

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL
ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL. CENTRO DE SALUD
LA TULPUNA -CAJAMARCA, 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADA POR LA BACHILLER EN OBSTETRICIA:

CYNTHIA MARDELY CÈSPEDES VÁSQUEZ

Asesora:

Obsta. Dra. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA

CAJAMARCA- PERÙ

2018

Copyright © 2018 by
Cynthia Mardely Céspedes Vásquez
Derechos reservados

“Disfruta del milagro de dar vida a un ser al que amarás el resto de tu vida”

SE DEDICA A:

Marina, mi ángel máspreciado, que desde el cielo siempre guía mi camino.

Sergio y Pura, las personas que más amo en mi vida, padres ejemplares que supieron acompañarme en mi camino y que con su desmedido amor, me dan la oportunidad de llegar a ser profesional.

Elmer y Carmen, que nunca dudaron en brindarme su apoyo y confianza.

Cynthia

SE AGRADECE A:

Dios, por darme la oportunidad de estar en este mundo, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad.

La Universidad Nacional de Cajamarca, por ser el Alma Mater que abrió sus puertas para encaminar mi carrera profesional.

Mis docentes que lograron transmitir conocimientos imborrables, con los que afianzaron más el amor que siento por mi carrera profesional.

Mi asesora, la Dra. Julia Quispe Oliva, por su valioso apoyo y por ser mi guía.

Cynthia

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Atención Prenatal	11
2.2.2. Factores sociodemográficos	19
2.3. Hipótesis	24
2.4. Variables	24
2.5. Conceptualización y operacionalización de variables	25
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1. Tipo y diseño de estudio	27
3.2. Área de estudio y población	27
3.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	28
3.4. Unidad de análisis	29
3.5. Criterios de inclusión	29
3.6. Principios éticos de la investigación	29
3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos	30
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	31

3.9. Control de calidad de datos	31
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	56
SUGERENCIAS	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01-A. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	33
Tabla 01-B. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	37
Tabla 02. Acceso a la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	38
Tabla 03. Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018.	40
Tabla 04. Acceso a la atención prenatal según grupo etario, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	42
Tabla 05. Acceso a la atención prenatal según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	44
Tabla 06. Acceso a la atención prenatal según estado civil, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	45
Tabla 07. Acceso a la atención prenatal según procedencia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	46
Tabla 08. Acceso a la atención prenatal según nivel socioeconómico, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018.	47
Tabla 09. Número de atenciones prenatales según grupo etáreo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	48
Tabla 10. Número de atenciones prenatales según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018.	50
Tabla 11. Número de atenciones prenatales según estado civil, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018.	51
Tabla 12. Número de atenciones prenatales según procedencia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	53
Tabla 13. Número de atenciones prenatales según nivel socioeconómico, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018	54

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. **El objetivo** de la presente investigación fue determinar los factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna. **Metodología.** El estudio fue no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional, se realizó en una muestra de 157 gestantes que acudieron en el tercer trimestre de gestación a su atención prenatal al Centro de Salud la Tulpuna. **Resultados:** el 35,7% de gestantes perteneció al grupo etáreo de 20-24 años; el 22,9% tuvo secundaria completa, el 80,9% son convivientes; proceden de la zona urbana en 88,5%; en su mayoría (71,3%) son amas de casa y el 66,9% pertenece al nivel socioeconómico marginal (E). **Conclusión:** se determinó que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según $p = 0,002$.

Palabras clave: factores sociodemográficos, acceso, atención prenatal y gestante.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) points out that pregnant women should be able to access appropriate care at the right time. The objective of the present investigation was to determine the associated sociodemographic factors that determine access to prenatal care in pregnant women attended at the La Tulpuna Health Center. Methodology. The study was non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational. It was carried out in a sample of 157 pregnant women who attended their prenatal care at the Tulpuna Health Center in the third trimester of pregnancy. Results: 35.7% of pregnant women belonged to the age group of 20-24 years; 22.9% had full secondary school, 80.9% are cohabitants; they come from the urban area in 88.5%; the majority (71.3%) are housewives and 66.9% belong to the marginal socioeconomic level (E). Conclusion: it was determined that there is a significant association between the variables socioeconomic level and number of prenatal care according to $p = 0.002$.

Key words: sociodemographic factors, access, prenatal and pregnant care.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es tradicionalmente concebido como un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones que suelen presentarse en este periodo y que pueden deteriorar el bienestar de la madre y del niño por nacer, se considera que debe ser vigilado para identificar precozmente diferentes factores de riesgo y prevenir futuras patologías.

La mejor forma de vigilar el desarrollo de un embarazo es a través de la atención prenatal, diseñada para evaluar el riesgo de morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio; sin embargo, muchas gestantes no acuden a realizar sus atenciones, debido a diversos factores sociodemográficos como edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación o nivel socioeconómico que van a determinar de una u otra manera el acceso a la atención prenatal.

A partir de estas premisas es que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, obteniendo como resultados que la mayoría de gestantes tuvieron acceso a la atención prenatal de forma temprana y la mayoría tuvo entre 4-6 atenciones.

Se determinó que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según el coeficiente de correlación $p = 0,002$.

La presente tesis está estructurada en cuatro capítulos de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: constituida por el problema de investigación en el cual se incluyen: la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: conformada por el marco teórico. Forman parte de este capítulo: los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: en el cual se considera el diseño metodológico, el mismo que contiene: el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de muestra,

unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, principios éticos de la investigación, procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV. Corresponde a este capítulo el análisis y discusión de los resultados.

También forman parte de la presente tesis, las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 unas 300.000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con los embarazos, cerca de 2,7 millones de recién nacidos murieron durante los primeros 28 días de vida y unos 2,6 millones nacieron muertos, la mayoría de estas muertes (>99%) correspondió a países en desarrollo. por lo que, el Organismo de las Naciones Unidas (ONU) sostuvo que una atención de salud de calidad durante el embarazo y el parto puede evitar muchos de estos decesos (1).

La OMS considera el cuidado materno como una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, sostuvo que a nivel mundial, solamente el 64% de las mujeres recibe cuidados prenatales cuatro o más veces durante el embarazo (1), algunas gestantes no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplen con la periodicidad de asistencia al mismo (2), constituyéndose en un importante problema sanitario.

En los países de Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y El Salvador, un 78% de las mujeres asistió a por lo menos una consulta de atención prenatal por personal calificado, mientras que un 62% concurre por lo menos a cuatro consultas por personal calificado y un 56% asistió a una consulta con profesionales de salud durante el primer trimestre del embarazo. El país que registró la mayor proporción de mujeres que asistieron a consultas de Atención prenatal por personal calificado fue Nicaragua (81%), mientras que Guatemala y Panamá tuvieron la proporción más baja (18% y 38% respectivamente) (3).

En el año 2015 en el Perú, el 98,4% de las mujeres tuvieron alguna atención prenatal por personal de salud (médico, obstetrix, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5% encontrado en el año 2009; no obstante, no todas llegan al número ideal de atenciones prenatales (4)

sobre todo teniendo en cuenta que en la actualidad la OMS dentro de sus nuevas recomendaciones, propone que las visitas de control del embarazo obligatorias se dupliquen de cuatro a ocho, tomando en cuenta la evidencia que indica que mientras más contactos haya, menos son las complicaciones pre y postnatales y que puede potencialmente evitar muertes y complicaciones, además de ser un indicador de la calidad del sistema de salud del país (1).

Además, es importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto. Aun así, a nivel nacional, solamente el 77,4% de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo, precisamente esto ocurre en el Centro de Salud La Tulpuna que a pesar de contar con un importante número de gestantes, no todas acuden tempranamente a ser atendidas obstaculizando el cumplimiento del objetivo de la atención prenatal que es detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza del futuro bebé.

Las diferencias de atención prenatal se evidencian según características sociodemográficas de la gestante que en muchas veces suelen ser determinantes de una atención prenatal óptima. Así, relativamente las adolescentes menores de 20 años de edad se atienden más tardíamente, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años de edad. Con relación al nivel socioeconómico, la diferencia entre el quintil superior y el quintil inferior de riqueza para la atención prenatal también muestra diferencias en el inicio de la atención prenatal. Por área de residencia, las mujeres de la zona rural se atienden más tardíamente, las mujeres con mayores niveles educativos acuden más tempranamente a la atención prenatal (5).

A partir de estas premisas, y ante la ausencia de trabajos de investigación de esta naturaleza, en la región, se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna.

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los factores sociodemográficos que caracterizan a las gestantes de la muestra.

Establecer el porcentaje de gestantes que acuden tempranamente a la atención prenatal.

Establecer el porcentaje de gestantes que acuden tardíamente a la atención prenatal.

Determinar el porcentaje de gestantes que ha tenido una asistencia prenatal adecuada o inadecuada.

1.4. Justificación de la investigación

La atención prenatal es un conjunto de acciones durante la gestación y antes del parto, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar la mujer para el parto, la maternidad y la crianza. La atención prenatal es una herramienta fundamental que puede potencialmente evitar muertes y complicaciones, y es además un indicador de la calidad del sistema de salud del país (6).

Los indicadores que potencialmente pueden medir la calidad de atención prenatal son el número de atenciones prenatales y el acceso temprano a la atención prenatal; sin embargo en la práctica cotidiana las mujeres gestantes acuden tardíamente a sus controles pre natales y no lo hacen en la cantidad propuesta por la Organización Mundial de la Salud, hecho que probablemente contribuye a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Es por esta razón que se realizó el presente estudio con el objetivo determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Los resultados constituirán el punto de partida para futuras investigaciones que permita identificar factores sociodemográficos determinantes al acceso a la atención prenatal e incidir en ellos a fin de conseguir que las gestantes accedan más tempranamente a sus atenciones prenatales y tengan mayor número de ellos, obteniendo una atención prenatal de calidad.

Obviamente los beneficiados serán el binomio madre-niño al igual que la familia, la comunidad y el sistema sanitario que verá reducido sus costes invertidos en tratar las diferentes complicaciones obstétricas no identificadas oportunamente por falta de atenciones prenatales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Stein, A. y col. (Uruguay, 2012) en su estudio tuvo como propósito determinar las principales dificultades de accesibilidad por las cuales un grupo de mujeres embarazadas no realizó el control precoz del mismo, encontrando como resultados que un 20,2 % de las embarazadas realizaron menos de seis controles prenatales. De este porcentaje hubo un 3,8% que no se controló el embarazo hasta el momento del parto. En el primer trimestre, fue captado un 58,3%, mientras que un 41,7% lo hizo en forma tardía. El 63% de los casos de las mujeres que efectuaron un control precoz del embarazo y el 76,5% de las que efectuaron un control tardío presentaron alguna dificultad. El 36,9% de las usuarias embarazadas que asistieron precozmente y 38,24% de las que asistieron de manera tardía se encontraban en el rango etéreo comprendido entre 15-19 años. El 63% de las usuarias que efectuaron el control precoz y 64,7% de las que efectuaron control tardío se encontraban en unión libre. El 61,9% de las mujeres que asistieron precozmente y el 43,5% de las que asistieron de manera tardía tenían un hijo. Aunque el porcentaje de mujeres con tres hijos fue mayor para las que asistieron de manera tardía (26,1%) en relación a las que asistieron de manera precoz (4,76%). El 78,3% de las usuarias embarazadas que asistieron de manera precoz y el 79,4% de aquéllas que asistieron de manera tardía, presentaban como máximo nivel educativo alcanzado secundaria incompleta. El 15% de las usuarias que concurrieron precozmente al control de embarazo se encontraban trabajando y de las que asistieron tardíamente, un 8% (7).

Miranda, Cl. (Colombia, 2014) formuló como objetivo determinar los factores de capacidad relacionados con el uso adecuado de control prenatal en gestantes de Sincelejo (Colombia) en 2014 y determinó que el 97,7 % de las gestantes asistió al control prenatal. Sobre las razones de asistencia, 83,9 % (598) dijo que lo hacía para

detectar alteraciones y 14,6 % (104) por recomendación de alguien; las 17 gestantes que no asistieron al control citaron como razones: que tenían que hacer mucho trámite (47,1 %(8)), que habían perdido la cita (23,5 %(4)), no necesitaban el control porque habían tenido hijos sin problemas (23,5 %(4)), y porque creían que era muy temprano para iniciar el control (5,9 %(1)). Acerca del uso de control prenatal encontró que el 75,6 % (552) hizo uso adecuado de este servicio (8).

Rivera, P. y cols. (Colombia, 2014), formuló, en su investigación, como objetivo describir los factores de los servicios de salud y satisfacción de usuarias que se asocian con el acceso al control prenatal (CP) en instituciones de salud de Manizales y Cali, determinando que, la edad promedio de las gestantes fue 23,3 años. El grupo comprendido entre los 20 y 29 años representó un alto porcentaje (53,2%); (9).

Marrugo, C. (Colombia, 2015), en su estudio formuló como objetivo: estimar y analizar los determinantes individuales y de contexto que inciden en el uso de los servicios prenatales (controles prenatales) por parte de las mujeres colombianas en estado de embarazo y encontró que, el 12,86% no realizó controles óptimos. Es decir, cerca del 20% de las mujeres pertenecientes al primer quintil de riqueza no alcanzó un nivel óptimo de atención prenatal. El 98% de las mujeres que pertenecieron al quinto quintil realizaron controles prenatales óptimos. Evidenció que el 26% de las mujeres sin ningún grado educativo no asistió a los controles prenatales, mientras que el 14,5% si lo hizo, a un número de controles considerados no óptimos. En las mujeres con educación superior completa, el 0,43% no asistió a ningún control prenatal versus 97,34% que asistió a controles óptimos. Los coeficientes para la educación indican que el riesgo relativo de acceder a controles no óptimos de una madre con educación secundaria es 72% menor que el de una madre sin nivel educativo. El riesgo es aún menor (90%) en comparación con las madres que tienen educación superior. La edad de la madre, en relación a controles óptimos resultó altamente significativa, los coeficientes (1,47 y 1,53) indican efectos La variable área de residencia no fue significativa en el modelo. De acuerdo a los resultados de las predicciones marginales del modelo logístico multinomial, afirmó que la riqueza predispone a mayor número de controles prenatales (6).

Vera, K. y col. (Ecuador, 2015) en su tesis planteó como objetivo mejorar la calidad de vida de la población. Política N° 3.5: Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas y encontró como resultados que, el mayor porcentaje

de las encuestadas, 40% corresponde a embarazadas que habitan en el área urbano marginal frente al 22% que proceden del área rural; el 37% se encuentran cursando entre 15 a 20 años de edad, mientras que el mínimo, 16%, cursan edades que van de los 20 a 25 años de edad. El 58% vive en unión libre, y el 20% con estado civil de casada. El 60% se dedican a actividades dentro del hogar, y tan solo el 13% cuentan con un empleo remunerado. El 64% han estudiado secundaria, y tan solo el 4% no tienen ningún nivel académico. El 74% de las gestantes encuestadas pertenecen a un estrato social bajo, y solamente el 4% son a un estrato social medio. El 60% de las encuestadas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre de gestación, el 62% se realizaron 5 o más controles prenatales. El 58% acudían cada mes a realizarse sus chequeos, frente al 2% que acudían cada 3 meses (10).

Castillo, I. y cols. (Colombia, 2017) en su estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al uso adecuado del control prenatal por gestantes de 13 municipios del departamento de Bolívar, Colombia, encontró como resultados que el 53,26 % de las mujeres reportaron uso adecuado de control prenatal. Ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1,2-2,3), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), ser empleadas (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), se asocian al uso adecuado del control prenatal (11).

García, C. (Colombia, 2017) realizó su investigación con el objetivo de describir las barreras de acceso al CPN y la calidad de atención a gestantes en Meta y encontró que las menores de 20 años (adolescentes) fueron 23 (28,76%) y las mayores de 35 años fueron 4 (3,92%). Según el estado civil, se contó con 15,03% de solteras, 10,78% de casadas, 73,53% en unión libre. El 71.8% laboraba en el hogar, 19.34% era empleada y 6.89% trabajaba de manera independiente. Por su parte, 6.6% de los padres estaba desempleado, 61.39% era empleado y 26.73% trabajaba de manera independiente. Hubo 49,84% en estrato 1, 29,51% en estrato 2, 19,67% en estrato 3 y 0,98% en estrato 4. El 74,4% habitaba en zona urbana y el 25,6% en zona rural. El 25,5% ha asistido de uno a tres controles prenatales y 74,17% a cuatro o más controles. Asimismo, el 67,22% asistió a CPN en el primer trimestre de gestación, 25,17% en el segundo trimestre y 7.28% en el tercer trimestre (12).

Naula, M. y col. (Ecuador, 2017) realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal, determinando que el 20,3% de las gestantes tenían una edad entre 15 y 19 años, el 53,9% de gestantes estaban casadas, prevaleció un nivel de educación secundaria completa (40,6%), un

46,1% eran amas de casa, en su mayoría (75,8%) procedían del área urbana, mientras que la diferencia (24,2%) del área rural; así mismo el 50,4% tenían un nivel socioeconómico medio bajo; el 95,3% de gestantes iniciaron el control prenatal de manera precoz. Determinaron en su estudio que no existe relación positiva entre las variables control prenatal y nivel de educación, ocupación y tipo de residencia, ya que su valor p resultó ser mayor a 0,05, es decir, las variables no están relacionadas significativamente, son independientes (13).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ponce, J. (Ancash, 2013) en su estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash y encontró como resultados que el 58.8% de las gestantes no cumplen con el control prenatal. El grado de instrucción secundaria prevalece en la población de estudio (61.8%). Las gestantes de primaria y sin instrucción tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (80.0% y 60.0% respectivamente). A mayor grado de instrucción aumenta la proporción del cumplimiento al control prenatal. La edad promedio de las gestantes que no cumplen con el control prenatal es de 24 años, menor que las gestantes que cumplen con el control prenatal (26 años). Las gestantes de 15 a 19 años y las de 20 a 34 años, tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (77.1% y 58.4% respectivamente). El estado civil que prevalece es de conviviente (65.3%). Las gestantes solteras y convivientes tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (71.1% y 60.8% respectivamente); y las casadas son las que más asisten respecto a los otros estados civiles (56.6%) (14).

Meza, S. (Lima, 2017). Realizó su tesis con el objetivo de y determinó que el 63.3% de las mujeres tenían edades entre 20 y 34 años, seguido de 36.7% de mujeres menores de 19 años. El 40% de las mujeres inicio su control prenatal en el primer trimestre del embarazo; 41.7% inició el control prenatal durante el segundo trimestre de gestación y finalmente un 20% de mujeres inicio (3° trimestre) el control de su embarazo. El 83.3% tuvo control prenatal inadecuado (menos de 6 controles) (15).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Atención prenatal

2.2.1.1. Definición

La atención prenatal (APN) es un conjunto de acciones llevadas a cabo durante la gestación y antes del parto, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza (16).

La atención prenatal reenfocada es la atención integral que busca la participación de la gestante, la pareja y su familia, en la preparación para el parto, puerperio y cuidados del recién nacido, y no solo de la evaluación clínica de la gestante, incidiendo en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección temprana y manejo de enfermedades existentes (17).

Componentes

- Aprovechar el tiempo de la atención prenatal para actividades educativas con la pareja y/o familia.
- Educación sobre identificación de signos de alarma.
- Complemento nutricional, suplemento de hierro.
- Preparación para la lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- Detección de cáncer de cuello uterino y mama.
- Detección de ITS/VIH.
- Tamizaje de casos de violencia intrafamiliar y su referencia.
- Información/orientación sobre métodos anticonceptivos.
- Acompañamiento de la gestante por parte de la pareja o la familia.
- Detección y manejo temprano de complicaciones.
- Preparación individualizada para la atención institucional y calificada del parto y del recién nacido con adecuación cultural (17).

Objetivo general

Vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre (17).

Objetivos específicos

- Promover la importancia de la atención prenatal desde la sospecha de embarazo.
- Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna.
- Evaluar integralmente a la gestante y al feto, vigilando la evolución del proceso de la gestación.
- Identificar la presencia de signos y síntomas de alarma y factores de riesgo biopsicosociales.
- Detección temprana de enfermedades asociadas e inducidas por el embarazo.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Prevenir el tétanos neonatal.
- Prevención del cáncer ginecológico (Papanicolaou y educar en la autoevaluación de mamas).
- Prevenir y tratar la anemia con tabletas de hierro y ácido fólico.
- Brindar atención y prevención odontológica.
- Prevenir la transmisión vertical de VIH/sífilis congénita.
- Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre y el bebé, promocionando educación sobre nutrición e higiene personal.
- Promover y brindar la educación a la mujer gestante en las sesiones de psicoprofilaxis y estimulación prenatal.
- Establecer un plan para el parto con acompañante y para las probables complicaciones con la participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Preparar física y emocionalmente a la mujer para el proceso del parto y la atención del recién nacido.
- Promover y preparar a la madre para amamantar con éxito, con lactancia materna exclusiva.
- Propiciar un post parto normal y cuidar bien al niño desde el punto de vista físico, psicológico y social.
- Brindar atención especializada de las complicaciones.
- Prevenir las discapacidades y complicaciones del recién nacido.
- Contribuir en la prevención de la desnutrición infantil (17).

Características

Precoz. Es decir, pretende una atención en la etapa preconcepcional o desde el primer trimestre. La literatura revisada refiere que las madres que tardíamente reciben cuidado prenatal son más propensas a tener niños con problemas de salud y “las que

no reciben atención prenatal son 3 veces más riesgosas a tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen 5 veces más posibilidades de morir”.

La OMS indica que la morbilidad neonatal se reduce en proporción directa a la precocidad de la primera visita, a un número suficiente de controles y a una atención adecuada durante el parto. Por esta razón detectar a tiempo la gestación es fundamental para la salud de la madre y del niño por nacer, logrando dirigir al cuidado prenatal, posibilitando acciones de promoción y prevención de salud, además detectando factores de riesgo (5).

Periódica. Se debe cumplir un mínimo de número de controles prenatales según la edad gestacional, este varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan un mínimo de 8 consultas de atención prenatal sobre todo para las mujeres que no tengan un embarazo complicado. El seguimiento y la periodicidad de los controles para gestantes de bajo riesgo, deben ser mensuales hasta la semana 32, luego cada 15 días hasta la semana 36 y semanal o quincenalmente hasta el parto (5).

Para las gestantes de alto riesgo, los controles se establecerán de acuerdo con la patología y el criterio del especialista (5).

Periodicidad con la que se deben realizar las atenciones

Óptimo: mensual hasta las 32 semanas: mínimo 6 atenciones:

La primera atención antes de las 14 semanas

La segunda atención entre las 14 y 21 semanas

La tercera atención entre las 22 y 24 semanas

La cuarta atención entre las 27 y 29 semanas

Quincenal entre las 33 y 36 semanas

La quinta atención entre las 33 y 35 semanas

Semanal desde las 37 semanas

La sexta atención entre las 37 y 40 semanas

Con completa cobertura. Universal, es decir, a todas las mujeres gestantes de un área determinada. La cobertura es una característica muy relevante para asegurar que la asistencia y las intervenciones sean efectivas. Cuando no se cuenta con

cobertura es casi imposible lograr los resultados deseados, así lo explica la OMS en su informe sobre la salud en el mundo, señala que existen dos tipos de obstáculos para ampliar la cobertura. El primero, habla sobre algunas zonas no se ofrecen los servicios de atención prenatal, lo cual hace que las gestantes no accedan físicamente al servicio. El segundo, presenta las quejas sobre la actitud poco servicial del personal de salud, gastos imprevistos o injustos, molestias por los horarios de apertura y atención y la escasa participación concedida a la pareja.

Oportuna. Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante

Contenido de la primera visita

- Elaboración de la historia clínica materna perinatal, incluyendo: anamnesis, examen clínico general, examen obstétrico completo, exámenes auxiliares.
- Llenado del carnet perinatal
- Solicitar evaluación odontológica
- Iniciar vacunación antitetánica según calendario de vacunación.
- Información y orientación para la siguiente consulta.
- Programar el turno de la segunda atención prenatal. Registrar
- Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores:

a) En todas las consultas:

- Evaluación integral.
- Signos y síntomas de alarma.
- Cumplimiento de las indicaciones, realización del examen y pruebas solicitadas.
- Controlar aumento de peso materno, funciones vitales, reflejos y presencia de edemas.
- Control del crecimiento fetal intrauterino (AU).
- Prueba de proteinuria a partir de las 20 semanas.
- Auscultación de latidos cardiacos fetales y detección de movimientos fetales.
- Evaluar edad gestacional.
- Suplemento de hierro y ácido fólico después de las 16 semanas

b) A partir de las 28 semanas

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos fetales.
- Presencia de movimientos fetales.
- Iniciar estimulación prenatal y preparación psicoprofiláctica.

- Solicitar examen de hemoglobina, hematocrito, glicemia, VDRL, prueba rápida de VIH, urocultivo (a partir de las 33 semanas).

c) A partir de las 35 semanas

- Pelvimetría interna y valoración feto pélvica.
- Determinar encajamiento fetal.
- Determinar presentación fetal.
- Reevaluar estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares.
- Solicitar bienestar fetal.
- Indicar control de movimientos fetales a partir de las 38 semanas.

Completo. Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud (18).

La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva (18).

Otras recomendaciones incluyen el incremento de las evaluaciones de las madres y el feto para detectar problemas, la mejora de la comunicación entre el personal de salud y la embarazada y que el primer contacto se realice durante las primeras 12 semanas de la gestación. El nuevo modelo incluye 49 sugerencias (1).

Las principales recomendaciones de la OMS. La OMS, en su nuevo modelo, recomienda:

- Realizar un mínimo de ocho controles prenatales para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de la atención de la mujer, la primera consulta médica se debe realizar en la semana 12 de gestación, y luego en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40.
- Realizar una ecografía antes de las 24 semanas de gestación para estimar edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, así como reducir la inducción de trabajo de parto y lograr que la experiencia de la mujer durante este proceso biológico sea satisfactoria.
- Realizar pruebas de azúcar en sangre para detectar la diabetes y vacunar contra el tétanos a todas las mujeres embarazadas.

- La administración diaria por vía oral a las embarazadas de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro.
- Asesorar sobre los alimentos que contienen vitaminas y minerales, sobre los peligros del alcohol y el tabaco, y sobre la necesidad de hacer ejercicio.
- Incorporar calcio para prevenir la preeclampsia; vitamina A para prevenir la ceguera nocturna; fármacos antihelmínticos; y la dosis profilácticas de medicamentos para prevenir la malaria o el VIH.
- Aplicar una serie de remedios caseros en caso de ser necesario, como el salvado para el estreñimiento, las medias de compresión para la hinchazón de las piernas, los antiácidos para la acidez estomacal y el ejercicio o la acupuntura para el dolor de espalda.

Además, contemplan 49 recomendaciones extras que describen la atención que deben recibir las mujeres en cada una de sus consultas, incluyendo asesoría nutricional, de actividad física, consumo de drogas, tabaco y prevención de enfermedades como malaria y VIH/Sida (17,19).

Diez Principios para el cuidado prenatal emitidos por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud

1. Ser no-medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada. Esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Estar basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel de atención.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como Obstétricas, Obstetras, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, Trabajadores Sociales, etc.
6. Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.
8. Ser apropiado, es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos Principios deben aplicarse tanto en el cuidado del embarazo, como en la atención de todos los nacimientos (18).

Atención prenatal óptima o adecuada

El nuevo modelo sugiere que las consultas de la gestante con el personal de salud aumenten de cuatro a ocho durante el embarazo, tomando en cuenta la evidencia que indica que mientras más contactos haya, menos son las complicaciones pre y postnatales (19).

La primera consulta médica se debe realizar en la semana 12 de gestación, y luego en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (19).

Sin embargo, en el presente estudio se tomará en cuenta el criterio del Ministerio de Salud que establece que las atenciones prenatales deben ser en un mínimo de seis.

Acceso a la atención prenatal

El acceso a los servicios de salud, uno de los retos más importantes que tienen principalmente los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso, se entiende como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica. Además de esta concepción ampliamente aceptada, en la literatura se encuentran variadas y diversas definiciones del concepto de acceso. Para Andersen, se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”; para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de

disponer de los recursos del servicio de salud”; para Dixon-Woods et ál., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o candidacy, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud. Entre las aproximaciones al acceso se destaca el carácter multidimensional del concepto, pues este incluye cuestiones como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, lo cual hace posible acercamientos multidisciplinarios y transversales desde varios campos o disciplinas del conocimiento, que pueden incluir la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, entre otras. De las definiciones del acceso se destaca, como un aspecto central para dar lugar a la realización de este, el hecho de contar con capacidad para emprender la búsqueda de los servicios y para resolver la necesidad o los deseos individuales o colectivos.

Se destaca que la capacidad puede estar formada a partir de características propias del individuo, como la edad, el sexo, su estado de salud o la percepción sobre este; del sistema de prestación de servicios, como el portafolio, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención; y del contexto en donde se desenvuelve la persona, como las facilidades de transporte, aspectos propios de la cultura o la convivencia. También se destaca en las definiciones la consideración del acceso como un proceso en el que se identifican momentos claves como la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad (20).

El acceso a los servicios de salud, proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención se satisfaga completamente, va a depender tanto de los servicios como de los sujetos, ya que ambos contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (21).

Los indicadores para determinar el acceso a la atención prenatal está dada por la cobertura del programa de control prenatal con mínimo seis controles durante el periodo de gestación, y la asistencia a la primera visita hasta las doce semanas de edad gestacional (atención prenatal temprana).

El Ministerio de Salud (MINSA) considera una gestante controlada si esta tiene al menos seis atenciones prenatales distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación si la gestante cumple estos criterios se considera una atención prenatal adecuada (22) y por consecuencia

lógica, es una atención prenatal inadecuada si la gestante tiene menos de seis atenciones prenatales.

El segundo criterio es determinar si la gestante acude a la atención prenatal antes o hasta las 12 semanas de edad gestacional se considera una atención prenatal temprana, mientras que el inicio tardío de la atención prenatal, según el Ministerio de Salud, se define como aquella primera atención prenatal que se produce después de las 12 semanas de gestación (23).

2.2.2. Factores sociodemográficos

Los factores demográficos constituyen una operación estadística conformada por una colección de indicadores que permiten analizar cómo inciden en la decisión de la gestante de acudir a la atención prenatal, estos pueden ser:

- **La edad.** Con origen en el *latín aetas*, es un vocablo que refiere a la vida o tiempo que se vive. Los significados de la edad, como una categoría de periodificación no sólo biológica, sino también como un constructo sociocultural y simbólica que nos remite a la ubicación espacio temporal del ciclo de la vida de cada cultura en función de su cosmovisión, no sólo se han materializado en el arte: la literatura, la arquitectura, la música, la escritura, la escultura y la pintura, sino también la ciencia ha elaborado y reelaborado una serie de modelos interpretativos del fenómeno (24).

Particularmente en el discurso antropofísico, como saber occidentalizado derivado de la hegemonía médica y separatista de la dualidad mente cuerpo, es común encontrar la referencia a dos categorías: la edad cronológica y la edad biológica. La primera que alude a un ciclo abstracto del tiempo socio-cultural, que con frecuencia se disgrega para dar cabida a una análisis biologicista que categoriza el ritmo ontogenético (edad biológica) en etapas (evolutivas) “más o menos parecidas” por las cuales pasa el individuo como si se tratase de la búsqueda y estandarización de leyes físico-biológicas generales prescindibles no sólo de los aspectos socioculturales, sino incluso de los psicológicos y cosmogónicos. Para algunos estudios de poblaciones vivientes, los procesos ontogenéticos que involucran el crecimiento, el desarrollo y la maduración de los individuos desde su concepción hasta su muerte, desde un modelo de la corporeidad y la experiencia vivida (24).

Sin embargo, en los estudios del tema, de manera general las etapas y duración de los eventos ontogenéticos, son más o menos estandarizados, de la siguiente manera:

1: Etapa formativa. La cual incluye dos brotes de crecimiento físico, en el primero se consideran dos periodos: el prenatal (fecundación, primero y segundo trimestre) y el post natal (nacimiento, neonatal-hasta los 28 días, infancia- desde el segundo mes hasta el fin de la lactancia, aproximadamente 36 meses, y niñez- de los 3 a 7 años). El segundo brote considera tres estadios: pubertad (7 a 12 años aproximadamente), adolescencia (corta duración, se activa el desarrollo sexual) y juvenil (desde la pubertad hasta aproximadamente 18 a 20 años) (24).

2. Etapa productiva y reproductiva. La cual comprende la adultez primaria y en transición (de los 18 a 20 años) hasta el fin de la etapa reproductiva (60 a 65 años en los hombres, 50 años aproximadamente en las mujeres, con la menopausia)

3. Y la etapa regresiva y senescencia. Comprende desde el final de la etapa anterior hasta la muerte (24).

En el presente estudio solamente se tiene en cuenta la etapa productiva y reproductiva.

La edad como una categoría que refiere al tiempo que se vive, está implícita en la cosmovisión de los seres humanos de cualquier cultura, es parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva y se manifiesta físicamente *per se en el ritmo biológico* por el que pasan todos los seres vivos, en el caso de los seres humanos inminentemente relacionado a la concepción del tiempo. Así también, la expresión del ritmo biológico, continuo y progresivo, le significa al individuo y se representa socialmente (24).

Tan trascendente fenómeno biológicamente evolutivo se ha semantizado y materializado culturalmente en la arquitectura, en la pintura, en la escultura, en la escritura, en los mitos, en la oralidad y en un sin número de formas, todas ellas han sido objeto de estudio de la ciencia: la filosofía, la química, la física, las matemáticas, el arte y desde luego, entre otra (24).

Desde la ciencia antropológica o antropobiología, los métodos para estimar la edad se basan en la evolución del ritmo ontogenético, entendiendo como tal, los procesos graduales que acontecen durante la vida de un individuo, desde su concepción, hasta su muerte (24).

- **Nivel educativo.** Cada una de las etapas que forman un tipo educativo. Casi todos son propedéuticos, y sólo algunos son terminales; algunos más son propedéuticos y de opción terminal, es decir, el educando puede cursarlos como preparación para ingresar a otro nivel más adelantado, o bien, al concluirlo, ingresar a la fuerza de trabajo (25)

Sistema Educativo Peruano. Organización del desarrollo de la educación en el Perú, que según la Constitución Política del Estado y la Ley General de Educación se organiza en: Etapas, Niveles, Categorías, Modalidades, Ciclos y Programas. Está organizado en dos etapas:

- Primera etapa: Educación básica
- Segunda etapa: Educación superior.

Educación Básica. Es la primera etapa del sistema educativo peruano destinada a favorecer el desarrollo integral de los estudiantes, el despliegue de sus potencialidades, desarrollo de sus capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales de la persona para actuar en forma adecuada y eficaz en los diversos ámbitos de la sociedad.

Se clasifica en: Educación Básica Regular, Educación Básica Alternativa y Educación Básica Especial.

Nivel de educación inicial Constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular, atiende a niños de 0 a 2 años (Cuna Jardín) en forma no escolarizada y de 3 a 5 años (Inicial Jardín) en forma escolarizada.

Nivel de educación primaria. Es el nivel II y constituye del III al V ciclo de Educación Básica Regular; tiene una duración de 6 años comprendidos del primer al sexto grado de primaria y está dirigida a los estudiantes de 6 a 11 años de edad aproximadamente.

Nivel de educación secundaria. Es el nivel III y constituye el VI y VII ciclo de Educación Básica Regular, comprende las modalidades de menores y la de adultos. El servicio que se brinda es escolarizado a través de colegios y en forma no escolarizada a través de programas educativos, se imparte en 5 años.

Los objetivos de la educación secundaria están orientados a:

- Profundizar la formación científica y humanística y el cultivo de valores adquiridos en el nivel primaria; y

- Brindar orientación vocacional y capacitar al educando en áreas diversificadas con criterios teóricos prácticos (26).

Superior No Universitaria. Comprende las Escuelas Normales, Escuelas Superiores de Educación Profesional (ESEP), Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En todos estos casos el período de estudios tiene generalmente una duración no menor de 3 años.

Superior Universitaria. Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años.

- **Estado civil.** Es la situación de la persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio o convivencia que existen en el país.

El estado civil, es una característica de las personas, que se estudia en todo censo poblacional, por la importancia que tiene en la formación y desaparición de la familia, la misma que es considerada como base fundamental en la que se sustenta la sociedad de un país. Comprende las categorías siguientes:

- Conviviente (unión de hecho).- Es la persona que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.
- Separado (de matrimonio o de convivencia).- Es la persona que está separado de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.
- Casado.- Es la persona que ha contraído matrimonio civil y/o religioso y vive con su cónyuge.
- Viudo (de matrimonio o convivencia).- Es la persona que después del fallecimiento de su cónyuge, no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia.
- Divorciado.- Es la persona que terminó su vínculo conyugal por sentencia judicial y no se ha vuelto a casar ni vive en unión de hecho o convivencia.
- Soltero.- Es la persona que nunca se ha casado ni ha vivido, ni vive en unión de hecho o convivencia (27).

- **Ocupación.** Es el tipo de relación que existe entre la persona ocupada y el conductor del centro de trabajo o entre éste y los trabajadores. Una primera distinción básica es si se trabaja en forma dependiente o independiente. Entre las categorías de ocupación se tiene:
 - Empleado.- Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente intelectual; trabaja en una institución, organismo, empresa privada o estatal, por una remuneración quincenal o mensual por su trabajo en forma de sueldo, comisión, pago en especie, etc.
 - Obrero.- Es la persona que desempeña una ocupación predominantemente manual; trabaja en una empresa o negocio privado o estatal, por una remuneración semanal, quincenal o diaria en forma de salario, destajo, comisión. Ejemplo: Obrero de fábrica de zapatillas, ayudante de albañil.
 - Trabajador Independiente.- Es la persona que explota su propio negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio, no tiene trabajadores remunerados a su cargo.
 - Empleador o Patrono.- Es la persona que explota su propia empresa o negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio y tiene uno o más trabajadores remunerados a su cargo.
 - Trabajador Familiar No Remunerado.- Es la persona que trabaja sin remuneración en una empresa o negocio familiar dirigida por un pariente que vive en el mismo hogar o fuera de él.
 - Trabajador(a) del Hogar.- Es la persona que presta sus servicios remunerados en una vivienda particular. Estos servicios están referidos a tareas específicas del hogar como: Lavandera, cocinera, ama de llaves, mayordomo, chofer, etc. (27).
 - Ama de casa es definida como la persona de 15 años o más, hombre o mujer, que toma las decisiones cotidianas de compra para la administración del hogar (27).
- **Estrato socioeconómico.** Es la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica. La National Center for Educational Statistics, la define como una medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar. Así también, la Center for Research on Education, Diversity and Excellence, la presenta como la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo

social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación. El nivel socioeconómico junto al sexo y a la edad son los tres indicadores que componen cualquier estudio demográfico (28).

Cabe resaltar, las definiciones de las dimensiones y variables sobre el nivel socioeconómico:

1. Instrucción del jefe de familia. Variable orientada a representar condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente. Definida por APEIM como el grado de instrucción del jefe de familia, siendo redefinida como el nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.
2. Consulta médica. Variable representativa de la situación económica actual de la familia y, en forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma.
3. Características de la vivienda: definida por APEIM como el conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida (techo, paredes y piso), reflejo de la situación social y económica.
4. Ingreso económico de la familia. Aspecto básico y eje principal de la evaluación del nivel socioeconómico.
5. Hacinamiento. Variable representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir, reflejando la situación social y económica en conjunto (28,29).

2.3. Hipótesis

Existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018.

2.4. Variables

Variable independiente

Factores sociodemográficos

Variable dependiente

Acceso a la atención prenatal

2.5. Conceptualización y operacionalización de las variables

Tipo de variable	Indicadores	Items	Escala
Variable independiente. Factores sociodemográficos. operación estadística conformada por una colección de indicadores que permiten analizar cómo inciden en la decisión de la gestante de acudir a la atención prenatal	Edad. Tiempo cronológico de vida cumplido por la gestante al momento de la entrevista.	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40+ años	De razón
	Nivel educativo. años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal (25)	Sin ningún nivel educativo Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior Universitaria Superior técnica	Ordinal
	Estado civil. Es la situación de la gestante en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio o convivencia que existen en el país.	Casada Soltera Conviviente	Nominal
	Ocupación. Actividad desempeñada por la gestante para obtener remuneraciones.	Empleada Obrera Independiente Trabajadora del hogar Ama de casa Estudiante	Nominal
	Procedencia. Lugar de donde procede la gestante	Zona urbana Zona rural	Nominal
	Estrato socioeconómico. Es la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica (28).	NSE alto (A) NSE medio (B) NSE bajo superior(C) NSE bajo inferior(D) Marginal (E)	Ordinal
Variable dependiente: Acceso a la atención prenatal. Capacidad que desarrolla la gestante para buscar y obtener atención durante su embarazo.	Atención prenatal temprana Atención prenatal tardía	Hasta la semana 12 de edad gestacional Después de las 12 semanas de edad gestacional	Nominal

	Atención prenatal adecuada	6 o más atenciones prenatales	Nominal
	Atención prenatal inadecuada	Menos de 6 atenciones prenatales	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal; de tipo descriptivo correlacional.

No experimental: porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable del estudio.

Descriptivo: porque buscó describir los factores sociodemográficos que caracterizan a las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna.

De corte transversal: porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

Correlacional: porque buscó estimar los factores sociodemográficos que son determinantes al acceso de la atención prenatal.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud La Tulpuna, ubicado en la Av. Alfonso Ugarte S/N del distrito de Cajamarca, el que se encuentra ubicada en el valle del Río Chonta, entre el paralelo 7°9'56" de latitud sur y el meridiano 78°27'07" de longitud oeste. Cuya función principal es atender a las mujeres de la Región Cajamarca que están gestando o van a dar la luz, así como a su hijo cuando tiene hasta 7 días de nacido.

Se ubica a una altitud de 2,667 msnm, correspondiéndole la Zona IV Sierra Tropical, grupo ecológico bosque seco - Montano Bajo Tropical. La humedad relativa promedio es de 74%, la temperatura máxima promedio es de 21°C y la mínima promedio es de 7°C, se presentan heladas descendiendo la temperatura a menos de 0 °C en los meses de diciembre, junio y julio.

Su topografía es de relieve plano, con paisaje característico propio de la zona baja y sus suelos cubiertos por cultivos agrícolas.

La población estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el consultorio de atención prenatal durante el año 2017 que según el libro de registros es de 784.

3.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue el Probabilístico, que implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos y se estipuló para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de la determinación de los factores sociodemográficos en el acceso de la atención prenatal, empleándose la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(784)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.07)^2(784) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 157$$

Donde:

N = (784) Población de gestantes atendidas en el año 2017.

P = (0.50) Proporción de factores sociodemográficos que determinan el acceso a la atención prenatal.

Q = (0.50) Proporción de factores sociodemográficos que no determinan el acceso a la atención prenatal.

Z = 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

D= (0,07) Máximo error permitido.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna durante los meses mayo-julio de 2018, hasta completar el número de la muestra.

3.5. Criterios de inclusión

Las gestantes participantes del estudio para ser incluidas en el mismo, cumplieron con los siguientes criterios:

- Gestante que aceptó voluntariamente ser parte de la presente investigación.
- Gestante en pleno uso de sus facultades mentales.
- Gestante con un embarazo normal.
- Gestante que cursa el tercer trimestre de embarazo.
- Gestante que haya tenido más de una atención prenatal.

3.6. Principios éticos de la investigación

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- **Autonomía.** La gestante entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.
- **No maleficencia.** La información se obtuvo luego que la gestante brindó el consentimiento para la entrevista.
- **Consentimiento informado.** Luego que la gestante fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.
- **Privacidad.** Se respetó el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- **Confidencialidad.** La información personal de la gestante ha sido protegida y no divulgada, utilizándose solamente para fines de la presente investigación.

3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se consideró:

Primero: Informar al Jefe del establecimiento sobre la intención de realizar la investigación y solicitar el permiso para encuestar a las gestantes.

Segundo: conversar con cada una de las gestantes que acudieron al consultorio de atención prenatal, explicarles la naturaleza e importancia de la investigación en términos sencillos y luego de solicitar su consentimiento informado se procedió a realizar la encuesta y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó la técnica de la **encuesta** y como instrumentos:

- **El cuestionario sociodemográfico de recolección de datos** en donde se consignaron datos sociodemográficos de la gestante adolescente para identificar su perfil y algunos antecedentes gineco obstétricos, tales como edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación; edad gestacional, paridad, así como número de atenciones prenatales, semana de inicio de atención prenatal, y atención prenatal adecuada e inadecuada, considerando que es adecuada sí:
 - La atención prenatal es temprana, es decir que la gestante acudió al establecimiento de salud a solicitar atención antes de las 12 semanas de edad gestacional.
 - Si tuvo el mínimo de atenciones prenatales (6 atenciones pre natales) (Anexo 01).
- **Escala APEIM** para medir nivel socioeconómico, la cual consta de 5 reactivos los cuales tienen un puntaje máximo:

Reactivo 1 = 7

Reactivo 2 = 4

Reactivo 3, sub escala a = 4

Reactivo 3, sub escala b = 5

Total = 25:

Interpretación:

Nivel socioeconómico A = 22-25 puntos;

Nivel socioeconómico B = 18-21 puntos;

Nivel socioeconómico C = 13-17 puntos;

Nivel socioeconómico D = 9-12 puntos y
Nivel socioeconómico E = 5-8 puntos. (Anexo 02).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 22 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como el chi cuadrado y la prueba de frecuencias para identificar a los factores socio demográficos que determinan el acceso a la atención prenatal.

3.8.2. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistente en describir los resultados referente a los factores sociodemográficos y el acceso al control prenatal.

Fase inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentaron también en otras realidades semejantes a lo encontrado en el presente estudio.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos; uno de ellos (escala APEIM) se encuentra validada en otros estudios.

Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01-A. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Edad	n°	%
15-19 años	32	20,4
20-24 años	56	35,7
25-29 años	26	16,6
30-34 años	23	14,6
35 - + años	20	12,7
Total	157	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	11	7,0
Primaria incompleta	15	9,6
Primaria completa	21	13,4
Secundaria incompleta	28	17,8
Secundaria completa	36	22,9
Superior técnica	24	15,3
Superior universitaria	22	14,0
Total	156	100,0
Estado civil	n°	%
Soltera	18	11,5
Casada	12	7,6
Conviviente	127	80,9
Total	157	100,0
Procedencia	n°	%
Urbana	139	88,5
Rural	18	11,5
Total	157	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra observar en la presente tabla que el mayor porcentaje de gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, pertenece al grupo etario de 20-34 años con 66,9%; un significativo porcentaje (20,4%) son adolescentes, y el 12,7% son gestantes de 35 años a más. Datos similares a los reportados por Rivera (2014) quien determinó el grupo comprendido entre los 20 y 29 años representó un alto porcentaje (53,2%) con

una diferencia porcentual de solamente 0,9 puntos. De igual forma coinciden con los datos encontrados por Naula (2017) quien informó en su estudio que el 20,3% de gestantes pertenecieron al grupo etario de 15-19 años con una diferencia porcentual de 0,1 puntos; sin embargo difieren con los de Vera (2017), él reporta cifras de 37% para el grupo etario de 15-20 años y de 16% para el grupo de 20-25 años. (9,13,10)

La edad cobra importancia ya que cuando el embarazo se establece en los extremos de la vida reproductiva, adolescentes y mujeres mayores de 35 años, puede tener complicaciones de mucha significancia.

La adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, la adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. El embarazo representa una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista clínico, obstétrico y perinatal, lo que tienen mayor significado cuanto más temprana sea la edad de la adolescente.

El embarazo a edades mayores a 35 años y 40 años aumenta en 1 y 2,5%, respectivamente, se ha constatado un enlentecimiento de la dilatación del parto asociado a la edad materna, sobre todo cuando se trata de pacientes primíparas, así como de la necesidad de pautar oxitocina durante el periodo de dilatación. Ambos hechos pueden determinar la forma de finalización del parto. Se ha encontrado por algunos autores un claro aumento de la tasa de cesáreas en las pacientes añosas

Jacobson (2004) referido por Rizo (2013), reportó un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años. Respecto al crecimiento fetal, la tasa de los nacidos pequeños para la edad gestacional es 66% más alta en mujeres mayores de 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años. (30)

Huapalla (2017) señala que las edades extremas de la vida reproductiva son un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, la cual, a su vez, puede generar complicaciones materno-perinatales y por su parte informa que, la pre eclampsia severa en las edades extremas es aproximadamente del 10%. (31)

En cuanto al grado de instrucción, el mayor porcentaje de gestantes manifestó tener secundaria con 40,7% ya sea secundaria incompleta (17,8%) o secundaria completa (22,9%). Es importante resaltar que un significativo porcentaje, 29,3% de gestantes tiene estudios superiores ya sean técnicos o universitarios.

Los presentes datos difieren con los reportados por Vera (2015) que reporta datos que el 64% de gestantes tenía secundaria y Naula (2017) que encontró que el 40,6% de

gestantes tenía secundaria incompleta (10,13), De igual forma Stein (2012) encontró en su estudio que tanto las gestantes que asistieron a la atención prenatal precozmente como aquellas que lo hicieron de forma tardía presentaban como máximo nivel educativo la secundaria incompleta con 78,3% y 79,4%, respectivamente. (7)

El nivel educativo es un determinante muy importante de la salud ya que, este permite, entre otras cosas, tener hábitos saludables, mejorar el estado nutricional y en la gestación, cuidar su embarazo, acudir a sus atenciones prenatales y prepararse para tener un parto en buenas condiciones.

Gumá (2016) afirma que, la asociación entre salud y educación ha sido bien probada por la capacidad de esta última para definir los niveles de estratificación social. Aquellos grupos poblacionales definidos por su bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja en salud, aunque con diferencias entre países debido a sus especificidades en cuanto a comportamientos saludables o políticas públicas. (32)

Referente al estado civil, el 80,9% de las gestantes son convivientes, solamente el 7,6% dijo ser casadas y el 11,5% manifestó ser solteras. Estos datos son disímiles a los encontrados por Vera (2015), él encontró que el 58% de gestantes vivía en unión libre, y el 20% eran casadas. (10)

El estado de convivencia o unión de hecho es una situación, en la actualidad, bastante común e inclusive elegible por algunas mujeres, además de que otorga los mismos derechos que un matrimonio legal, pero además, el estado de convivencia en pareja evidencia un mejor estado de bienestar.

Simó y cols. (2015) sostienen que existen evidencias que tienden a mostrar que el la convivencia en pareja proporciona estabilidad social y emocional, y que podría representar un antídoto contra la enfermedad, al igual que otros tipos de relaciones de sociabilidad. (33)

Otro factor es la procedencia y se logra evidenciar que el 88,5% de gestantes proceden de la zona urbana y solamente el 11,5% proceden de la zona rural, ello porque en la actualidad la localidad de la Tulpuna se ha categorizado como zona urbana y quienes acuden al establecimiento son las gestantes pertenecientes a la jurisdicción, son pocas las que llegan de zonas más alejadas que si pertenecen a la zona rural y que podrían dificultar el acceso a la atención prenatal.

Estos datos difieren con los reportados por Vera (2015) quien determinó que el 40% de embarazadas habitaban en el área urbano marginal frente al 22% que procedían del área rural (10).

García (2017) en su estudio encontró que el 74,4% habitaba en zona urbana y el 25,6% en zona rural, cifras menores a las encontradas en el presente estudio, sin embargo similares en cuanto a la determinación que el mayor porcentaje de gestantes, era procedente de la zona urbana (12).

Tabla 01-B. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Ocupación	n°	%
Ama de casa	112	71,3
Empleada	29	18,5
Estudiante	16	10,2
Total	157	100,0
Nivel socioeconómico	n°	%
Alto	2	1,3
Medio	8	5,1
Bajo superior	40	25,5
Bajo inferior	105	66,9
Marginal	2	1,3
Total	157	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se logra identificar que el 71,3% de gestantes son amas de casa, el 18,5% son empleadas ya sea del sector público o del sector estatal, y el 10,2% son estudiantes.

Vera (2015) encontró que el 60% de gestantes se dedicaban a actividades dentro del hogar, datos diferentes a los encontrados en el presente estudio; Naula (2017) también reportó cifras más bajas, determinando que un 46,1% de gestantes fueron amas de casa (10,13).

Las amas de casa pueden tener múltiples tareas que podrían obstaculizar acceder a una atención prenatal adecuada, pero también tienen la ventaja de no necesitar el permiso de un jefe, para acudir a sus citas de atención prenatal, aunque bien podrían necesitar el apoyo de su pareja.

También se pudo identificar en el presente estudio que la mayoría de gestantes pertenecen a un estrato socioeconómico bajo inferior con 66,9% y aunque solamente el 1,3% pertenecen a un estrato marginal, de igual forma solo el 1,3% pertenece a un estrato socioeconómico alto.

Diversos estudios señalan que el nivel socioeconómico está estrechamente vinculado al acceso del control pre natal indicando que son las gestantes más ricas las que tienen un mayor número de atenciones pre natales. De igual forma son quienes tienen

los recursos suficientes para la realización de exámenes de laboratorio como las ecografías que es la que puede determinar edad gestacional con mayor precisión, identificación de anomalías congénitas o bienestar fetal dependiendo de la etapa gestacional en la que se realice.

Las gestantes con bajos recursos por el contrario tienen que recurrir a un establecimiento de salud público, en el cual tienen que esperar por tiempo prolongado o estar sujetas a un cupo, hechos que generan ansiedad y estrés en algunas gestantes.

Tabla 02. Acceso a la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Acceso a la atención prenatal	n°	%
Atención Prenatal temprana	93	59,2
Atención Pre natal tardía	64	40,8
Total	157	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que el 59,2% de gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, tuvieron acceso a la atención pre natal de forma temprana (hasta las 12 semanas de edad gestacional), en tanto que el 40,8% accedieron a una atención prenatal tardía.

Estos datos se asemejan a los encontrados por Stein (2012) quien en su estudio encontró que un 58,3% acudió a control pre natal en forma temprana, mientras que un 41,7% lo hizo en forma tardía, con una diferencia porcentual de 0,9 puntos respectivamente; de igual forma coinciden con los reportados por Vera (2015) quien encontró que el 60% de las encuestadas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre de gestación, con una diferencia porcentual de 0,8 puntos. (7,10)

Difieren los resultados con los de Cáceres (2018) quien encontró en su estudio que el inicio tardío de la atención prenatal se dio en el 29,7% de las gestantes, cifra menor a la encontrada en el presente estudio. (34)

El hecho que la gestante acuda tempranamente a una atención prenatal es de gran relevancia ya que existe evidencia científica de que una primera visita hasta antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales, ello es comprensible ya que mientras más temprana sea la visita de la gestante, al establecimiento de salud para recibir atención prenatal, habrá mayor oportunidad de brindar asesoramiento sobre hábitos saludables, nutrición óptima de la gestante, además de identificar precozmente factores de riesgo, realizar diagnóstico temprano y brindar tratamiento oportuno de algunas patologías presentes, antes de que lleguen a complicar el embarazo, todo ello con el propósito de garantizar las mejores condiciones de salud a la madre y al feto.

Lozano (2017) afirma que la primera atención prenatal, es la más importante, ya que se conoce el diagnóstico de embarazo de la paciente. Además, se debe examinar a la paciente mediante una historia clínica, recolectando información como antecedentes familiares y personales, señala que, también se debe realizar un examen físico y algunos exámenes auxiliares según lo amerite (hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, exámenes serológicos, test de Elisa para VIH, examen de orina, Papanicolaou y ecografías obstétricas). (35)

La precocidad en la primera visita se considera un buen indicador de calidad del control prenatal. A mayor precocidad en la primera visita, mejor control de los riesgos biológicos y sociales que puedan afectar negativamente el curso del embarazo.

En cuanto al inicio tardío de la atención prenatal diversos autores sugieren que conlleva mayor probabilidad de ocasionar desenlaces negativos para madre e hijo (34).

Tabla 03. Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Número de atenciones prenatales	n°	%
1-3	80	49,0
4-6	41	26,1
6-8	36	22,9
Total	157	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla, muestran que el 49,0% de gestantes tuvieron de 1-3 atenciones prenatales, el 22,9% tuvo más de 6 y el 26,1% de 4-6.

Se considera que una atención prenatal es adecuada si la gestante ha tenido un mínimo de 6 atenciones prenatales hasta el final del embarazo; sin embargo, en la segunda mitad del embarazo (22 semanas), debiera tener al menos 04 atenciones prenatales, por lo que se discurre que en el presente estudio la mayoría de gestantes (50,9%) ha tenido una atención pre natal inadecuada.

Los datos encontrados difieren con los de: Miranda (2014) quien encontró que el 97,7% de gestantes tuvo un control prenatal adecuado; Marrugo (2015) que determinó que el 12,86% de gestantes no realizó controles óptimos; Vera (2015), él informó que el 62% de gestantes se realizó 5 o más controles prenatales y Castillo (2017) que identificó que el 53,26% de las mujeres de su estudio reportaron uso adecuado de control prenatal.(8,6,10,11)

El hecho de que, la mayoría de gestantes del presente estudio, no cuente con una atención prenatal adecuada es preocupante, por las implicancias negativas que pueden surgir en algún momento del embarazo pues la gestante ha podido iniciar su embarazo con problemas de tipo nutricional, anemia, procesos infecciosos, entre otros, y que han debido corregirse inmediatamente a fin de que el desarrollo del feto sea óptimo y se logre un estado de bienestar materno y fetal, sobre todo si la gestante se encuentra en los extremos de la vida reproductiva.

Izaguirre (2016) señala que el embarazo adolescente se asocia con un importante riesgo a la salud para las adolescentes y sus recién nacidos, se ha mencionado que contribuye a un mayor nivel de morbi-mortalidad materna y está muy relacionado a

complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que se agrava, ya que las adolescentes no buscan, ni reciben una adecuada atención prenatal. (36)

Además es durante el primer trimestre cuando se pueden realizar algunos exámenes ecográficos tendientes a identificar anomalías cromosómicas estructurales o anomalías del tubo neural.

Hernández (2010) señala que una ecografía realizada durante el primer trimestre es capaz de detectar aproximadamente 50 % de todos los defectos estructurales y 75 % de todas las aneuploidias y ya que, las alteraciones cromosómicas y las anomalías estructurales fetales son complicaciones relativamente frecuentes, es importante realizar un diagnóstico prenatal certero y precoz. Resalta además que, actualmente la evaluación integral, morfológica y fisiológica del feto durante el primer trimestre constituye el eje fundamental de la medicina fetal embrionaria. Dentro de ésta, destacan la evaluación ultrasonográfica de la translucencia nucal (TN) y la velocimetría Doppler del ductus venosus. (37)

De otra parte, existen estudios que han demostrado que el número de atenciones prenatales influyen en la presencia de morbilidad y mortalidad materna perinatal, por ello el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Ministerio de Salud (MINS) considera que es trascendental que la mujer acuda a los controles prenatales inmediatamente confirme su embarazo y en forma periódica, lo que ayudará a brindar información a las gestantes sobre los síntomas del embarazo y los signos de alarma, para que acudan a tiempo a un establecimiento de salud, así como descartar complicaciones o enfermedades, con lo cual se previenen casos de muerte materna y neonatal (38).

Tabla 04. Acceso a la atención prenatal según grupo etario, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Edad	Acceso al control prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
15-19 años	13	40,6	19	59,4	32	20,4
20-24 años	39	69,6	17	30,4	56	37,7
25-29 años	15	57,7	11	42,3	26	16,6
30-34 años	16	69,6	7	30,4	23	14,6
35+ años	10	50,0	10	50,0	20	12,7
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2= 8,850$

$p = 0,065$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que la mayoría de gestantes de los grupos etarios de 20-24; 25-29 y 30-34 años tuvieron acceso a la atención prenatal en forma temprana con 69,6%; 57,7% y 69,6%, respectivamente, en comparación a las gestantes adolescentes que accedieron, en su mayor parte, a la atención prenatal en forma tardía en 59,4%. Datos que se asemejan a los encontrados por Atienzo y cols. (2016) quienes señalan que en el Perú, el 50% de las adolescentes inició el control prenatal en el tercer mes de embarazo en comparación con la mitad de las adultas que lo inició en el segundo mes (39), ellos aseveran que a nivel internacional, se reconoce que para una adolescente el embarazo involucra mayores riesgos de salud en comparación con mujeres adultas. En Latinoamérica las menores de 16 años tienen cuatro veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con la maternidad en comparación con las de 20-24 años. En Perú, como en muchos otros países de Latinoamérica, el embarazo en adolescentes también se percibe como un problema prioritario. Desde décadas atrás se sabe que muchos de los problemas asociados al embarazo adolescente se pueden controlar con una atención prenatal adecuada, que permita identificar desde el primer trimestre del embarazo ciertas carencias y condiciones de riesgo.

Sin embargo, es preciso reflexionar en el hecho de que las adolescentes también tienen problemas sociales, uno de ellos es que el embarazo, no fue planificado, lo que conlleva a muchas de ellas a ocultarlo y obviamente tampoco van a acudir a sus atenciones prenatales, incluso, algunas nunca irán sino hasta el día del parto, unas

gozando de bienestar, pero otras con serias complicaciones obstétricas que ponen en riesgo su salud así como la de su niño por nacer.

El grupo de mujeres mayores de 35 años que asistieron tardíamente a recibir atención prenatal, puede deberse a múltiples factores entre ellos: situaciones laborales, anteriores embarazos sin complicaciones o por experiencias negativas, principalmente en el trato recibido por el personal de salud, sin embargo, estas mujeres también son proclives a tener situaciones adversas que comprometen su bienestar así como la del bebé.

Hay consenso en que la edad materna avanzada se asocia con un incremento en las complicaciones obstétricas secundario a una alta incidencia de enfermedades médicas, disminución de la reserva cardiovascular y disminución de la habilidad de adaptarse al estrés físico que afecta sensiblemente la morbilidad materno infantil (40).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre las variables acceso al control prenatal y grupo etario según $p = 0,065$; no obstante, se ha determinado, mediante la prueba de proporciones, que los grupos etáreos correspondientes a los extremos de la vida reproductiva son determinantes en el acceso a la atención prenatal según lo establece el $X^2 = 6,350$ y $p = 0,0117$.

Tabla 05. Acceso a la atención prenatal según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Grado de instrucción	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin instrucción	7	63,6	4	36,4	11	7,0
Primaria incompleta	12	80,0	3	20,0	15	9,6
Primaria completa	12	57,1	9	42,9	21	13,4
Secundaria incompleta	13	46,4	15	53,6	28	17,8
Secundaria completa	18	50,0	18	50,0	36	22,9
Superior técnica	18	75,0	6	25,0	24	15,3
Superior universitaria	13	59,1	9	40,9	22	14,0
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$\chi^2= 8,448$

$p = 0,207$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que la mayoría de gestantes, independientemente del grado de instrucción tuvieron acceso a la atención prenatal en forma temprana, con excepción de aquellas que tuvieron secundaria incompleta, que en un mayor porcentaje (53,6%) tuvieron atención prenatal tardía.

Diversos estudios señalan que la educación es un determinante social que tiene impacto sobre el uso de los servicios de atención prenatal, fundamento que no coincide con lo encontrado en el presente estudio.

Marrugo (2015) señala que el riesgo relativo de acceder a controles no óptimos de una madre con educación secundaria es 72% menor que el de una madre sin nivel educativo y que el riesgo es aún menor (90%) en comparación con las madres que tienen educación superior, información que también difiere con los resultados encontrados en la presente investigación (6).

Aparentemente, el grado de instrucción no se relaciona con el acceso a la atención prenatal probablemente porque existen otros factores que permitieron que la gestante acuda oportunamente a controlar su embarazo, como el apoyo de padres y/o familiares, el buen trato del personal de salud en anteriores embarazos, etc. Tal y como lo señala Araujo y cols. (2014) en su estudio que el buen trato del personal ayuda en un 68% al inicio de la atención prenatal (12).

Tabla 06. Acceso a la atención prenatal según estado civil, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Estado civil	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Soltera	12	66,7	6	33,3	18	11,5
Casada	7	58,3	5	41,7	12	7,6
Conviviente	74	58,3	53	41,7	127	80,9
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$\chi^2 = 0,465$

$p = 0,793$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se consigue apreciar en la presente tabla que las gestantes solteras en su mayoría (66,7%) acudieron a la atención prenatal en forma temprana de igual forma las casadas y convivientes en porcentajes similares (58,3%).

En varios estudios se ha encontrado que el estado conyugal no estable se asocia a mayores tasas de fracaso en la atención prenatal (22), premisa que diverge de los resultados encontrados en la presente investigación.

Las gestantes que han iniciado atenciones prenatales tempranamente, independientemente de su estado civil lo han hecho motivadas por otros factores o en muchos casos por presentar cuadros clínicos de patologías que solamente podían ser tratadas en el establecimiento de salud.

Araujo (2014) en su estudio encontró que, el 78% iniciaron su atención prenatal por problemas de salud (12).

Las gestantes casadas y convivientes al sentirse apoyadas por su pareja tienen una motivación para acudir tempranamente a sus atenciones prenatales, y bien podría ser que las solteras del presente estudio, también han tenido apoyo por parte de sus padres o familiares.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables acceso a la atención prenatal y el estado civil según $p = 0,793$.

Tabla 07. Acceso a la atención prenatal según procedencia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Procedencia	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Urbana	82	58,2	59	41,8	141	89,8
Rural	11	68,8	5	31,3	16	10,2
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 0,668$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$p = 0,414$

Puede notarse en los presentes datos que son las gestantes de la zona rural las que, en un mayor porcentaje (68,8%) tuvieron acceso a la atención prenatal tempranamente, en comparación a las gestantes procedentes de la zona urbana (58,2%).

Estos datos obedecen, probablemente, al hecho de la poca diferencia cultural que existe entre la zona rural y la urbana, en la jurisdicción del Centro de Salud La Tulpuna y al número reducido de gestantes procedentes de la zona rural, que conformaron la muestra (16), en comparación a las gestantes de la zona urbana (141).

El hecho de que las gestantes acudieran tardíamente a la atención prenatal tanto de la zona urbana como rural, puede estar relacionado al tiempo prolongado de espera para la atención, el percibimiento de diferencias en la atención por parte del personal que atiende, o la falta de conocimientos sobre la importancia del control prenatal.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables acceso a la atención prenatal y la procedencia según lo establece $p = 0,414$.

Tabla 08. Acceso a la atención prenatal según nivel socioeconómico, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Nivel socioeconómico	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Alto	1	50,0	1	50,0	2	1,3
Medio	6	75,0	2	25,0	8	5,1
Bajo superior	23	57,5	17	42,5	40	25,5
Bajo inferior	62	59,0	43	41,0	105	66,9
Marginal	1	50,0	1	50,0	2	1,3
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 1,016$

$p = 0,907$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 08 se observa que la mayoría de las gestantes de los diferentes estratos socioeconómicos tuvieron acceso a la atención prenatal en forma temprana, determinándose que la variable nivel socioeconómico no fue significativa en el acceso a la atención prenatal.

Este resultado difiere a lo dicho por Cáceres (2018) quien señala que, el inicio tardío está asociado con vivir en estrato socioeconómico bajo (34).

El nivel socioeconómico al igual que el nivel educativo son determinantes sociales de la salud, por ende están estrechamente vinculados a la toma de decisión para el autocuidado de su salud, que en el embarazo corresponde al control prenatal, considerando que las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos en su mayoría también tienen niveles educativos bajos, factores que de alguna manera disminuyen el compromiso que tienen las gestantes de acudir tempranamente a la atención prenatal; no así quienes pertenecen a un estrato socioeconómico de mayor nivel; sin embargo en el presente estudio no ha existido mucha diferencia entre las gestantes de bajo y alto o medio nivel socioeconómico en cuanto a la asistencia temprana a la atención prenatal probablemente debido a la influencia ejercida por el personal de salud.

El inicio temprano de la atención prenatal se considera predictor de adherencia al programa, es decir que se puede tener la seguridad de que la gestante acudirá a sus controles en cada cita que le proporcione el personal que le está brindando la atención prenatal, no así, quienes asisten tardíamente a la atención prenatal, quienes

probablemente tengan atenciones prenatales mínimamente, lo que conlleva al aumento de la morbilidad y mortalidad materna, ya que no se pueden identificar, los factores de riesgo presentes en una gestante, y tratar las complicaciones.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables nivel socioeconómico y acceso al control prenatal, según lo estipula $p = 0,907$.

Tabla 09. Número de atenciones prenatales según grupo etéreo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Edad	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
15-19 años	18	56,2	9	28,1	5	15,6	32	20,4
20-24 años	30	53,6	11	19,6	15	26,8	56	35,7
25-29 años	14	53,8	4	15,4	8	30,8	26	16,6
30-34 años	8	34,8	9	39,1	6	26,1	23	14,6
35+ años	10	50,0	8	40,0	2	10,0	20	12,7
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$\chi^2= 9,903$

$p = 0,272$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 09 se logra evidenciar que el 30,8% de gestantes del grupo etario de 25-29 años tuvieron 6 o más atenciones prenatales; seguido de los grupos etarios de 20-24 años y 30-34 años con 26,8% y 26,1%, respectivamente. Solamente el 10% de gestantes mayores de 40 años alcanzó este número de atenciones, de igual forma, solamente el 15,6% de gestantes del grupo de 15-19 años (adolescentes) llegó a tener 6 o + atenciones.

Estos datos coinciden con lo reportado por Arispe (2011) que menciona que en cuanto a la edad materna, no encontró diferencia significativa entre los grupos etarios, y al parecer no es un factor importante para obtener un control prenatal óptimo (22), pero difieren con lo reportado por Marrugo (2015) quien afirma que a mayor edad, mayor sea la frecuencia con que realicen los controles prenatales (6).

Los resultados encontrados se deben precisamente por el hecho de que las gestantes adolescentes iniciaron sus atenciones prenatales de manera tardía, al igual que las mujeres mayores de 35 años; sin embargo, es preocupante reconocer que las gestantes de los grupos etarios correspondientes a los extremos de la vida reproductiva, sean quienes tengan menores porcentajes de atenciones prenatales óptimas, ya que son ellas las más propensas a tener complicaciones obstétricas que incluso podría ocasionarles la muerte como es el caso de la pre eclampsia cuyos factores de riesgo son precisamente estos grupos.

Las atenciones prenatales son fundamentales para comprobar el desarrollo del embarazo, reducir el riesgo de partos pre término y detectar a tiempo cualquier anomalía que pudiera hacerse presente, tanto en la madre como en el bebé

El Ministerio de Salud, Según Norma Técnica de Salud considera una gestante “controlada” si tiene seis o más controles y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante (23). Sin embargo, es preciso mencionar que la Organización Mundial de la salud actualizó sus directrices, duplicando a ocho como el número mínimo de atenciones prenatales afirmando que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. (19).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables número de atenciones prenatales y edad, según lo establece $p = 0,272$.

Tabla 10. Número de atenciones prenatales según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Grado de instrucción	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Sin instrucción	5	45,5	5	45,5	1	9,1	11	7,0
Primaria incompleta	4	26,7	7	46,7	4	26,7	15	9,6
Primaria completa	11	52,4	6	28,6	4	19,0	21	13,4
Secundaria incompleta	18	64,3	5	17,9	5	17,9	28	17,8
Secundaria completa	20	55,6	8	22,8	8	22,2	36	22,9
Superior técnica	12	50,0	5	20,8	7	29,2	24	15,3
Superior universitaria	10	45,5	5	22,7	7	31,8	22	14,0
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$\chi^2= 11,050$

$p= 0,525$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que en un mayor porcentaje (31,8%) las gestantes con grado de instrucción superior universitaria fueron las que tuvieron 6 o más atenciones prenatales, seguido del grupo de gestantes con superior técnica (29,2%); sin embargo, solamente el 9,1% de gestantes sin instrucción también tuvieron este número ideal de atenciones prenatales.

Es conocido que a mayor nivel educativo hay una mayor preocupación por el autocuidado de la salud. La atención prenatal inadecuada conlleva a mayores tasas de partos pre-término, retardo de crecimiento intrauterino, pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal, además, se teoriza que a mayor grado de escolaridad, mayor es la conciencia sobre la importancia de asistir a los controles prenatales (6).

Arispe (2011) en su estudio encontró que las pacientes que tenían secundaria completa o estudios superiores presentaban mayor número de Controles pre natales (22).

Tabla 11. Número de atenciones prenatales según estado civil, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Estado civil	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera	12	66,7	3	16,7	3	16,7	18	11,5
Casada	5	41,6	2	16,7	5	41,7	12	7,6
Conviviente	63	49,6	36	28,3	28	22,0	127	80,9
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$X^2= 4,577$

$p= 0,334$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos permiten apreciar que fueron las gestantes que manifestaron ser casadas, las que asistieron a más de 6 atenciones prenatales en un mayor porcentaje (41,7%) respecto a las convivientes (22%) y las solteras (16,7%), estas últimas solamente tuvieron entre 1-3 atenciones prenatales en 66,7%, dato que coincide con lo que señala Córdova y cols. (2012), que existen estudios donde se encontraron que las mujeres que tienen el estado civil soltera tienen mayor riesgo de tener un control prenatal incompleto.

La mujer con estado civil soltera, sobre todo si es adolescente y está gestando por primera vez va a tener múltiples barreras para acudir a sus atenciones prenatales de forma temprana y por ende de completar el número ideal de estas, muchas son abandonadas por su pareja, no tienen el apoyo de sus padres o se encuentran estudiando, otras asumen un nuevo rol de esposas en el seno de la familia política y no tienen el apoyo suficiente para ir a controlar su embarazo y otras no tienen el conocimiento de la importancia del control prenatal.

Ponce (2013) encontró que las gestantes solteras y convivientes tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (71,1% y 60,8% respectivamente); y las casadas son las que más asisten respecto a los otros estados civiles (56,%) ($p=0.0199$). Las gestantes solteras, se constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=3.0$, $IC95\% 1.5 < OR < 7.3$). El no tener una pareja estable conlleva a experimentar inseguridad emocional y económica, y la mujer tiene que asumir sola la responsabilidad del mantenimiento y cuidado del hijo, que dada la

complejidad de esta responsabilidad puede conllevarle a la no-satisfacción de las necesidades, cuidados y estimulación que necesita (14).

Tabla 12. Número de atenciones prenatales según procedencia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Procedencia	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Urbana	70	49,6	38	27,0	33	23,4	141	89,8
Rural	10	62,5	3	18,8	3	18,8	16	10,2
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$\chi^2 = 0,972$

$p = 0,615$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se aprecia en la presente tabla que las gestantes de la zona urbana tuvieron de 6 a más atenciones prenatales con 23,4%; en tanto que las gestantes procedentes de la zona rural tuvieron este número de atenciones solamente en el 18,8%. Aunque no es significativa la diferencia entre ambos grupos, sin embargo las gestantes de la zona urbana viven más cerca al establecimiento de salud, hecho que facilita la asistencia a las atenciones prenatales.

El porcentaje de gestantes que solamente han tenido 1-3 atenciones prenatales es elevado (62,5%). Al respecto se pueden plantear algunas hipótesis que involucran diversos factores correspondientes a la propia gestante o al sistema sanitario: aquellos que corresponden a la gestante puede ser: el bajo conocimiento de la importancia de las atenciones prenatales o patrones culturales arraigados; y los correspondientes al sistema sanitario, la captación tardía de las gestantes aunado a la deficiente información sobre la importancia de monitorear el embarazo y la falta de un seguimiento estricto por parte del profesional de salud encargado de la salud materna. Lo cierto es que, en este grupo de gestantes se incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas como la preeclampsia, parto pre término, rotura prematura de membranas entre otras, que a su vez incrementan los índices de morbilidad materna y perinatal.

Idrogo (2014) señala que, las madres que proceden de la zona rural tienen 2 veces más, el riesgo de presentar morbilidad perinatal que aquellas madres que proceden de zona urbana (41).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables procedencia y número de atenciones prenatales según lo estable $p = 0,615$.

Tabla 13. Número de atenciones prenatales según nivel socioeconómico, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Nivel socioeconómico	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Alto	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	1,3
Medio	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8	5,1
Bajo superior	17	42,5	11	27,5	12	30,0	40	25,5
Bajo inferior	58	55,3	26	24,8	21	20,0	105	66,9
Marginal	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	1,3
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$\chi^2 = 31,550$

$p = 0,002$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que las gestantes con un nivel socioeconómico alto tuvieron de 6 a más atenciones prenatales, aquellas con nivel bajo superior también tuvieron este número de atenciones en el 25%, las de nivel bajo inferior de igual forma, en el 20%; sin embargo ninguna gestante de nivel socioeconómico marginal logró tener este número de atenciones. Es decir, que a mayor nivel socioeconómico mayor número de atenciones prenatales.

Es conveniente analizar la situación de las gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico medio que tuvieron solamente de 1-3 atenciones prenatales en un 50%, pues es un nivel en el que probablemente las gestantes pueden ir a una clínica particular y solicitar atención de tal forma que la asistencia al Centro de salud es mínima, pero también es importante tener en cuenta el 20% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico bajo inferior que tuvieron más de 6 atenciones prenatales, probablemente por experiencias anteriores o porque han asumido la responsabilidad plena de su embarazo y saben que deben ser asistidas para que el desarrollo de este sea normal.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según lo establece $p = 0,002$

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de gestantes en el presente estudio que accedieron a la atención del control prenatal, perteneció al grupo etario de 20-34 años, la mayoría tuvo secundaria completa, convivientes, procedentes de la zona urbana, amas de casa y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo inferior (D).
2. La mayoría de gestantes acudió a la atención prenatal en forma temprana.
3. La mayoría de gestantes tuvo una asistencia prenatal inadecuada, considerando el número ideal de atenciones prenatales.
4. Solamente se encontró asociación significativa entre las variables número de atenciones prenatales y el nivel socioeconómico .

SUGERENCIAS

Al concluir la presente investigación se sugiere:

1. A los profesionales de salud, encargados de la salud materna del Centro de Salud la Tulpuna realizar campañas de salud materna enfatizando la importancia de las asistencias prenatales.
2. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, cultivar en los estudiantes la responsabilidad de monitorear un embarazo desde la primera vez que acude la gestante al establecimiento de salud hasta su culminación.
3. A los futuros tesisistas, realizar investigaciones sobre el mismo tema, pero con poblaciones mayores que aporten resultados más confiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS publica recomendaciones para mejorar los cuidados prenatales. Nota de prensa. Ginebra - Suiza; 2016.
2. Gómez F, Marrugo, C, Flores Á, López K, Mazanett E, Orozco J, Alvis N. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. *Salud Pública mexicana*. 2017; 59: p. 176-182.
3. Dansereau E. et al. Cobertura y oportunidad de la atención pre natal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica. Nota técnica I. Panamá: Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard; 2017.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de salud Familiar. Informe técnico. Lima; 2013.
5. Mayorga A. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.E. San Cristóbal, Bogotá. Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Magíster en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
6. Marrugo C, Moreno D, Salcedo F, Marrugo V. Determinantes del acceso a la atención pre natal en Colombia. *CES salud pública*. 2015; 6: p. 5-11.
7. Stein A, Ferreira A. Accesibilidad al primer control de embarazo en un Centro de Salud de la ciudad de Montevideo. *Revistas de la Universidad Católica del Uruguay*. 2012; 1(1): p. 11-19.
8. Miranda C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo. *Salud Uninorte Barranquilla*. 2016; 32(3).
9. Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arango F, Valencia J. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociadas al acceso al control pre natal. *Hacia la promoción de la salud*. 2014; 19(1): p. 84-98.
10. Vera K, Sánchez I. Factores socioculturales y su relación con el cumplimiento del control pre natal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo los Ríos. tesis de grado previo a la obtención del título de obstetrix u obstetra. Guayaquil: Universidad Técnica de Babahoyo; 2015.

11. Castillo I, Fortich L, Padilla j, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017; 33(1).
12. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *revista de la Facultad de medicina*. 2017 Noviembre 8: p. 305-310.
13. Naula M, Pacheco M. Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal. Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
14. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash - Perú. Tesis. Ancash: Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa; 2013.
15. Meza S. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - El Agustino. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017.
16. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60(2).
17. Villa P. Atención prenatal reenfocada. Artículo de revisión. Cartagena - Colombia; 2013.
18. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Primera ed. Buenos Aires: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2013.
19. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Artículo original. Ginebra 27 - Suiza; 2016.
20. Restrepo J, Silva M, Andrade F, Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13(27): p. 242-265.
21. Zafra J, Retuerto M, carrasco L, Paredes R. Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo. Lamas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 61(1).
22. Arispe C, Salgado M, González C, Luis J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Médica Herediana*. 2011; 22(4).
23. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud N° 105: atención integral de salud materna. Norma técnica. Lima - Perú; 2016.

24. Hernández L. La edad biológica Vs. la edad cronológica: reflexiones para la Antropología física. Tesis para optar al grado de doctora en Antropología. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
25. Secretaría de Educación Pública. Glosario de educación Superior. informe técnico. México; 2012.
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones básicas y temas educativos investigados. Informe técnico. Lima; 2014.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones censales básicas. Informe técnico. Lima; 2007.
28. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2013; 6(1).
29. Verano P. Aspectos socioeconómicos de los alumnos de pregrado. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
30. Rizo F. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Tesis doctoral. España: Universitat d' Alacant, Departamento de Farmacología, pediatría y Química Orgánica; 2013.
31. Huapalla R. Extremos de la vida reproductiva como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en gestantes del servicio de Gineco obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015.
32. Gumá J, Arpino B, Solé A. Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. Gaceta Sanitaria. 2018.
33. Simó C, Hernández A, Muñoz D, González M. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. Revista española de Investigaciones Sociológicas. 2015; 151: p. 141-166.
34. Cáceres F, Ruiz M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018 Enero - marzo; 69: p. 22-31.
35. Lozano O. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
36. Izaguirre A. et al. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. Archivos de medicina. 2016; 12(4): p. 3.
37. Hernández J. Evaluación de la translucencia del pliegue nucal en la detección de aneuploidías. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010; LXVII(594): p. 385-390.

38. Flores S. Nivel de conocimiento sobre la atención prenatal en mujeres de 20 a 40 años de edad. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2017.
39. Atienzo E, Suárez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. Revista Médica Herediana. 2016; 27(3).
40. Bosmediano N. Factores de riesgo en pacientes gestantes añosas con preeclampsia en Hospital III Iquitos - EsSalud. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano General. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
41. Idrogo S. Control prenatal y su relación con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre de 2013. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad:

15-19 años () 20-24 años () 25-29 años ()
30-34 años () 35-39 años () 40-44 años ()

Grado de instrucción

Sin nivel educativo () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior técnica ()
Superior universitaria ()

Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

Procedencia

Zona urbana () Zona rural ()

Ocupación

Ama de casa () Empleada del hogar ()
Trabajadora del estado () Trabajadora de empresa privada ()
Trabajadora independiente () Estudiante () Otro ()

Nivel socioeconómico

NSE alto () NSE medio () NSE bajo superior ()
NSE bajo inferior () NSE marginal ()

II ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL

Primera atención prenatal:

Antes o a las 12 semanas de edad gestacional ()
Después de las 12 semanas de edad gestacional ()

N° de atenciones prenatales

1-3 () 4-6 () +6-8 ()

Atención prenatal adecuada u óptima ()

Atención prenatal inadecuada ()

ANEXO 02

EVALUACIÓN DE NIVELES SOCIOECONÓMICOS (APEIM) VERSIÓN MODIFICADA

Niveles	NSE A	NSE B	NSE C	NSE D	NSE E
VARIABLES	Alto/medio alto	Medio	Bajo superior	Bajo inferior	Marginal
Instrucción del jefe de familia	Doctorado	Estudios Universitarios completos	Universitarios incompletos	Secundaria completa	Sin estudios
	Diplomado		Superior no universitario completo		Primaria incompleta
	Posgrado (Máster)		Superior no universitario incompleto		Primaria completa
					Secundaria completa
Consulta Médica	Médico particular en clínica privada	Médico particular en consultorio	Seguro social/Hospital FFAA/hospital de la policía	Hospital del Ministerio de Salud/ Hospital de la solidaridad	Posta médica/farmacia/naturista
N° promedio de habitantes	1-2 personas	3-4 personas	5-6 personas	7-8 personas	9 o más personas
Material predominante en pisos	Parqué/laminado/mármol/alfombra	Cerámica/madera pulida/mayólica/loseta/mosaico	Cemento pulido	Cemento sin pulir	Tierra/arena
N° promedio de habitaciones	5 o más	4	3	2	1-0
Ingreso económico	5127 – 10,622 o + soles/mes aproximadamente	3263 - 5126 soles/mes aproximadamente	1993 – 3261 soles/mes aproximadamente	Entre 1028 – 1992 soles/mes aproximadamente	Menos de 1027 soles/mes aproximadamente

Interpretación

Niveles	Nivel socioeconómico	Categoría	Puntaje versión original APEIM 2008-2009
1	A	Alto	22-25 puntos
2	B	Medio	18-21 puntos
3	C	Bajo superior	13-17 puntos
4	D	Bajo inferior	9-12 puntos
5	E	Marginal	5-8 puntos

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la gestante:.....

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le solicita que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Cajamarca,..... dede 2018

Firma de la gestante

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL. CENTRO DE SALUD LA TULPUNA -CAJAMARCA, 2018

¹Céspedes Vásquez, Cynthia Mardely; ²Obsta. Dra. Julia Elizabeth, Quispe Oliva (asesora)

1 Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca

2 Docente principal a tiempo parcial en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia

RESUMEN: El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna. Metodología. El estudio fue no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional, se realizó en una muestra de 157 gestantes que acudieron en el tercer trimestre de gestación a su atención prenatal al Centro de Salud La Tulpuna. Resultados: el 35,7% de gestantes perteneció al grupo etáreo de 20-24 años; el 22,9% tuvo secundaria completa, el 80,9% son convivientes; proceden de la zona urbana en 88,5%; en su mayoría (71,3%) son amas de casa y el 66,9% pertenece al nivel socioeconómico marginal (E). Conclusión: se determinó que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según $p = 0,002$.

Palabras clave: factores sociodemográficos, acceso, atención prenatal y gestante.

ABSTRACT: The World Health Organization (WHO) points out that pregnant women should be able to access appropriate care at the right time. The objective of the present investigation was to determine the associated sociodemographic factors that determine access to prenatal care in pregnant women attended at the La Tulpuna Health Center. Methodology. The study was non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational. It was carried out in a sample of 157 pregnant women who attended their prenatal care at the Tulpuna Health Center in the third trimester of pregnancy. Results: 35.7% of pregnant women belonged to the age group of 20-24 years; 22.9% had full secondary school, 80.9% are cohabitants; they come from the urban area in 88.5%; the majority (71.3%) are housewives and 66.9% belong to the marginal socioeconomic level (E). Conclusion: it was determined that there is a significant association between the variables socioeconomic level and number of prenatal care according to $p = 0.002$.

Key words: sociodemographic factors, access, prenatal and pregnant care.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es tradicionalmente concebido como un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones que suelen presentarse en este periodo y que pueden deteriorar el bienestar de la madre y del niño por nacer, se considera que debe ser vigilado para identificar precozmente diferentes factores de riesgo y prevenir futuras patologías.

La mejor forma de vigilar el desarrollo de un embarazo es a través de la atención prenatal, diseñada para evaluar el riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, parto y puerperio; sin embargo, muchas gestantes no acuden a realizar sus atenciones, debido a diversos factores sociodemográficos como edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación o nivel socioeconómico que van a determinar de una u otra manera el acceso a la atención prenatal.

A partir de estas premisas es que se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, obteniendo como resultados que la mayoría de gestantes tuvieron acceso a la atención prenatal de forma temprana y la mayoría tuvo entre 4-6 atenciones.

Se determinó que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según el coeficiente de correlación $p = 0,002$.

METODOLOGÍA

El diseño y tipo de estudio fue no experimental, de corte transversal; de tipo descriptivo correlacional. Dicho estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud La Tulpuna. Estuvo compuesta por cada una de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna durante el año 2017 que según el libro de registros es de 784 gestantes. El tamaño de la muestra se calculó utilizando el muestreo probabilístico con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%, al realizar el cálculo la muestra estuvo compuesta por 157 gestantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01-A. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Edad	n°	%
15-19 años	32	20,4
20-24 años	56	35,7
25-29 años	26	16,6
30-34 años	23	14,6
35 - + años	20	12,7
Total	157	100,0
Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	11	7,0
Primaria incompleta	15	9,6
Primaria completa	21	13,4
Secundaria incompleta	28	17,8
Secundaria completa	36	22,9
Superior técnica	24	15,3
Superior universitaria	22	14,0
Total	156	100,0
Estado civil	n°	%
Soltera	18	11,5
Casada	12	7,6
Conviviente	127	80,9
Total	157	100,0
Procedencia	n°	%
Urbana	139	88,5
Rural	18	11,5
Total	157	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra observar en la presente tabla que el mayor porcentaje de gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, pertenece al grupo etario de 20-34 años con 66,9%; un significativo porcentaje (20,4%) son adolescentes, y el 12,7% son gestantes de 35 años a más. Datos similares a los reportados por Rivera (2014) (1) quien determinó el grupo comprendido entre los 20 y 29 años representó un alto porcentaje (53,2%) con una diferencia porcentual de solamente 0,6 puntos. De igual forma coinciden con los datos encontrados por Naula (2017) (2) quien informó en su estudio que el 20,3% de gestantes pertenecieron al grupo etario de 15-19 años con una diferencia porcentual de 0,1 puntos; sin embargo difieren con los de Vera (2015) (3), él reporta cifras de 37% para el grupo etario de 15-20 años y de 16% para el grupo de 20-25 años.

La edad cobra importancia ya que cuando el embarazo se establece en los extremos de la vida reproductiva, adolescentes y mujeres mayores de 35 años, puede tener complicaciones de mucha significancia.

La adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, la adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. El embarazo representa una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista clínico, obstétrico y perinatal, lo que tienen mayor significado cuanto más temprana sea la edad de la adolescente.

Jacobson (2004) referido por Rizo (2013) (4), reportó un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años. Respecto al crecimiento fetal, la tasa de los nacidos pequeños para la edad gestacional es 66% más lata en mujeres mayores de 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años.

Huapalla (2017) (5) señala que las edades extremas de la vida reproductiva son un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, la cual, a su vez, puede generar complicaciones materno-perinatales y Adrián (2017) (6) por su parte informa que, la pre eclampsia severa en las edades extremas es aproximadamente del 10%.

En cuanto al grado de instrucción, el mayor porcentaje de gestantes manifestó tener secundaria con 40,7% ya sea secundaria incompleta (17,8%) o secundaria completa (22,9%). Es importante resaltar que

un significativo porcentaje, 29,3% de gestantes tiene estudios superiores ya sean técnicos o universitarios.

Los presentes datos difieren con los reportados por Vera (2015) (3) que reporta datos que el 64% de gestantes tenía secundaria y Naula (2017) (2) que encontró que el 40,6% de gestantes tenía secundaria incompleta De igual forma Stein (2012) (7) encontró en su estudio que tanto las gestantes que asistieron a la atención prenatal precozmente como aquellas que lo hicieron de forma tardía presentaban como máximo nivel educativo la secundaria incompleta con 78,3% y 79,4%, respectivamente.

El nivel educativo es un determinante muy importante de la salud ya que, este permite, entre otras cosas, tener hábitos saludables, mejorar el estado nutricional y en la gestación, cuidar su embarazo, acudir a sus atenciones prenatales y prepararse para tener un parto en buenas condiciones.

Gumá (2016) (8) afirma que, la asociación entre salud y educación ha sido bien probada por la capacidad de esta última para definir los niveles de estratificación social. Aquellos grupos poblacionales definidos por su bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja en salud, aunque con diferencias entre países debido a sus especificidades en cuanto a comportamientos saludables o políticas públicas.

Referente al estado civil, el 80,9% de las gestantes son convivientes, solamente el 7,6% dijo ser casadas y el 11,5% manifestó ser solteras. Estos datos son disímiles a los encontrados por Vera (2015) (3), él encontró que el 58% de gestantes vivía en unión libre, y el 20% eran casadas.

El estado de convivencia o unión de hecho es una situación, en la actualidad, bastante común e inclusive elegible por algunas mujeres, además de que otorga los mismos derechos que un matrimonio legal, pero además, el estado de convivencia en pareja evidencia un mejor estado de bienestar.

Simó y cols. (2015) (9) sostienen que existen evidencias que tienden a mostrar que el la convivencia en pareja proporciona estabilidad social y emocional, y que podría representar un antídoto contra la enfermedad, al igual que otros tipos de relaciones de sociabilidad.

Otro factor es la procedencia y se logra evidenciar que el 88,5% de gestantes proceden de la zona urbana y solamente el 11,5% proceden de la zona rural, ello porque en la actualidad la localidad de la Tulpuna se ha categorizado como zona urbana y quienes acuden al establecimiento son las gestantes pertenecientes a la jurisdicción, son pocas las que llegan de zonas más alejadas que si pertenecen a la zona rural y que podrían dificultar el acceso a la atención prenatal.

Estos datos difieren con los reportados por Vera (2015) (3) quien determinó que el 40% de embarazadas habitaban en el área urbano marginal frente al 22% que procedían del área rural.

García (2017) (10) en su estudio encontró que el 74,4% habitaba en zona urbana y el 25,6% en zona rural, cifras menores a las encontradas en el presente estudio, sin embargo similares en cuanto a la determinación que el mayor porcentaje de gestantes, era procedente de la zona urbana.

Tabla 01-B. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Ocupación	n°	%
Ama de casa	112	71,3
Empleada	29	18,5
Estudiante	16	10,2
Total	157	100,0
Nivel socioeconómico	n°	%
Alto	2	1,3
Medio	8	5,1
Bajo superior	40	25,5
Bajo inferior	105	66,9
Marginal	2	1,3
Total	157	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se logra identificar que el 71,3% de gestantes son amas de casa, el 18,5% son empleadas ya sea del sector público o del sector estatal, y el 10,2% son estudiantes.

Vera (2015) (3) encontró que el 60% de gestantes se dedicaban a actividades dentro del hogar, datos diferentes a los encontrados en el presente estudio; Naula (2017) (2) también reportó cifras más bajas, determinando que un 46,1% de gestantes fueron amas de casa.

Las amas de casa pueden tener múltiples tareas que podrían obstaculizar acceder a una atención prenatal adecuada, pero también tienen la ventaja de no necesitar el permiso de un jefe, para acudir a sus citas de atención prenatal, aunque bien podrían necesitar el apoyo de su pareja.

También se pudo identificar en el presente estudio que la mayoría de gestantes pertenecen a un estrato socioeconómico bajo inferior con 66,9% y aunque solamente el 1,3% pertenecen a un estrato marginal, de igual forma solo el 1,3% pertenece a un estrato socioeconómico alto.

Diversos estudios señalan que el nivel socioeconómico está estrechamente vinculado al acceso del control pre natal indicando que son las gestantes más ricas las que tienen un mayor número de atenciones pre natales. De igual forma son quienes tienen los recursos suficientes para la realización de exámenes de laboratorio como las ecografías que es la que puede determinar edad gestacional con mayor precisión, identificación de anomalías congénitas o bienestar fetal dependiendo de la etapa gestacional en la que se realice.

Las gestantes con bajos recursos por el contrario tienen que recurrir a un establecimiento de salud público, en el cual tienen que esperar por tiempo prolongado o estar sujetas a un cupo, hechos que generan ansiedad y estrés en algunas gestantes.

Tabla 02. Acceso a la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Acceso a la atención prenatal	n°	%
Atención Prenatal temprana	93	59,2
Atención Pre natal tardía	64	40,8
Total	157	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que el 59,2% de gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, tuvieron acceso a la atención pre natal de forma temprana (hasta las 12 semanas de edad gestacional), en tanto que el 40,8% accedieron a una atención prenatal tardía.

Estos datos se asemejan a los encontrados por Stein (2012) (7) quien en su estudio encontró que un 58,3% acudió a control pre natal en forma temprana, mientras que un 41,7% lo hizo en forma tardía, con una diferencia porcentual de 0,9 puntos respectivamente; de igual forma coinciden con los reportados por Vera (2015) (3) quien encontró que el 60% de las encuestadas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre de gestación, con una diferencia porcentual de 0,8 puntos.

Difieren los resultados con los de Cáceres (2018) (11) quien encontró en su estudio que el inicio tardío de la atención prenatal se dio en el 29,7% de las gestantes, cifra menor a la encontrada en el presente estudio.

El hecho que la gestante acuda tempranamente a una atención prenatal es de gran relevancia ya que existe evidencia científica de que una primera visita hasta antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales, ello es comprensible ya que mientras más temprana sea la visita de la gestante, al establecimiento de salud para recibir atención prenatal, habrá mayor oportunidad de brindar asesoramiento sobre hábitos saludables, nutrición óptima de la gestante, además de identificar precozmente factores de riesgo, realizar diagnóstico temprano y brindar tratamiento oportuno de algunas patologías presentes, antes de que lleguen a complicar el embarazo, todo ello con el propósito de garantizar las mejores condiciones de salud a la madre y al feto.

Lozano (2017) (12) afirma que la primera atención prenatal, es la más importante, ya que se conoce el diagnóstico de embarazo de la paciente. Además, se debe examinar a la paciente mediante una historia clínica, recolectando información como antecedentes familiares y personales, señala que, también se debe realizar un examen físico y algunos exámenes auxiliares según lo amerite (hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, exámenes serológicos, test de Elisa para VIH, examen de orina, Papanicolaou y ecografías obstétricas).

La precocidad en la primera visita se considera un buen indicador de calidad del control prenatal. A mayor precocidad en la primera visita, mejor control de los riesgos biológicos y sociales que puedan afectar negativamente el curso del embarazo.

Cáceres (2018) (11) En cuanto al inicio tardío de la atención prenatal diversos autores sugieren que conlleva mayor probabilidad de ocasionar desenlaces negativos para madre e hijo.

Tabla 03. Número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Número de atenciones prenatales	n°	%
1-3	80	49,0
4-6	41	26,1
6-8	36	22,9
Total	157	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla, muestran que el 49,0% de gestantes tuvieron de 1-3 atenciones prenatales, el 22,9% tuvo más de 6 y el 26,1% de 4-6.

Se considera que una atención prenatal es adecuada si la gestante ha tenido un mínimo de 6 atenciones prenatales hasta el final del embarazo; sin embargo, en la segunda mitad del embarazo (22 semanas), debiera tener al menos 04 atenciones prenatales, por lo que se discurre que en el presente estudio la mayoría de gestantes (50,9%) ha tenido una atención prenatal inadecuada.

Los datos encontrados difieren con los de: Miranda (2014) (13) quien encontró que el 97,7% de gestantes tuvo un control prenatal adecuado; Marrugo (2015) (14) que determinó que el 12,86% de gestantes no realizó controles óptimos; Vera (2015) (3), él informó que el 62% de gestantes se realizó 5 o más controles prenatales y Castillo (2017) (15) que identificó que el 53,26% de las mujeres de su estudio reportaron uso adecuado de control prenatal.

El hecho de que, la mayoría de gestantes del presente estudio, no cuente con una atención prenatal adecuada es preocupante, por las implicancias negativas que pueden surgir en algún momento del embarazo pues la gestante ha podido iniciar su embarazo con problemas de tipo nutricional, anemia, procesos infecciosos, entre otros, y que han debido corregirse inmediatamente a fin de que el desarrollo del feto sea óptimo y se logre un estado de bienestar materno y fetal, sobre todo si la gestante se encuentra en los extremos de la vida reproductiva.

Izaguirre (2016) (16) señala que el embarazo adolescente se asocia con un importante riesgo a la salud para las adolescentes y sus recién nacidos, se ha mencionado que contribuye a un mayor nivel de morbi-mortalidad materna y está muy relacionado a complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que se agrava, ya que las adolescentes no buscan, ni reciben una adecuada atención prenatal.

Además es durante el primer trimestre cuando se pueden realizar algunos exámenes ecográficos tendientes a identificar anomalías cromosómicas estructurales o anomalías del tubo neural.

Hernández (2010) (17) señala que una ecografía realizada durante el primer trimestre es capaz de detectar aproximadamente 50 % de todos los defectos estructurales y 75 % de todas las aneuploidias y ya que, las alteraciones cromosómicas y las anomalías estructurales fetales son complicaciones relativamente frecuentes, es importante realizar un diagnóstico prenatal certero y precoz. Resalta además que, actualmente la evaluación integral, morfológica y fisiológica del feto durante el primer trimestre constituye el eje fundamental de la medicina fetal embrionaria. Dentro de ésta, destacan la evaluación ultrasonográfica de la translucencia nucal (TN) y la velocimetría Doppler del ductus venosus.

Flores (2017) (18) el número de atenciones prenatales influyen en la presencia de morbilidad y mortalidad materna perinatal, por ello el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Ministerio de Salud (MINS) considera que es trascendental que la mujer acuda a los controles prenatales inmediatamente confirme su embarazo y en forma periódica, lo que ayudará a brindar información a las gestantes sobre los síntomas del embarazo y los signos de alarma, para que acudan a tiempo a un establecimiento de salud, así como descartar complicaciones o enfermedades, con lo cual se previenen casos de muerte materna y neonatal.

Tabla 04. Acceso a la atención prenatal según grupo etario, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Edad	Acceso al control prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
15-19 años	13	40,6	19	59,4	32	20,4
20-24 años	39	69,6	17	30,4	56	37,7
25-29 años	15	57,7	11	42,3	26	16,6
30-34 años	16	69,6	7	30,4	23	14,6
35+ años	10	50,0	10	50,0	20	12,7
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 8,850$

$p = 0,065$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que la mayoría de gestantes de los grupos etarios de 20-24; 25-29 y 30-34 años tuvieron acceso a la atención prenatal en forma temprana con 69,6%; 57,7% y 69,6%, respectivamente, en comparación a las gestantes adolescentes que accedieron, en su mayor parte, a la atención prenatal en forma tardía en 59,4%. Datos que se asemejan a los encontrados por Atienzo y cols. (2016) (19) quienes señalan que en el Perú, el 50% de las adolescentes inició el control prenatal en el tercer mes de embarazo en comparación con la mitad de las adultas que lo inició en el segundo mes, ellos aseveran que a nivel internacional, se reconoce que para una adolescente el embarazo involucra mayores riesgos de salud en comparación con mujeres adultas. En Latinoamérica las menores de 16 años tienen cuatro veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con la maternidad en comparación con las de 20-24 años. En Perú, como en muchos otros países de Latinoamérica, el embarazo en adolescentes también se percibe como un problema prioritario. Desde décadas atrás se sabe que muchos de los problemas asociados al embarazo adolescente se pueden controlar con una atención prenatal adecuada, que permita identificar desde el primer trimestre del embarazo ciertas carencias y condiciones de riesgo.

Sin embargo, es preciso reflexionar en el hecho de que las adolescentes también tienen problemas sociales, uno de ellos es que el embarazo, no fue planificado, lo que conlleva a muchas de ellas a ocultarlo y obviamente tampoco van a acudir a sus atenciones prenatales, incluso, algunas nunca irán sino hasta el día del parto, unas gozando de bienestar, pero otras con serias complicaciones obstétricas que ponen en riesgo su salud así como la de su niño por nacer.

El grupo de mujeres mayores de 35 años que asistieron tardíamente a recibir atención prenatal, puede deberse a múltiples factores entre ellos: situaciones laborales, anteriores embarazos sin complicaciones o por experiencias negativas, principalmente en el trato recibido por el personal de salud, sin embargo, estas mujeres también son proclives a tener situaciones adversas que comprometen su bienestar así como la del bebé.

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre las variables acceso al control prenatal y grupo etario según $p = 0,065$; no obstante, se ha determinado, mediante la prueba de proporciones, que los grupos etáreos correspondientes a los extremos de la vida reproductiva son determinantes en el acceso a la atención prenatal según lo establece el $X^2 = 6,350$ y $p = 0,0117$.

Tabla 05. Acceso a la atención prenatal según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Grado de instrucción	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin instrucción	7	63,6	4	36,4	11	7,0
Primaria incompleta	12	80,0	3	20,0	15	9,6
Primaria completa	12	57,1	9	42,9	21	13,4

Secundaria incompleta	13	46,4	15	53,6	28	17,8
Secundaria completa	18	50,0	18	50,0	36	22,9
Superior técnica	18	75,0	6	25,0	24	15,3
Superior universitaria	13	59,1	9	40,9	22	14,0
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 8,448$

$p = 0,207$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que la mayoría de gestantes, independientemente del grado de instrucción tuvieron acceso a la atención prenatal en forma temprana, con excepción de aquellas que tuvieron secundaria incompleta, que en un mayor porcentaje (53,6%) tuvieron atención prenatal tardía.

Diversos estudios señalan que la educación es un determinante social que tiene impacto sobre el uso de los servicios de atención prenatal, fundamento que no coincide con lo encontrado en el presente estudio.

Marrugo (2015) (14) señala que el riesgo relativo de acceder a controles no óptimos de una madre con educación secundaria es 72% menor que el de una madre sin nivel educativo y que el riesgo es aún menor (90%) en comparación con las madres que tienen educación superior, información que también difiere con los resultados encontrados en la presente investigación.

Aparentemente, el grado de instrucción no se relaciona con el acceso a la atención prenatal probablemente porque existen otros factores que permitieron que la gestante acuda oportunamente a controlar su embarazo, como el apoyo de padres y/o familiares, el buen trato del personal de salud en anteriores embarazos, etc. Tal y como lo señala Araujo y cols. (2014) (20) en su estudio que el buen trato del personal ayuda en un 68% al inicio de la atención prenatal.

Tabla 06. Acceso a la atención prenatal según estado civil, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Estado civil	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Soltera	12	66,7	6	33,3	18	11,5
Casada	7	58,3	5	41,7	12	7,6
Conviviente	74	58,3	53	41,7	127	80,9
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 0,465$

$p = 0,793$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se consigue apreciar en la presente tabla que las gestantes solteras en su mayoría (66,7%) acudieron a la atención prenatal en forma temprana de igual forma las casadas y convivientes en porcentajes similares (58,3%).

En varios estudios se ha encontrado que el estado conyugal no estable se asocia a mayores tasas de fracaso en la atención prenatal, Arispe (2011) (21) premisa que diverge de los resultados encontrados en la presente investigación.

Las gestantes que han iniciado atenciones prenatales tempranamente, independientemente de su estado civil lo han hecho motivadas por otros factores o en muchos casos por presentar cuadros clínicos de patologías que solamente podían ser tratadas en el establecimiento de salud.

Araujo (2014) (20) en su estudio encontró que, el 78% iniciaron su atención prenatal por problemas de salud.

Las gestantes casadas y convivientes al sentirse apoyadas por su pareja tienen una motivación para acudir tempranamente a sus atenciones prenatales, y bien podría ser que las solteras del presente estudio, también han tenido apoyo por parte de sus padres o familiares.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables acceso a la atención prenatal y el estado civil según $p = 0,793$.

Tabla 07. Acceso a la atención prenatal según procedencia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Procedencia	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Urbana	82	58,2	59	41,8	141	89,8
Rural	11	68,8	5	31,3	16	10,2
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 0,668$ $p = 0,414$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Puede notarse en los presentes datos que son las gestantes de la zona rural las que, en un mayor porcentaje (68,8%) tuvieron acceso a la atención prenatal tempranamente, en comparación a las gestantes procedentes de la zona urbana (58,2%).

Estos datos obedecen, probablemente, al hecho de la poca diferencia cultural que existe entre la zona rural y la urbana, en la jurisdicción del Centro de Salud La Tulpuna y al número reducido de gestantes procedentes de la zona rural, que conformaron la muestra (16), en comparación a las gestantes de la zona urbana (141).

El hecho de que las gestantes acudieran tardíamente a la atención prenatal tanto de la zona urbana como rural, puede estar relacionado al tiempo prolongado de espera para la atención, el percibimiento de diferencias en la atención por parte del personal que atiende, o la falta de conocimientos sobre la importancia del control prenatal.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables acceso a la atención prenatal y la procedencia según lo establece $p = 0,414$.

Tabla 08. Acceso a la atención prenatal según nivel socioeconómico, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Nivel socioeconómico	Acceso a la atención prenatal				Total	
	Atención prenatal temprana		Atención prenatal tardía		n°	%
	n°	%	n°	%		
Alto	1	50,0	1	50,0	2	1,3
Medio	6	75,0	2	25,0	8	5,1
Bajo superior	23	57,5	17	42,5	40	25,5
Bajo inferior	62	59,0	43	41,0	105	66,9
Marginal	1	50,0	1	50,0	2	1,3
Total	93	59,2	64	40,8	157	100,0

$X^2 = 1,016$ $p = 0,907$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 08 se observa que la mayoría de las gestantes de los diferentes estratos socioeconómicos tuvieron acceso a la atención prenatal en forma temprana, determinándose que la variable nivel socioeconómico no fue significativa en el acceso a la atención prenatal.

Este resultado difiere a lo dicho por Cáceres (2018) (11) quien señala que, el inicio tardío está asociado con vivir en estrato socioeconómico bajo.

El nivel socioeconómico al igual que el nivel educativo son determinantes sociales de la salud, por ende están estrechamente vinculados a la toma de decisión para el autocuidado de su salud, que en el embarazo corresponde al control prenatal, considerando que las mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos en su mayoría también tienen niveles educativos bajos, factores que de alguna manera disminuyen el compromiso que tienen las gestantes de acudir tempranamente a la atención prenatal; no así quienes pertenecen a un estrato socioeconómico de mayor nivel; sin embargo en el presente estudio no ha existido mucha diferencia entre las gestantes de bajo y alto o medio nivel socioeconómico en cuanto a la asistencia temprana a la atención prenatal probablemente debido a la influencia ejercida por el personal de salud.

El inicio temprano de la atención prenatal se considera predictor de adherencia al programa, es decir que se puede tener la seguridad de que la gestante acudirá a sus controles en cada cita que le proporcione el personal que le está brindando la atención prenatal, no así, quienes asisten tardíamente a la atención prenatal, quienes probablemente tengan atenciones prenatales mínimamente, lo que conlleva al aumento de la morbilidad y mortalidad materna, ya que no se pueden identificar, los factores de riesgo presentes en una gestante, y tratar las complicaciones.

Estadísticamente no existe relación significativa entre las variables nivel socioeconómico y acceso al control prenatal, según lo estipula $p = 0,907$.

Tabla 09. Número de atenciones prenatales según grupo etáreo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Edad	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
15-19 años	18	56,2	9	28,1	5	15,6	32	20,4
20-24 años	30	53,6	11	19,6	15	26,8	56	35,7
25-29 años	14	53,8	4	15,4	8	30,8	26	16,6
30-34 años	8	34,8	9	39,1	6	26,1	23	14,6
35+ años	10	50,0	8	40,0	2	10,0	20	12,7
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100.0

$X^2 = 9,903$

$p = 0,272$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla 09 se logra evidenciar que el 30,8% de gestantes del grupo etario de 25-29 años tuvieron 6 o más atenciones prenatales; seguido de los grupos etarios de 20-24 años y 30-34 años con 26,8% y 26,1%, respectivamente. Solamente el 10% de gestantes mayores de 40 años alcanzó este número de atenciones, de igual forma, solamente el 15,6% de gestantes del grupo de 15-19 años (adolescentes) llegó a tener 6 o + atenciones.

Estos datos coinciden con lo reportado por Arispe (2011) (21) que menciona que en cuanto a la edad materna, no encontró diferencia significativa entre los grupos etarios, y al parecer no es un factor importante para obtener un control prenatal óptimo, pero difieren con lo reportado por Marrugo (2015) (14) quien afirma que a mayor edad, mayor sea la frecuencia con que realicen los controles prenatales.

Los resultados encontrados se deben precisamente por el hecho de que las gestantes adolescentes iniciaron sus atenciones prenatales de manera tardía, al igual que las mujeres mayores de 35 años; sin embargo, es preocupante reconocer que las gestantes de los grupos etarios correspondientes a los extremos de la vida reproductiva, sean quienes tengan menores porcentajes de atenciones prenatales óptimas, ya que son ellas las más propensas a tener complicaciones obstétricas que incluso podría ocasionarles la muerte como es el caso de la pre eclampsia cuyos factores de riesgo son precisamente estos grupos.

Las atenciones prenatales son fundamentales para comprobar el desarrollo del embarazo, reducir el riesgo de partos pre término y detectar a tiempo cualquier anomalía que pudiera hacerse presente, tanto en la madre como en el bebé

El Ministerio de Salud, Según Norma Técnica de Salud considera una gestante "controlada" si tiene seis o más controles y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante (Ministerio de Salud, 2016).(22) Sin embargo, es preciso mencionar que la Organización Mundial de la salud actualizó sus

directrices, duplicando a ocho como el número mínimo de atenciones prenatales afirmando que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. (Organización Mundial de la Salud, 2016) (23).

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables número de atenciones prenatales y edad, según lo establece $p = 0,272$.

Tabla 10. Número de atenciones prenatales según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Grado de instrucción	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Sin instrucción	5	45,5	5	45,5	1	9,1	11	7,0
Primaria incompleta	4	26,7	7	46,7	4	26,7	15	9,6
Primaria completa	11	52,4	6	28,6	4	19,0	21	13,4
Secundaria incompleta	18	64,3	5	17,9	5	17,9	28	17,8
Secundaria completa	20	55,6	8	22,8	8	22,2	36	22,9
Superior técnica	12	50,0	5	20,8	7	29,2	24	15,3
Superior universitaria	10	45,5	5	22,7	7	31,8	22	14,0
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$X^2 = 11,050$
0,525

$p =$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que en un mayor porcentaje (31,8%) las gestantes con grado de instrucción superior universitaria fueron las que tuvieron 6 o más atenciones prenatales, seguido del grupo de gestantes con superior técnica (29,2%); sin embargo, solamente el 9,1% de gestantes sin instrucción también tuvieron este número ideal de atenciones prenatales.

Es conocido que a mayor nivel educativo hay una mayor preocupación por el autocuidado de la salud. La atención prenatal inadecuada conlleva a mayores tasas de partos pre-término, retardo de crecimiento intrauterino, pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal, además, se teoriza que a mayor grado de escolaridad, mayor es la conciencia sobre la importancia de asistir a los controles prenatales Marrugo(2011) (14).

Arispe (2011) (21) en su estudio encontró que las pacientes que tenían secundaria completa o estudios superiores presentaban mayor número de Controles pre natales.

Tabla 11. Número de atenciones prenatales según estado civil, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Estado civil	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Soltera	12	66,7	3	16,7	3	16,7	18	11,5
Casada	5	41,6	2	16,7	5	41,7	12	7,6
Conviviente	63	49,6	36	28,3	28	22,0	127	80,9
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$X^2 = 4,577$

$p = 0,334$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos permiten apreciar que fueron las gestantes que manifestaron ser casadas, las que asistieron a más de 6 atenciones prenatales en un mayor porcentaje (41,7%) respecto a las convivientes (22%) y las solteras (16,7%), estas últimas solamente tuvieron entre 1-3 atenciones prenatales en 66,7%, dato que coincide con lo que señala Córdova y cols. (2012), (24) que existen estudios donde se encontraron que las mujeres que tienen el estado civil soltera tienen mayor riesgo de tener un control prenatal incompleto.

La mujer con estado civil soltera, sobre todo si es adolescente y está gestando por primera vez va a tener múltiples barreras para acudir a sus atenciones prenatales de forma temprana y por ende de completar el número ideal de estas, muchas son abandonadas por su pareja, no tienen el apoyo de sus padres o se encuentran estudiando, otras asumen un nuevo rol de esposas en el seno de la familia política y no tienen el apoyo suficiente para ir a controlar su embarazo y otras no tienen el conocimiento de la importancia del control prenatal.

Ponce (2013) (25) encontró que las gestantes solteras y convivientes tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (71,1% y 60,8% respectivamente); y las casadas son las que más asisten respecto a los otros estados civiles (56 %) ($p=0.0199$). Las gestantes solteras, se constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=3.0$, $IC95\% 1.5 < OR < 7.3$). El no tener una pareja estable conlleva a experimentar inseguridad emocional y económica, y la mujer tiene que asumir sola la responsabilidad del mantenimiento y cuidado del hijo, que dada la complejidad de esta responsabilidad puede conllevarle a la no-satisfacción de las necesidades, cuidados y estimulación que necesita.

Tabla 12. Número de atenciones prenatales según procedencia, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Procedencia	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Urbana	70	49,6	38	27,0	33	23,4	141	89,8
Rural	10	62,5	3	18,8	3	18,8	16	10,2
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$X^2= 0,972$

$p= 0,615$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se aprecia en la presente tabla que las gestantes de la zona urbana tuvieron de 6 a más atenciones prenatales con 23,4%; en tanto que las gestantes procedentes de la zona rural tuvieron este número de atenciones solamente en el 18,8%. Aunque no es significativa la diferencia entre ambos grupos, sin embargo las gestantes de la zona urbana viven más cerca al establecimiento de salud, hecho que facilita la asistencia a las atenciones prenatales.

El porcentaje de gestantes que solamente han tenido 1-3 atenciones prenatales es elevado (62,5%). Al respecto se pueden plantear algunas hipótesis que involucran diversos factores correspondientes a la propia gestante o al sistema sanitario: aquellos que corresponden a la gestante puede ser: el bajo conocimiento de la importancia de las atenciones prenatales o patrones culturales arraigados; y los correspondientes al sistema sanitario, la captación tardía de las gestantes aunado a la deficiente información sobre la importancia de monitorear el embarazo y la falta de un seguimiento estricto por parte del profesional de salud encargado de la salud materna. Lo cierto es que, en este grupo de gestantes se incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas como la preeclampsia, parto pre término, rotura prematura de membranas entre otras, que a su vez incrementan los índices de morbilidad materna y perinatal.

Idrogo (2014) (26) señala que, las madres que proceden de la zona rural tienen 2 veces más, el riesgo de presentar morbilidad perinatal que aquellas madres que proceden de zona urbana.

Estadísticamente no se encontró relación significativa entre las variables procedencia y número de atenciones prenatales según lo estable $p = 0,615$.

Tabla 13. Número de atenciones prenatales según nivel socioeconómico, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2018

Nivel socioeconómico	Número de atenciones prenatales						Total	
	1-3		4-5		6-+		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Alto	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	1,3
Medio	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8	5,1
Bajo superior	17	42,5	11	27,5	12	30,0	40	25,5
Bajo inferior	58	55,3	26	24,8	21	20,0	105	66,9
Marginal	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	1,3
Total	80	51,0	41	26,1	36	22,9	157	100,0

$\chi^2 = 31,550$

$p = 0,002$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que las gestantes con un nivel socioeconómico alto tuvieron de 6 a más atenciones prenatales, aquellas con nivel bajo superior también tuvieron este número de atenciones en el 25%, las de nivel bajo inferior de igual forma, en el 20%; sin embargo ninguna gestante de nivel socioeconómico marginal logró tener este número de atenciones. Es decir, que a mayor nivel socioeconómico mayor número de atenciones prenatales.

Es conveniente analizar la situación de las gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico medio que tuvieron solamente de 1-3 atenciones prenatales en un 50%, pues es un nivel en el que probablemente las gestantes pueden ir a una clínica particular y solicitar atención de tal forma que la asistencia al Centro de salud es mínima, pero también es importante tener en cuenta el 20% de gestantes pertenecientes al nivel socioeconómico bajo inferior que tuvieron más de 6 atenciones prenatales, probablemente por experiencias anteriores o porque han asumido la responsabilidad plena de su embarazo y saben que deben ser asistidas para que el desarrollo de este sea normal.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según lo establece $p = 0,002$

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El mayor porcentaje de gestantes en el presente estudio que accedieron a la atención del control prenatal, perteneció al grupo etario de 20-34 años, la mayoría tuvo secundaria completa, convivientes, procedentes de la zona urbana, amas de casa y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo inferior (D).
- La mayoría de gestantes acudió a la atención prenatal en forma temprana.
- La mayoría de gestantes tuvo una asistencia prenatal inadecuada, considerando el número ideal de atenciones prenatales.
- Solamente se encontró asociación significativa entre las variables número de atenciones prenatales y el nivel socioeconómico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arango F, Valencia J. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociadas al acceso al control pre natal. Hacia la promoción de la salud. 2014; 19(1): p. 84-98.
- Naula M, Pacheco M. Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal. Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
- Vera K, Sánchez I. Factores socioculturales y su relación con el cumplimiento del control pre natal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo los Ríos. tesis de grado previo a la obtención del título de obstetriz u obstetra. Guayaquil: Universidad Técnica de Babahoyo; 2015
- Rizo F. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad. Tesis doctoral. España: Universitat d' Alacant, Departamento de Farmacología, pediatría y Química Orgánica; 2013.
- Huapalla R. Extremos de la vida reproductiva como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en gestantes del servicio de Gineco obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2015

6. Bosmediano N. Factores de riesgo en pacientes gestantes añosas con preeclampsia en Hospital III Iquitos - EsSalud. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano General. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
7. Stein A, Ferreira A. Accesibilidad al primer control de embarazo en un Centro de Salud de la ciudad de Montevideo. *Revistas de la Universidad Católica del Uruguay*. 2012; 1(1): p. 11-19
8. Gumá J, Arpino B, Solé A. Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta Sanitaria*. 2018
9. Simó C, Hernández A, Muñoz D, González M. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*. 2015; 151: p. 141-166.
10. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *revista de la Facultad de medicina*. 2017 Noviembre 8: p. 305-310.
11. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60(2).
12. Lozano O. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
13. Miranda C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo. *Salud Uninorte Barranquilla*. 2016; 32(3).
14. Marrugo C, Moreno D, Salcedo F, Marrugo V. Determinantes del acceso a la atención pre natal en Colombia. *CES salud pública*. 2015; 6: p. 5-11.
15. Castillo I, Fortich L, Padilla j, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017; 33(1)
16. Izaguirre A. et al. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. *Archivos de medicina*. 2016; 12(4): p. 3.
17. Hernández J. Evaluación de la translucencia del pliegue nucal en la detección de aneuploidías. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2010; LXVII(594): p. 385-390.
18. Flores S. Nivel de conocimiento sobre la atención prenatal en mujeres de 20 a 40 años de edad. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2017
19. Atienzo E, Suárez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Revista Médica Herediana*. 2016; 27(3).
20. Flores S. Nivel de conocimiento sobre la atención prenatal en mujeres de 20 a 40 años de edad. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2017.
21. Arispe C, Salgado M, González C, Luis J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Médica Herediana*. 2011; 22(4)
22. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud N° 105: atención integral de salud materna. Norma técnica. Lima - Perú; 2016.
23. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Artículo original. *Ginebra 27 - Suiza*; 2016.
24. Zafra J, Retuerto M, carrasco L, Paredes R. Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo. Lamas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 61(1).
25. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash - Perú. Tesis. Ancash: Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa; 2013.
26. Idrogo S. Control prenatal y su relación con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo de enero a diciembre de 2013. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.