nivel económico de la mujer (p=0,001). (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre hábitos tóxicos

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No Satisfactorio N=21		Satisfactorio N=29		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	9	42,9	8	27,6	17	34,0	0,262
25-34 años	11	52,4	15	51,7	26	52,0	
35-45 años	1	4,8	6	20,7	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	16	76,2	25	86,2	41	82,0	0,464
Indígena	5	23,8	4	13,8	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	1	4,8	11	37,9	12	24,0	
Casada	9	42,9	11	37,9	20	40,0	0,018
Unión estable	10	47,6	6	20,7	16	32,0	
Divorciada	1	4,8	1	3,4	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	4,8	1	3,4	2	4,0	
Primaria	9	42,9	9	31,0	18	36,0	0,546
Bachiller	8	38,1	17	58,6	25	50,0	
Superior	3	14,3	2	6,9	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	15	71,4	10	34,5	25	50,0	0,018
Trabajadora	5	23,8	10	34,5	15	30,0	
Estudiante	1	4,8	9	31,0	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	1	4,8	5	17,2	6	12,0	0,001
Regular	12	57,1	24	82,8	36	72,0	
Malo	8	38,1	0	0,0	8	16,8	

La edad guardó relación con el conocimiento no satisfactorio sobre peso ideal, relación significativa desde el punto de vista estadístico. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de mujeres en edad fértil según características sociodemográficas y conocimiento sobre peso ideal

Características sociodemográficas	Conocimiento						P
	No Satisfactorio N=22		Satisfactorio N=28		Total N=50		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Grupos de edades							
15-24 años	7	31,8	10	35,7	17	34,0	0,019
25-34 años	15	68,2	11	39,3	26	52,0	
35-45 años	0	0,0	7	25,0	7	14,0	
Etnia							
Mestizo	17	77,3	24	85,7	41	82,0	0,481
Indígena	5	22,7	4	14,3	9	18,0	
Estado civil							
Soltera	4	18,2	8	28,6	12	24,0	
Casada	7	31,8	13	46,4	20	40,0	0,199
Unión estable	9	40,9	7	25,0	16	32,0	
Divorciada	2	9,1	0	0,0	2	4,0	
Escolaridad							
Alfabeta	1	4,5	1	3,6	2	4,0	
Primaria	8	36,4	10	35,7	18	36,0	0,883
Bachiller	10	45,5	15	53,6	25	50,0	
Superior	3	13,6	2	7,1	5	10,0	
Ocupación							
Ama de casa	12	54,5	13	46,4	25	50,0	0,652
Trabajadora	5	22,7	10	35,7	15	30,0	
Estudiante	5	22,7	5	17,9	10	20,0	
Nivel económico							
Bueno	2	9,1	4	14,3	6	12,0	0,598
Regular	15	68,2	21	75,0	36	72,0	
Malo	5	22,7	3	10,7	8	16,8	

DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada se hallaron pocos trabajos en los cuales se haga referencia a la evaluación del conocimiento existente sobre el riesgo preconcepcional, lo que dificultó realizar la comparación con el presente trabajo y a su vez limitó la discusión, por tanto este trabajo será un acercamiento a la temática.

Uno de los trabajos relacionados con el tema que se aborda en esta investigación fue el que se realizó en la ciudad cubana de Morón en el año 2012. Retureta[5] refiere que el conocimiento no satisfactorio va en contra del control y manejo adecuado del riesgo en mujeres en edad fértil, por tanto debe involucrarse el equipo básico de atención integral en salud y la pareja para un correcto manejo, para que se tomen las decisiones según sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales, culturales.

El conocimiento no satisfactorio impide una correcta adopción de conductas saludables y de autocuidado, lo cual trae aparejado una incorrecta toma de decisiones para saber cuándo es el momento más adecuado del embarazo, ahí radica la importancia de su educación y nadie más adecuado para ello que el médico de familia que conoce la realidad de la comunidad y la familia.

En una investigación llevada a cabo con adolescentes en el Colegio Experimental "Jacinto Collahuazo" sección nocturna del cantón Otavalo, provincia Imbabura, en el periodo 2006 – 2007, por Tixicuro[6] se evidenció que solamente el 35 %

tenía conocimientos satisfactorios sobre qué es riesgo reproductivo.

En esta investigación se pudo comprobar que existe conocimiento satisfactorio (superior al 55 %) acerca de las dimensiones concepto de riesgo preconcepcional, peso ideal, enfermedades crónicas en el embarazo, al igual que hábitos tóxicos. Sin embargo hay que resaltar que la dimensión edad adecuada para el embarazo alcanzó un 88 % de conocimiento no satisfactorio lo cual evidencia por qué existe en esta población un alto número de embarazos en la adolescencia. Las dimensiones antecedentes obstétricos desfavorables con un 64 %, edad intergenésica del último parto con 58 % y uso de anticonceptivos con 56 % mostraron también un conocimiento no satisfactorio.

Al realizar un análisis del comportamiento por las diferentes dimensiones de conocimientos de los factores de riesgo preconcepcional hay que señalar que en ninguno de los trabajos revisados se ha estructurado la evaluación del conocimiento teniendo en cuenta varias dimensiones, ya que la mayoría de ellos hacen mención a factores de riesgo de manera individual, lo que dificulta la comparación con los mismos.

Si las mujeres sabrían reconocer la edad adecuada se podrían evitar las complicaciones que esto trae consigo. En el caso de la adolescencia, no hay una madurez biológica porque no se ha completado el crecimiento y desarrollo de los órganos reproductivos. Se plantea que la toxemia se presenta con mayor frecuencia en este edad, así mismo, en una madre adolescente existe más riesgo de anemia, parte pretérmino, parto prolongado. Por otra parte en el grupo de edad por encima de 35 años son frecuentes también otras alteraciones como son: restricción del crecimiento intrauterino y las malformaciones congénitas.

En cuanto a la dimensión antecedentes obstétricos desfavorables se evidenció que el conocimiento acerca del mismo tampoco fue satisfactorio. Esta es una dimensión de gran importancia si se tiene presente que cuando estos se hallan en una mujer que se embaraza el riesgo de sufrir una complicación es mayor. En estudios que se han desarrollado en otros contextos, esta dimensión no se ha evaluado como tal, sino que solamente se ha identificado como un factor de riesgo para la concepción. En la investigación llevada a efecto en el municipio cubano de Morón, en la provincia de Ciego de Ávila, Retureta[5] encontró que entre los antecedentes obstétricos desfavorables el de más alta prevalencia lo constituyó el de partos distócicos en el 15,7 %, seguido por los partos instrumentados en un 12, 9 % y la preeclampsia en el 5,7 %. En otro estudio llevado a cabo en el consultorio No. 39 del policlínico Omar Ranedo Pubillones en el periodo comprendido desde el 1° de septiembre del 2008 al 31 de agosto del 2009, Díaz[7] comprobó que de las 238 mujeres encuestadas solamente 76 manifestaron haber tenido antecedentes obstétricos desfavorables con la mayor incidencia en la cesárea con un 42, 2 %, seguida del aborto con 18,4 % y en un tercer lugar los embarazos de riesgo con 14,5 %, posteriormente el periodo intergenésico con un 13,2 %.

Un factor de riesgo de alta trascendencia y que evidenció que las mujeres tenían un conocimiento no satisfactorio fue el de la edad intergenésica del último parto. Como es conocido cuando el período intergenésico es menor de 2 años se asocia a una estrecha relación con el bajo peso al nacer, más en multíparas y asociado a otros factores de riesgo, por lo que desde que la puérpera se capte en el consultorio de Medicina Familiar se le debe explicar que ella está susceptible para un nuevo embarazo e instruirla para que escoja un método anticonceptivo de forma que se aplace la gestación.

Es de resaltar que otra de las dimensiones donde el nivel de conocimientos fue no satisfactorio lo constituyó el de uso de anticonceptivos, algo que llama la atención, pues esta es una temática que ha tenido gran difusión en el país, y para la cual se han creado estrategias de intervención como el Programa de Estrategia Nacional para la Prevención del embarazo en la adolescencia (ENIPLA) hecha por el MSP,[7] que después se ha constituido como el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Gracias a la dotación de anticonceptivos eficaces se puede ofrecer a la mujer la posibilidad de planificar ser madre en el momento más oportuno. Se debe tomar en cuenta que no todas las pacientes tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos, estos resultados concuerdan con otros que se han desarrollado en diversos contextos, por ejemplo en Argentina, donde se desarrolló una investigación con estudiantes del último año de Medicina y para el asombro de muchos, el 55 % de estos tenían falencias relacionadas con el tema y dentro de estos el mayor porciento lo

constituían las mujeres. Sin embargo se debe tener cuidado al hacer comparación ya que son estudiantes de una carrera superior.

En otra investigación llevada a cabo entre un grupo de mujeres en edad fértil en un centro de Salud de Albacete, España, Maroto[8] refiere que solamente el 42, 7 % de la población estudiada tenía conocimientos satisfactorios acerca de estos métodos y el que más conocían era el del condón.

En México, en la última encuesta de ENSANUT realizada por el Departamento de Salud,[9] se evidenció que el porciento de mujeres en edad fértil que utilizan los métodos anticonceptivos se elevó hasta el 80,1 %, en el año 2012, comparado con el 72,7 % que lo hacían en el 2004.

Se pudo apreciar en este estudio una relación significativa entre el conocimiento de concepto de riesgo preconcepcional y la etnia (p=0,030). En las diversas investigaciones que se han revisado para poder efectuar esta discusión no se ha encontrado ninguna en la que se haya estudiado la misma, pues como se refirió en otro momento, la dimensión concepto de riesgo reproductivo preconcepcional no se ha valorado en ninguna otra de las que se han consultado.

Sin embargo, a criterio de los investigadores es de gran importancia que la población en la que se realizó el estudio tenga un conocimiento satisfactorio de este concepto, pues de esa manera será más fácil llevar a cabo un programa de intervención para mejorar.

Existió correlación estadísticamente significativa entre la dimensión del conocimiento hábitos tóxicos y estado civil (p=0,018). Como se ha señalado anteriormente no se han encontrado otras investigaciones que se hayan establecido como objetivo el comprobar esta asociación, pero es muy importante que las mujeres tengan conocimiento satisfactorio sobre los hábitos tóxicos que pueden influir en el embarazo y en el recién nacido. El estado civil, al parecer, en esta investigación se ha correlacionado con el conocimiento sobre esta dimensión pues el mayor porciento de las mujeres entrevistadas tenían una relación estable, lo que determina que tengan una estabilidad psíquica y emocional que les permite reconocer el efecto deletéreo que tienen los hábitos tóxicos en este periodo de la vida.

Otra de las correlaciones que se evidenció a través de las pruebas estadísticas utilizadas fue el del conocimiento sobre hábitos tóxicos y la ocupación (p=0,018), lo cual no se ha encontrado en las revisiones efectuadas sobre el tema. Es cierto que la ocupación tiene una gran relación con los conocimientos pues las mujeres que se desempeñan como trabajadoras tienen mayor acceso a informaciones que se brindan a través de los medios de comunicación y además en el intercambio de ideas que se produce en el ámbito laboral. Además hay que señalar que las amas de casa, si bien no tienen la facilidad para el intercambio de información con otras mujeres, dedican gran tiempo en la casa a ver televisión y escuchar la radio, a través de los cuales se trasmite información importante relacionada con hábitos tóxicos que pueden incidir en el embarazo.

Por último, se evidenció la relación estadísticamente significativa entre la dimensión del conocimiento hábitos tóxicos y el nivel económico de la mujer (p=0,001), que al igual que en los comentarios anteriores no se encontró en estudios consultados para realizar esta discusión. Como se ha señalado, el nivel económico influye en la adquisición de conocimientos en la población, pues mientras más elevado sea este, el acceso a los medios más modernos de la comunicación como las nuevas tecnologías de la información es mucho mayor y por supuesto mayores posibilidades para el ingreso a la educación superior.

Existió una relación estadísticamente significativa entre la dimensión conocimiento sobre peso ideal y grupos de edades (p=0,019), lo cual no se ha descrito en otras investigaciones. El peso ideal antes de comenzar un embarazo es de gran importancia para que este transcurra sin problemas. Es de todos conocido que un bajo peso al momento de la captación del embarazo se asocia a recién nacidos con bajo peso al nacer y anemia en la madre. Por su parte el sobrepeso y la obesidad se suelen asociar a diabetes gestacional, preeclampsia-eclampsia y alteraciones al momento del parto.

El estado nutricional de la madre tiene un efecto determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Hay pruebas de que el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso al nacer, aunque este último también se ve afectado por el estado nutricional y la talla de la madre antes del embarazo.

La importancia de la nutrición materna en el transcurso del embarazo ha sido demostrada con amplitud aunque la mayor parte de los esfuerzos en los países en vía de desarrollo se han orientado a analizar la relación con el déficit de peso materno. La creciente epidemia de obesidad existente en la población femenina, pone a los expertos a realizar estudios sobre el aumento exagerado de peso, donde se presentan diversos problemas asociados. En la mayor parte de revisiones la ganancia de peso gestacional contribuyó a explicar que el peso inicial determina una fracción importante de los riesgos asociados a la obesidad

En el análisis realizado para esta investigación se han encontrado varias publicaciones que han considerado el peso ideal como un factor de riesgo preconcepcional, así en el trabajo llevado a cabo en Perú por la investigadora Alvino Mamani Jaclyn Lauren,[10]relacionada con factores de riesgo preconcepcional en usuarias del Servicio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que el 23,3 % de las mismas tenían sobrepeso y un 9,6 % obesidad.

Una investigación que se desarrolló en el Hospital Isidro Ayora, en Loja, por Carrión, [11] con adolescentes embarazadas que acudían al Servicio de Atención integral de adolescentes de este centro hospitalario, identificó que el 14,2 % tenían sobrepeso y el 28,8 % estaban desnutridas.

Otra investigación llevada a cabo por Ardevol C. D[12] y otros en el 2011 en el Hospital Amalia Simoni, del municipio de Florida en la provincia Camagüey en Cuba, relacionada con labor educativa con mujeres que tenían riesgo preconcepcional, encontró que el 15,6 % de las mujeres se encontraban desnutridas y el 12,4 % eran obesas.

Se puede concluir que en este estudio predominaron las mujeres de 25 a 34 años, mestizas, casadas, de instrucción bachiller, amas de casa y regular condición socioeconómica.

Se evidenció en las mujeres en edad fértil del barrio Lourdes un déficit del conocimiento sobre factores de riesgo preconcepcional y en particular sobre temas relacionados a edad adecuada para el embarazo, antecedentes obstétricos desfavorables, edad intergenésica y uso de anticonceptivos.

Existió correlación entre la dimensión de concepto de riesgo preconcepcional y etnia, así como la dimensión de hábitos tóxicos, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Washington: OMS; 2016. [cited 5 Nov 2015] Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/.

2. Rojas Riera JM. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre riesgo preconcepcional. Consultorio N°28. Parroquia Pascuales. 2016. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. [cited 23 Mar 2016] Available from: http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7409/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-21.pdf.

3. Robles E. Motivos para asistir a la consulta preconcepcional. Hospital Enrique C. Sotomayor. Quito: HECS; 2013. [cited 23 Feb 2016] Available from: https://www.hospitalenriquesotomayor.med.ec/guia-salud/item/5001.

4. Moriyama I. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Rusell Sage Foundation; 1968.

5. Retureta Milán S, Rojas Álvarez L, Retureta Milán M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur [revista en Internet]. 2015 [cited 18 Nov 2016] ; 13 (4): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008.

6. Tixicuro Cabrera J. Conocimientos sobre riesgo reproductivo en adolescentes de los quintos y sextos cursos del Colegio Experimental ¨Jacinto Collahuazo¨ sección nocturna del cantón Otavalo, provincia Imbabura, período 2006-2007 [Tesis]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013. Available from: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2050?mode=full.

7. Ministerio de Salud Pública. Resumen de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar en Ecuador [Internet]. Quito: MSP. OPS; 2009. [cited 18 Nov 2016] Available from: https://es.scribd.com/document/112514826/ENIP

LA.

8. Maroto de Agustín A, Moreno Bueno M, Rubio Moreno M, Ortiz Valle C, Escobar Rabadán F. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. Rev Esp Salud Pública. 1998 ; 72: 547-57.

9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. México, DF: ENSANUT; 2012. [cited 18 Nov 2016] Available from: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf.

10. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal.Febrero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/4627.

11. Carrión B, Aguilar Méndez S, Camacho Vanegas M. Prevalencia, factores de riesgo y principales complicaciones de embarazos y partos en adolescentes que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora, durante el periodo de enero 2009 –junio 2009 [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja. Facultad de Salud Humana; 2010. Available from: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6978.

12. Ardevol Cordovez D, Lluch Bonet A, de la Paz Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2015 [cited 18 Nov 2016] ; 31 (3): [aprox. 23p]. Available from: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/224/126.