

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE

OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA
ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS**

EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

Presentado por:

Bach. HILDA MILAGROS PINEDO VIDAURRE

Asesora:

DRA. OBSTA. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA

Cajamarca-Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Hilda Milagros Pinedo Vidaurre**
DNI: **75616503**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**
2. Asesor:
Dra. Obstetra ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA
Facultad/Unidad UNC:
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
3. Grado académico o título profesional al que accede:
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024.
6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **11/6/2025**
7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (ORIGINAL) (*)**
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **24%**
9. Código Documento: **oid:3117:466127974**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 X APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 11 de junio del 2025



* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2025 by
Hilda Milagros Pinedo Vidaurre
Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Pinedo V. 2025. **FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024.** /Hilda Milagros Pinedo Vidaurre/70
ASESORA: Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025

*Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un
esfuerzo total es una victoria completa.*

Mahatma Gandhi.



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 4:00 p.m. del 02 de Julio del 2020, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en ecotantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Hilda Hilares Pinedo Vidaurer

Siendo las 5:20 p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: muy bueno, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Yara Ynés Huatani Yodina</u>	
Secretario(a):	<u>Y. Co. Silvia Alfaro Revilla</u>	
Vocal:	<u>Y. Co. Mercedes Teodoro Heranda Rondón</u>	
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Elena Soledad Sanz Burgos</u>	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
 EXCELENTE (19-20)
 REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
 REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
 DESAPROBADO (10 a menos)

SE DEDICA A:

Rosita y Corpitos quienes son mis ángeles que guían mi camino desde el cielo.

Dagoberto y Gladis, las personas que más amo en mi vida, padres ejemplares por siempre estar conmigo en cada paso que doy.

Mi hija Aitana Jazmín, por ser el impulso para seguir adelante. A mi compañero de vida Sebastián por su apoyo incondicional y alentarme para seguir adelante.

Mis hermanas por la motivación diaria que me brindan y que no me dejan sola en cada etapa de mi formación profesional.

Randy y Patricia quienes me apoyaron para así poder terminar mi trabajo de investigación y no darme por vencida.

Milagros.

SE AGRADECE A:

Dios porque gracias a Él, ahora estoy culminando una etapa muy importante para mi vida profesional.

Mi Alma Mater Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme en sus aulas durante mi formación profesional, en especial a los Docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por contribuir en mi formación académica.

Mi asesora la Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga por el apoyo constante y la motivación brindada, a la vez por ser mi guía y consejera, ya que me ofreció todas las herramientas metodológicas para lograr realizar la investigación.

Mi familia por el apoyo incondicional que me han dado para llegar hasta aquí, por haber sido mi guía en cada etapa de mi vida, gracias por la paciencia y amor que me brindan.

Al Centro de Salud Jesús por haberme permitido realizar la investigación en el establecimiento.

Milagros.

ÍNDICE GENERAL

SE DEDICA A:	iii
SE AGRADECE A:	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
1.4. Justificación de la investigación.....	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	9
2.1.3. Antecedentes locales.....	11
2.2. Bases teóricas.....	11
2.2.1. Atención prenatal.....	11
2.2.2. Atención prenatal tardía.....	13
2.2.3. Atención prenatal reenfocada	14
2.2.4. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal	14
2.3. Hipótesis	19
2.4. Variables	19
2.5. Conceptualización y operacionalización de variables.....	20
CAPÍTULO III	22
DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	22
3.2. Área de estudio y población.....	23
3.2.1. Área de estudio	23
3.2.2. Población	23

3.3.	Muestra y tipo de muestreo	23
3.3.1.	Muestra	23
3.3.2.	Tipo de muestreo	23
3.3.3.	Tamaño de la muestra.....	24
3.4.	Unidad de análisis	24
3.5.	Criterios de inclusión.....	25
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.7.	Técnicas de procesamiento y análisis de la información	25
3.8.	Control de calidad de datos	26
3.9.	Criterios éticos	26
	CAPÍTULO IV	27
	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	27
	CONCLUSIONES.....	47
	RECOMENDACIONES	48
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024	27
Tabla 02. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024	34
Tabla 03. Inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024	37
Tabla 04. Factores sociodemográficos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024	39
Tabla 05. Factores obstétricos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024	44

RESUMEN

El objetivo de la presente tesis fue determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024. **Material y métodos:** El presente estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal y de tipo correlacional, realizado en una muestra de 87 gestantes. **Resultados:** se llegó a determinar que el 32,2% de gestantes perteneció al grupo etario de 20-24 años, el 28,7% tenía grado de instrucción secundaria completa, 75,9% manifestaron ser convivientes, 69% procedían de la zona rural, 79,3% eran amas de casa, 89,7% tenía un ingreso económico menor de 1SMV (1025), 62,1% manifestaron llegar al centro de salud en menos de 30 minutos, 54% caminan para llegar al establecimiento de salud. En cuanto a los factores obstétricos la mayoría fue multigestas 59,8%, 36,8% tenía un periodo intergenésico mayor de 5 años, 92% manifestaron un embarazo deseado, pero 96,6% un embarazo no planificado.

Conclusión: respecto a la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal no guardaron relación significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis afirmativa.

Palabras clave: factores sociodemográficos, factores obstétricos, atención prenatal tardía.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to determine the association between sociodemographic and obstetric factors with the late start of prenatal care in pregnant women attended at the Jesús Health Center, 2024. Material and methods: This study corresponds to a non-experimental cross-sectional and correlational design, carried out on a sample of 87 pregnant women. Results: It was determined that 32.2% of pregnant women belonged to the age group of 20-24 years, 28.7% had completed secondary education, 75.9% stated that they were cohabiting, 69% came from rural areas, 79.3% were housewives, 89.7% had an income of less than 1SMV (1025), 62.1% stated that they reach the health center in less than 30 minutes, 54% walk to get to the health facility. Regarding obstetric factors, the majority were multipregnant (59.8%), 36.8% had an interpregnancy interval of more than 5 years, 92% reported a desired pregnancy, but 96.6% an unplanned pregnancy. Conclusion: Regarding the association between sociodemographic and obstetric factors and late initiation of prenatal care, there was no significant relationship, therefore, the null hypothesis is accepted and the affirmative hypothesis is rejected.

Keywords: sociodemographic factors, obstetric factors, late prenatal care

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal (APN) se refiere al conjunto de cuidados y seguimientos especializados, que se brinda a las mujeres durante el período de embarazo; que se representa como esencial para asegurar la salud de las madres y el recién nacido. La importancia de esta intervención se da en su carácter oportuno e integral, lo que implica iniciar antes de las 14 semanas de gestación, ya que es un indicador clave en la promoción de resultados positivos en términos de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de 8 visitas prenatales, con inicio antes de las 14 semanas de embarazo; no obstante, cerca del 40% de las mujeres embarazadas en todo el mundo, no recibe su primera atención prenatal de manera adecuada. En Perú, entre 2016 y 2021, el 14,6% de las mujeres de 15 a 49 años tuvieron menos de 6 atenciones prenatales mínimas recomendadas por el Ministerio de Salud y en 2022, el 19,9% en general las comenzó tardíamente. (1)

El inicio tardío de la atención prenatal es un problema común que afecta la oportunidad de diagnosticar y manejar de manera precoz las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo. Sin embargo, cuando se lleva a cabo de manera oportuna, se reduce el riesgo de resultados adversos, tanto para la madre como para el recién nacido. A pesar de las recomendaciones de la OMS, las normativas nacionales y las políticas para mejorar la cobertura (como el aumento de los recursos humanos, modelos de atención basados en el curso de vida y el apoyo universal en salud, así como las intervenciones que buscan lograr los objetivos de desarrollo sostenible), siguen siendo un problema que requiere investigación. Las gestantes con menos de 6 atenciones prenatales disminuyen las oportunidades de adoptar prácticas saludables, que influyen en la salud materna y en el desarrollo óptimo del feto. (2)

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: definición y delimitación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: antecedentes, bases teóricas, hipótesis, conceptualización y operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: está constituido por el diseño metodológico.

CAPÍTULO IV: comprende el análisis y discusión de los resultados de cada tabla. Posteriormente se ha considerado conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La atención prenatal, según la Organización Mundial de la salud (OMS), es una estrategia de salud pública que incluye acciones de promoción de la salud por parte de profesionales capacitados para así poder asegurar la salud de la madre y el bebé durante el embarazo, poder reducir la mortalidad materna y perinatal, diagnóstico oportuno y prevención de enfermedades, en el marco de una serie de visitas programadas que realiza la persona gestante y su familia al equipo de salud, enmarcando el proceso de atención en la garantía del cumplimiento de sus derechos, el respeto por su autonomía y la confidencialidad (1).

Sin embargo, la prevalencia del inicio tardío de la atención prenatal continúa siendo alta en países en desarrollo, reflejándose en estadísticas como la muerte materna, a consecuencia de las complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio y de enfermedades previamente existentes o que aparecieron durante el embarazo y no fueron diagnosticadas o controladas adecuadamente (34).

A nivel mundial, la tasa estimada de visitas de atención prenatal temprana es del 48,1%, quiere decir que el 51,9% iniciaron sus atenciones prenatales de manera tardía en los países de bajos ingresos. En comparación con gestantes que iniciaron tardíamente las atenciones prenatales en países de altos ingresos fue el 15,2% (6). Si bien el 88% de las mujeres embarazadas acceden a atención prenatal al menos una vez, sólo el 66% de las gestantes, recibieron al menos cuatro atenciones prenatales, realizadas por personal de salud calificado. En regiones como África y Asia, donde la mortalidad materna es más elevada, más del 50% de gestantes reciben menos de 4 visitas de atención durante el embarazo, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud

(OMS), indica que las mujeres deben recibir un mínimo de 8 atenciones pre natales (2).

En América Latina y el Caribe, la atención prenatal se incrementó en toda América, pasando de una media estimada de 79,4% en el 2005 a 88,2% en el 2016; sin embargo, se identificó que el 15,6% de gestantes acudió de forma tardía a recibir atención prenatal. (3,4). En una revisión sistemática, realizada en Cuba, se determinó que el porcentaje de gestantes con APN tardía ha presentado una disminución importante con el paso de los años, estimándose en una cifra de 41,4 % en 2013 (8).

En Nicaragua, en los años 2019 y 2020 en una investigación encontraron que las principales dificultades para la atención materna son los costos de transporte, las dificultades para viajar, los gastos de comida y estadía en las casas maternas, la falta de personal de salud y la mala atención. Por otro lado, un estudio de 288 gestantes encontró que el embarazo adolescente, el bajo nivel educativo y tener entre 4 y 6 embarazos previos fueron los principales factores que contribuyeron a la falta de asistencia al control prenatal durante el primer trimestre. (5)

En México, se encontró que casi el 20% de las gestantes indígenas iniciaron su atención prenatal luego del primer trimestre del embarazo las cuales cumplieron 4 atenciones prenatales en el 2021 (9). Y en Colombia en el año 2020 también se identificó que el 29,7% de las gestantes inicia de manera tardía su primera atención prenatal (4).

A nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la atención prenatal ha disminuido entre los años 2020 y 2021, pasando de 88.4% a 84.5% (7). No obstante, el aumento en el número de atenciones prenatales brindadas a una gestante, en muchas ocasiones, esta puede darse de manera tardía, dificultando la identificación temprana de factores de riesgo o algún tratamiento profiláctico para evitar complicaciones obstétricas.

En el Perú, si bien es cierto la concurrencia de las gestantes en el primer trimestre del embarazo se ha incrementado al 81,8% durante el año 2021; aún la diferencia todavía acude tardíamente a sus atenciones prenatales. Además, esta cifra se incrementa cuando se trata de mujeres procedentes de la zona rural llegando a un porcentaje de 23,8% (10).

La atención prenatal es una estrategia que permite identificar de manera oportuna factores de riesgo que puedan devenir en complicaciones obstétricas y que van a repercutir negativamente en el bienestar del binomio madre niño; sin embargo, son diversos los factores que determinan que la mujer acuda de manera tardía a recibir sus atenciones prenatales como el déficit de personal para la atención de gestantes en las atenciones prenatales, el grado de instrucción de la gestante, nivel socioeconómico bajo, disponibilidad de tiempo por los horarios de atención, lugares de residencia alejados al establecimiento de salud, la religión, el temor o vergüenza experimentada por las gestantes adolescentes, grado de aceptabilidad hacia el sistema sanitario el mismo que se ve afectado por las creencias culturales de la población (9).

La problemática del inicio tardío de la Atención Prenatal, aumenta las posibles complicaciones, que puedan darse en la gestación que trae consigo efectos irreversibles tanto para la madre como para el recién nacido que están relacionados a complicaciones obstétricas como: Hemorragias pospartos, embarazos ectópicos, abortos, síndrome de Hellp, eclampsia, sepsis, ruptura uterina entre otros.

En la ciudad de Cajamarca, la situación es similar, en la práctica rutinaria se observa que un número considerable de gestantes acude de forma tardía a las atenciones prenatales, indicando algunas razones ya expuestas, hecho que motivó la realización de la presente investigación con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.
- Identificar los factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.
- Determinar el porcentaje de gestantes que acuden de forma tardía a la atención prenatal.

1.4. Justificación de la investigación

La atención prenatal es una estrategia sanitaria mundial que permite realizar un diagnóstico integral y oportuno del estado de salud de la gestante, así como un seguimiento continuo hasta el término de su embarazo, por lo cual resulta necesario que su inicio sea lo más precoz posible. El momento del inicio de la primera atención prenatal es un punto muy importante para tener así un plan de trabajo periódico y continuo basado en las necesidades de salud. El inicio tardío de la atención prenatal es un problema de salud pública que puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el recién nacido (8).

Sin embargo, en el Centro de Salud Jesús esta situación se ha observado que muchas gestantes acuden a su primera atención prenatal después del primer trimestre de gestación, incluso algunas pacientes llegan al establecimiento de salud sin tener ninguna, incrementando así la morbimortalidad materna y perinatal. Es por este motivo que se promueve el inicio de la atención prenatal durante el primer trimestre de gestación para así poder lograr identificar de manera precoz factores de riesgo, signos y/o síntomas que pongan en peligro tanto a la madre como al producto de la gestación, programar un esquema de atención integral y multidisciplinario involucrando así a la familia y comunidad, sobre todo a las gestantes de zona rural con domicilio lejano al

establecimiento de salud.

Ante esta problemática es que se decidió realizar la presente investigación con el objetivo de determinar cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal a fin de establecer medidas preventivas promocionales y por consiguiente reducir la incidencia de riesgos a los cuales está expuesta la madre y el niño. Es de vital importancia que el personal de salud que labora en el Centro de Salud pueda diseñar alguna estrategia que permita captar a las gestantes de forma temprana y así poder verificar las causas por las cuales llegan tardíamente a realizar su atención; a su vez poder brindar a las gestantes el acceso a información adecuada y oportuna sobre su salud, el cual podría generar cambios en el cuidado de su embarazo y el primer acercamiento al establecimiento de salud, promover e implementar nuevas medidas y procedimientos para brindar una mejor atención y ampliar la cobertura de inicio precoz de atención prenatal.

Metodológicamente servirá como fuente para otras investigaciones acerca del mismo tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Betancourt A et al. (11), realizaron una investigación en Colombia en 2021, el estudio tuvo como objetivo de determinar cuáles son los factores asociados a la no adherencia al control prenatal en gestantes. El estudio fue descriptivo de corte transversal, de campo no experimental. La muestra estuvo conformada por 50 gestantes; encontraron que el grupo etario predominante fue menor a 20 años con 44%; 38% de 20-29, 14% de 30-39 años y 4% mayor. El 44% eran convivientes, 50% tuvo educación secundaria, 32% perteneció al estrato III, 28% tenía pobreza crítica y 26% pobreza relativa. El 98% de gestantes acudió tardíamente a su control prenatal, 15,8% en el II o III trimestre, 84% presentó menos de 4 controles prenatales. El 60% eran primigestas, 30% multigestas y solo 10% gran multigestas. Entre las limitaciones estuvieron falta de dinero y transporte. El 64% tenía un nivel de conocimiento bajo en atención prenatal. Conclusión los factores asociados a la no adherencia al control prenatal fueron la edad, la situación socioeconómica, transporte, distancia al centro de salud, tiempo de espera y deficiente nivel de conocimiento acerca del control prenatal.

Mejía A. et al. (12), publicaron un estudio en Colombia en 2020, la investigación tuvo como objetivo de establecer los factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al control prenatal en las gestantes. El estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 10 mujeres. En los resultados del estudio el 100% pertenecía al área urbana, 22,5% de 17 a 25 años, 80% de ellas tenían pareja, 100% contaba con educación superior. El 100% de ellas acudió a sus atenciones prenatales, refiriendo

que la razón de asistencia para detectar alteraciones (50%) y por recomendación (40%), 100% contaba con Seguro. Concluyendo así que los factores que influyen en la adherencia al control prenatal fueron vivir en área urbana, tener estudios de secundaria y superiores, contar con una pareja, ser empleada y tener afiliación en salud.

Naula M. et al. (13), realizaron un estudio en la ciudad de Cuenca en el año 2020, con el objetivo de determinar los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo analítico, prospectivo, y diseño descriptivo. La muestra estuvo conformada por 128 gestantes. Encontrando que el 20,3% tenía una edad entre 15 y 19 años, 40,6% secundaria completa, 46,1% eran amas de casa, así mismo el 50,4% tenían un nivel socioeconómico medio bajo. Con respecto al nivel de autoestima el 89% tenían un bajo nivel de autoestima, 96,1% inició precozmente el control prenatal. Concluyendo así que el único factor que influye en el control prenatal es el nivel de autoestima.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Medrano J. et al. (15), en la investigación que realizaron en Huancayo en 2022, formularon como objetivo identificar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes. El estudio fue descriptivo correlacional, retrospectivo y de corte transversal; la población estuvo conformada por 80 gestantes. Encontraron que el 45% perteneció al grupo etario de 26-35 años, 65% eran convivientes, 67,5% tenían estudios secundarios y 73,7% eran amas de casa, 92,5% recibió apoyo económico de su pareja y 7,5% no lo recibió, 75% obtuvo un ingreso mayor a 930 y 25% menor a este. Además 96,3% de gestantes consideró importante la atención prenatal, 96,5% inician tardíamente su atención prenatal. El 33,7% eran primigestas y 61,3% manifestó que su embarazo fue planificado. Llegando a la conclusión que los factores socioeconómicos, personales, obstétricos e institucionales sí están relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal.

Quijaite et al. (8), realizaron un estudio en Perú en el año 2021, con el objetivo de determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal; para esto emplearon un estudio observacional, analítico, de corte transversal, en el que se seleccionó una muestra no probabilística de 149 gestantes. A través del cuestionario aplicado se encontró como resultado que los factores sociodemográficos e institucionales no demostraron asociación significativa; sin embargo, del total de

mujeres que tuvieron inicio tardío de la atención prenatal, los factores personales como el antecedente de violencia, presente en 43,6%, el desinterés de la pareja 67,3% y el embarazo no planificado que representó el 91.1% del grupo de casos, se asociaron con el inicio tardío de la atención prenatal. Se concluyó que el desinterés de la pareja y el embarazo no planificado fueron asociados al inicio tardío de la atención prenatal, los cuales incrementan la posibilidad de ocurrencia de este evento.

Bonifaz M. et al. (17), ejecutaron la investigación en la ciudad de Ica en 2021, tuvo como objetivo determinar aquellos factores relacionados al inicio tardío de APN. El tipo de estudio fue no experimental de nivel correlacional de tipo transversal, la muestra estuvo conformada por 120 gestantes. Demostraron que, el 60,8% inició la atención prenatal después de las 13 -26 semanas y el 23,3% en la semana 27 - 40 semanas, así mismo, demostraron que el 76,7% tenían de 19 a 29 años, 86,7% eran convivientes y 68,3% estudiantes. Dentro de los factores personales 62,5% desconoce de la importancia del control prenatal, 69% no acude por cuidar a sus hijos, 60,8% se olvidó sus citas, el 55,8% no acude por miedo y vergüenza; 62,5% no tenía SIS, el 47,5% llega en 30-60 minutos al establecimiento y el 56,7% calificaron como mala la calidad de atención brindada, concluyendo que existe relación entre los factores personales e institucionales con el inicio tardío de la atención prenatal.

Chilipio M. et al. (14), realizaron un estudio en Lima en 2020, con el objetivo de determinar si el embarazo no planificado es un factor de riesgo para inicio tardío en gestantes atendidas en un establecimiento de salud. El estudio fue observacional y realizado en una muestra de 234 gestantes. Encontraron que el 6% tenía un embarazo no planificado y 15,4% eran adolescentes y añosas. Asimismo, el 58,2% fueron primíparas, el 6,8% tuvo un parto por cesárea, 51,3% inició tardíamente la atención prenatal y el 15,0% abandonó la atención. Llegando a la conclusión que el no planificar un embarazo eleva ligeramente el riesgo de iniciar tardíamente la atención prenatal; sin embargo, no se asocia con su posterior abandono.

Rivera L. et al. (16), realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados al acceso de la atención prenatal. El tipo de estudio fue cuantitativo, observacional y analítico, realizado en 110 puérperas. En los resultados encontraron que el 56,4% eran de 18-29 años, 64,5% tenían secundaria y 21% superior técnico; 74,5% eran convivientes, 19,1% casadas y 6,4% eran solteras; 62% no se olvidaba

de las citas y 28,1% se olvidaba ; 4,5% no tenían seguro de salud, 34,5% no tenían un seguro previo al embarazo, 64,5% tuvo un embarazo no planificado, 85,5% tuvo apoyo de su pareja, 51,8% tenía periodo intergenésico menor o igual de 24 meses, y 76,4% presentaba una paridad de 2 o menos; 60,9% iniciaron antes de las 14 semanas su control prenatal, 39,1% inició después. Llegando a la conclusión que la ausencia de olvido de las citas y la presencia de un seguro de salud previo al embarazo se asocian con el acceso a la atención prenatal.

2.1.3. Antecedentes locales

Céspedes C. (18), realizó su estudio en la ciudad de Cajamarca en 2018, con el propósito de determinar los factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. El tipo de 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. Encontró que el 35,7% de gestantes perteneció al grupo etario de 20-24 años; 22,9% tuvo secundaria completa, 80,9% eran convivientes; 88,5% procedían de zona urbana; 71,3% eran amas de casa y el 66,9% perteneció al nivel socioeconómico marginal. Llegando a la conclusión que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Atención prenatal

2.2.1.1. Definición

Se refiere al conjunto de consultas, acciones de salud y atención previa al parto cuyo propósito es que cada embarazo termine en un parto feliz, seguro y un recién nacido vivo sano y sin complicaciones maternas. Para lograr un parto feliz y un recién nacido saludable existe una metodología muy establecida y una cronología bien fundamentada que garantiza un diagnóstico completo, correcto y un seguimiento adecuado de cada gestante hasta el final de su embarazo (19).

La atención prenatal se define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad

materna y perinatal (20).

2.2.1.2. Características de la atención prenatal

La atención prenatal debe ser precoz, periódico, completo y de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizando su fácil accesibilidad. La asistencia al embarazo comienza en la visita de captación o primera visita. Esta primera consulta prenatal debe realizarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana, lo cual posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar durante todo el periodo gestacional (21).

Precoz. Se refiere a la primera atención prenatal que debe iniciarse lo más tempranamente posible para la identificación de los factores de riesgo. Según MINSA es ideal que inicie antes de las 14 semanas.

Periódica. La atención prenatal debe seguir una secuencia; en el Perú se recomienda que toda mujer embarazada reciba al menos seis atenciones prenatales, sin embargo este número puede aumentar dependiendo de las necesidades de la gestante y los factores de riesgo encontrados. El seguimiento de las gestantes de bajo riesgo debe ser mensual hasta la semana 32, luego cada 15 días hasta la semana 36 y semanal hasta el parto. Para las pacientes de alto riesgo se establecerán controles según la patología y criterio del especialista.

Completo. Se refiere al contenido de la atención, que debe garantizar el cumplimiento seguro de las medidas encaminadas a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la mujer embarazada. Las actividades a realizar se organizarán en un cronograma y se aplicarán a todas las gestantes, adicionalmente se realizarán otras actividades en caso se trate de gestantes de alto riesgo.

Amplia cobertura. La atención prenatal debe cubrir la totalidad de las embarazadas de cada región. El cumplimiento de esta característica se verá reflejado en los índices de morbilidad materna y perinatal de un país (21).

2.2.1.3. Objetivos

Si bien es cierto que el embarazo es un proceso natural que ocurre en un momento particular de la vida de una mujer y que no necesariamente representa un problema de salud, existe la posibilidad de que ocurra alguna alteración, por lo que es importante llevar una vigilancia de este proceso. Por lo tanto, los objetivos básicos que se consideran en toda atención prenatal son:

- ✓ Captar lo más temprano posible a todas las embarazadas.
- ✓ Ofrecer información sobre los cambios que va a atravesar en este proceso y los exámenes y cuidados necesarios.
- ✓ Que la gestante y el feto gocen de calidad de vida.
- ✓ Identificar el riesgo gestacional para ejecutar las medidas de prevención y tratamiento oportuno.
- ✓ Reducir las tasas de morbilidad materna y perinatal.
- ✓ Facilitar que la pareja y la familia se involucren en el proceso (21).

2.2.2. Atención prenatal tardía

El inicio tardío de la APN, según el Ministerio de Salud, se define como aquella primera atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después, esto forma parte de un problema de salud pública, se ha reconocido que esta situación se encuentra asociada a diversas causas propias de las gestantes, de sus familias, condiciones sociales y culturales, e incluso, de aquellas relacionadas con el centro de salud en el que reciben la atención. En estudios anteriores señalan que el conocimiento deficiente sobre la importancia para la madre y el feto, los costos en el transporte al establecimiento, la ocupación de la madre y la falta de planificación del embarazo, así como, el ingreso económico mensual mínimo, las actividades del hogar, la poca disposición de tiempo, la distancia al establecimiento y el excesivo tiempo de espera para recibir la atención, son factores descritos que hacen más

probable que la gestante inicie tardíamente la APN (8).

Es necesario proveer información a las autoridades y a los prestadores de servicios de salud sobre los factores asociados al inicio tardío del control prenatal para focalizar estrategias de captación temprana de gestantes hacia el programa de atención prenatal.

2.2.3. Atención prenatal reenfocada

Es la vigilancia y evaluación en general de la madre gestante y bebé, dentro de las 14 semanas de gestación, para permitir una detección oportuna de algunos signos de alarma, factores de riesgo, el apoyo y participación de los familiares, así como para tener el manejo adecuado de las complicaciones con enfoque de género e interculturalidad.

Según la norma técnica de atención materna del Perú, todo establecimiento debe de cumplir con lo establecido a fin de que cada gestante reciba como mínimo seis atenciones prenatales, de los cuales por lo menos una atención debe ser por gineco-obstetra o, en su ausencia por médico cirujano. El primer nivel de atención debe contar con profesional de salud para la atención integral de la gestante y la púérpera (22).

2.2.4. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal

2.2.4.1. Factores Sociodemográficos

Los factores sociodemográficos constituyen una colección de indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, raza / etnia, sexo, género, nivel educativo en el idioma principal, situación laboral, ingresos, profesión, estado civil, número total de personas que viven en la casa y condiciones de vida, y factores similares (23).

Diversos factores personales, socioculturales e institucionales están asociados con esta situación y actúan como barreras para acceder de manera oportuna a la APN, tales como la falta de conocimiento acerca de la importancia de la APN temprana, la percepción de barreras económicas, las normas culturales arraigadas y las

dificultades en el acceso, debido a la distancia entre el domicilio y el centro de salud, entre otros. Además, factores relacionados con la calidad de la atención ofrecida en los establecimientos de salud, como la falta de recursos y la calidad inadecuada de la atención, pueden influir en la decisión de postergar el inicio de la APN en las primeras semanas de embarazo.

Varias teorías de salud, especialmente dentro de la epidemiología y salud pública, explican que los factores sociodemográficos llevan a una atención prenatal tardía. Estas teorías se basan en las características sociodemográficas de una persona que pueden influir en su acceso a los servicios de salud.

Teoría de barreras socioculturales: enfatiza como las creencias, valores culturales que pueden afectar que las gestantes acudan de manera temprana a su primera atención prenatal, algunas culturas tienen normas las cuales dificultan su acceso a los servicios de salud.

Teoría de estrés y salud: el estrés crónico puede estar relacionado con factores como el desempleo la pobreza o la violencia puede afectar negativamente en su salud. Las gestantes que presentan alto nivel de estrés tienen menos probabilidad de buscar atención prenatal o adherirse a las recomendaciones médicas, lo que hace que acudan de forma tardía a su primera atención prenatal (35).

Edad

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en la mujer cobra importancia el periodo en el cual tiene la capacidad de ovular y embarazarse, establecido según el Ministerio de Salud entre los 15 y 49 años; sin embargo, las edades extremas dentro de este periodo constituyen un factor de riesgo que potencialmente puede ocasionar diversas patologías como: amenaza de aborto, infecciones del tracto urinario, amenaza de parto prematuro, anomalías congénitas, preeclampsia, diabetes mellitus .

La edad materna puede influir en el momento en que una mujer busca atención prenatal por primera vez, las mujeres más jóvenes y las mujeres mayores pueden tener diferentes motivaciones, necesidades y barreras para acceder a la atención prenatal temprana. Las mujeres más jóvenes pueden enfrentar desafíos relacionados

con la falta de conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal, así como barreras sociales o económicas, como el temor y la vergüenza. Además, pueden tener preocupaciones sobre cómo manejar el embarazo y convertirse en madres a una edad temprana, lo que puede influir en cuándo buscan atención prenatal. Por otro lado, las mujeres mayores pueden tener diferentes preocupaciones, como el manejo de embarazos de alto riesgo debido a su edad, o pueden enfrentar barreras relacionadas con problemas de fertilidad previos. Por lo cual es muy importante tener una atención prenatal tempranamente y así identificar enfermedades existentes que podrían desencadenar complicaciones durante la gestación (24).

Nivel educativo

El nivel educativo de una persona está determinado por una serie ordenada de programas educativos agrupados en relación a una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de estos programas. A menudo los niveles muestran el grado de complejidad y especialización del contenido de un programa educativo, ya sea básico o complejo (25).

Sistema educativo peruano. Está conformado por educación inicial, educación primaria, educación secundaria, superior no universitaria, superior universitaria.

El nivel educativo tiene una estrecha relación con el comienzo tardío de la atención prenatal, dado que los niveles de educación más bajos suelen estar vinculados con un acceso limitado a información acerca de la relevancia de este cuidado y con obstáculos en la comprensión de las ventajas del control precoz. Las mujeres con una educación inferior pueden tener problemas para reconocer la necesidad de asistencia sanitaria durante la gestación o darle prioridad debido a restricciones económicas, sociales o culturales. Adicionalmente, la formación impacta en la habilidad para relacionarse con el sistema de salud, entender las recomendaciones médicas e identificar los signos de riesgo durante el embarazo.

Estado civil

Se refiere a la situación de las personas determinadas por sus relaciones de parentesco y convivencia de acuerdo a las diversas formas de unión conyugal. A

partir del cual se establecen ciertos derechos y deberes validados por el entorno social. En diferentes partes del mundo, incluido Perú se considera como estado civil: solteros, casados, convivientes, viudos y divorciados (26).

Ocupación

La ocupación de una persona hace referencia a lo que se dedica; su trabajo, empleo, actividad o profesión; para fines de la presente investigación se ha considerado: estudiante, ama de casa, trabajadora independiente, trabajadora del sector público o privado, empleada del hogar. En los últimos años, diversos estudios han indicado que el empleo que tengan las gestantes puede estar relacionado con el inicio tardío de la atención prenatal, especialmente en condiciones laborales precarias, como jornadas extensas de trabajo, baja remuneración o falta de licencias médicas la cual dificulta que accedan a su control prenatal. (27).

Ingreso económico

Los ingresos se definen como la cantidad de dinero que recibe una persona durante su jornada laboral completa de 8 horas, considerando como salario mínimo vital (SMV) de 1025 soles (29).

La falta de ingresos económicos en las mujeres tiene un efecto negativo, porque no tienen la capacidad económica de acceder al transporte, alimentación adecuada y otros recursos necesarios para el embarazo, motivo por el cual algunas gestantes no acuden tempranamente y periódicamente a sus atenciones prenatales.

Medio de transporte: se define como aquel medio que se utiliza para poder desplazarse de un cierto lugar a otro punto. Puede influir en el acceso y el tiempo necesario para poder llegar al establecimiento de salud, ya que el uso de transporte público por el mismo hecho de ser lento y menos flexible en términos de horario puede hacer que las gestantes lleguen tarde o pierdan su cita, motivo por el cual las gestantes acuden tardíamente a su atención prenatal y posteriormente sus controles prenatales no sean periódicos ni completos. (30)

2.2.4.2. Factores obstétricos

Factor obstétrico se define como aquella característica o circunstancia que se puede detectar en una persona durante el embarazo, parto y puerperio puede estar asociado con un aumento de probabilidad de padecer o desarrollar alguna enfermedad que puede poner en riesgo la vida de la madre y bebe. Muchas veces las gestantes múltiparas, por su experiencia, manifiestan que no tienen necesidad de acudir a la consulta prenatal. Lo mismo pasa con las gestantes que tienen un embarazo no deseado, no planificado que se niegan aceptar su embarazo incluso lo ocultan hasta que se manifiesta con el crecimiento del útero (30).

Gravidez: Se define como el número de veces en la cual una mujer ha estado embarazada.

- Primigesta. Se refiere al primer embarazo de una mujer
- Multigesta. Se define aquella mujer que ha estado embarazada de 2 veces hasta 5. Gran multigesta. Es aquella mujer que ha estado embarazada más de 6 veces (31).

Período intergenésico: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera aquel que se encuentra entre la fecha del último parto y el inicio del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto ya sea vía vaginal o cesárea. Se ha logrado encontrar que existe elevación del riesgo materno-fetal de acuerdo al periodo intergenésico. Según la OMS el tiempo optimo es de 18-27 meses y no mayor de 60 meses para así reducir la mortalidad materna perinatal (32).

- Período intergenésico corto. Se refiere al período menor de 18 meses después de la fecha de último parto, se asocia con prematuridad, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito; si fue un aborto y el PIC es menor de 6 meses está asociado a endometritis, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas y anemia.
- Período intergenésico adecuado. Referido al período de 18-27 meses.
- Período intergenésico largo. Se define como el período después de 5 años

después del último parto. Se ha reportado que hay mayor probabilidad de riesgo de parto pre término, preeclampsia / eclampsia, bajo peso al nacer y distocias (32).

Embarazo deseado: se refiere aquel embarazo en el cual ha existido un deseo de la pareja para así poder concebir (22).

Embarazo planificado: consiste en una serie de medidas que debe tener en cuenta la pareja antes del embarazo, así como intervenir un año previo al embarazo o mínimamente 6 meses para tener una atención preconcepcional; la cual cuenta con 2 consultas en las cuales se realiza una serie de exámenes para la detección del riesgo gestacional y así derivar al especialista en caso se encuentre alguna patología. Antes de la concepción se indica suplemento de ácido fólico 1mg al día (22).

2.3. Hipótesis

Ha: los factores sociodemográficos y obstétricos se asocian significativamente con el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

Ho: los factores sociodemográficos y obstétricos no se asocian significativamente con el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

2.4. Variables

2.4.1. Variable 1: Factores sociodemográficos y obstétricos

2.4.2. Variable 2: Inicio tardío de la atención prenatal

2.5. Conceptualización y operacionalización de variables

	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Categorías	Escala
Variable 1	Factores sociodemográficos	Constituyen una recolección de indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, nivel educativo, estado civil, procedencia, ocupación, ingresos y factores similares	Edad	-Menor 15 años -15 a 19 años -20-24 años -25-29 años -30-34 años -35-39 años -40 a más	Intervalo
			Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnico Superior universitario	Ordinal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
			Procedencia	Zona Urbana Zona Rural	Nominal
			Ocupación	Estudiante Ama de Casa Empleada del hogar Trabajadora independiente Sector público Sector privado	Nominal
			Ingreso socioeconómico	Menor 1SMV 1SMV-2SMV 3SMV- a más	Ordinal
			Cercanía al establecimiento de salud	Menos de 30 min De 30 min a 60 min Más de 60 min	Ordinal
			Medio de transporte	Caminando Vehículo propio Transporte público Otros	Nominal

	Factores Obstétricos	Aquella característica o circunstancia que se puede detectar en una persona durante el embarazo, parto y puerperio puede estar asociado con un aumento de probabilidad de padecer o desarrollar alguna enfermedad.	Gravidez	Primigesta Multigesta Gran Multigesta	Ordinal
			Período intergenésico	No aplica Corto Adecuado Largo	De razón
			Embarazo deseado	Si No	Nominal
			Embarazo planificado	Si No	Nominal
Variable 2 Inicio tardío de la atención prenatal		Inicio de la primera atención prenatal después de las 14 semanas o más de gestación	Edad gestacional en semanas	Antes o a las 14 semanas Después de las 14 semanas	De razón

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

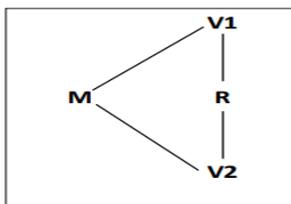
El presente estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal y de tipo correlacional.

No experimental: porque no se manipuló ninguna de las variables.

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

Correlacional: porque se buscó la asociación entre los factores sociodemográficos y obstétricos que son determinantes para el acceso de la atención prenatal.

Esquema del diseño correlacional



Donde:

M: representa a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

V1: factores sociodemográficos y obstétricos.

V2: inicio tardío de la atención prenatal.

R: asociación entre las variables de estudio.

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Jesús categorizado como un establecimiento I-3, ubicado en el Jr. Bolívar s/n, distrito Jesús de la provincia de Cajamarca, geográficamente está situado a 2564 m.s.n.m; ocupando una extensión territorial de 67,78 km abarcando el 8,99% de la provincia de Cajamarca.

Los límites por el sur con el distrito de Chacachi; por el sureste con el distrito de Pedro Gálvez; por el suroeste con el distrito de Cospán; por el norte con los distritos de Cajamarca y Llacanora; el este con los distritos de Matara y Namora; y el oeste con los distritos de Asunción y San Juan.

Dentro de las principales funciones del establecimiento es atender a todas las gestantes del distrito y la atención de parto inminente, así como la etapa del puerperio de la mujer.

3.2.2. Población

La población para la siguiente investigación estuvo conformada por todas las gestantes atendidas antes y después de las 14 semanas que acudieron a sus atenciones prenatales en el Centro de Salud Jesús, 2024; que según marco muestral se desconoce.

3.3. Muestra y tipo de muestreo

3.3.1. Muestra

La muestra estuvo integrada por 87 gestantes atendidas antes y después de las 14 semanas de gestación, en el Centro de Salud Jesús, 2024.

3.3.2. Tipo de muestreo

El muestreo que se empleó para la investigación fue aleatorio simple, debido a que se recopiló información de las gestantes atendidas antes y después de las 14 semanas que acudieron a sus atenciones prenatales en el Centro de Salud Jesús.

3.3.3. Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra requerida para la investigación se empleó el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales cuando la población es desconocida, con una confiabilidad del 95% y un nivel de precisión del 5%. Se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = (Z^2 * p * (1-p)) / e^2$$

Donde:

- n: tamaño de la muestra
- p = 0,06 (Proporción de gestantes con embarazo no planificado). Chilipio M (14)
- q =0,94 (complemento de p)
- e = 0,05 (Tolerancia de error o nivel de precisión en las mediciones)
- Z = 1,96 (Coeficiente del 95% de confiabilidad)

$$n: \frac{(1,96)^2(0,06)(0,94)}{(0,05)^2}$$

$$n= 87$$

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes atendidas antes y después de las 14 semanas en el Centro de Salud Jesús, hasta completar el número de la muestra.

3.5. Criterios de inclusión

- Gestante que acepte voluntariamente ser parte de la presente investigación.
- Gestante en pleno uso de sus facultades mentales.
- Gestante con un embarazo normal.
- Gestante al finalizar el embarazo o en trabajo de parto.
- Gestante que no haya iniciado una atención prenatal.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se tendrá en cuenta:

Primero: informar al jefe del centro de salud acerca del trabajo de investigación y solicitar el permiso para encuestar a las gestantes.

Segundo: Se conversó con cada una de las gestantes que asisten al consultorio para atención prenatal, se explicó la importancia de la investigación en términos sencillos para luego solicitar su consentimiento informado (Anexo 2). La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento la ficha de recolección de datos (Anexo 1) la misma que está estructurada de la siguiente manera: factores sociodemográficos tales como edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia, nivel socioeconómico, cercanía al establecimiento de salud, medio de transporte; también se considerara los factores obstétricos como la gravidez, período intergenésico, embarazo deseado y embarazo planificado. También se tuvo en cuenta el inicio de la atención prenatal si fue antes, a las 14 semanas de gestación o después de las 14 semanas

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Se recolectó la información en primer lugar de manera manual, para luego crear una base de datos de Microsoft Excel y posteriormente los datos serán procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 25 para Windows.

Fase descriptiva: se utilizó los resultados para describir los factores sociodemográficos, obstétricos y el acceso a la atención prenatal. Estos hallazgos serán contrastados con la teoría y antecedentes.

Fase inferencial: se aplicó la prueba estadística del Chi cuadrado para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y obstétricos en gestantes que acudieron tardíamente a su atención prenatal en el Centro de Salud Jesús.

3.8. Control de calidad de datos

Para garantizar la calidad de los datos el instrumento fue validado mediante el criterio de jueces.

Validez del instrumento: El instrumento fue validado mediante el juicio de expertos, conformado por tres profesionales de la salud conocedores del tema, quienes revisaron la ficha de recolección de datos y proporcionaron observaciones, las cuales fueron levantadas oportunamente. (Anexo 4)

Confiabilidad: Para obtener la confiabilidad, se realizó una prueba piloto a 10 mujeres con características similares y luego fue sometido a la prueba estadística Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de 0.867 que se considera altamente confiable. (Anexo 5)

3.9. Criterios éticos

En este estudio se tuvo en cuenta los criterios dirigidos a asegurar la calidad y objetividad de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes:

Autonomía: las gestantes entrevistadas tuvieron la libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciadas por parte de otras personas o por la investigadora.

No maleficencia: la información se obtuvo después que las gestantes fueron informadas sobre el propósito y modalidad de la investigación y posteriormente brinden su consentimiento informado para aplicar la encuesta.

Consentimiento informado: las gestantes emitieron su conformidad de participar en la investigación firmando el consentimiento informado, luego que sea conocedora en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación.

Confidencialidad: la información brindada por las gestantes ha sido protegida y no divulgada, utilizándose solamente para fines de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 01. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024

Edad	nº	%
15 - 19 años	10	11,5
20 - 24 años	28	32,2
25 - 29 años	24	27,6
30 - 34 años	11	12,6
35 - 39 años	7	8,0
40 a más años	7	8,0
Grado de instrucción	nº	%
Sin instrucción	2	2,3
Primaria incompleta	11	12,6
Primaria completa	13	14,9
Secundaria incompleta	18	20,7
Secundaria completa	25	28,7
Superior técnico	8	9,2
Superior universitario	10	11,5
Estado civil	nº	%
Soltera	3	3,4
Casada	18	20,7
Conviviente	66	75,9
Procedencia	nº	%
Zona rural	60	69,0
Zona urbana	27	31,0
Ocupación	nº	%
Estudiante	9	10,3
Trabajadora independiente	3	3,4
Ama de casa	69	79,3
Sector público	2	2,3
Sector privado	2	2,3
Empleada del hogar	2	2,3
Ingreso económico	nº	%
Menor de 1 SMV	78	89,7
1 SMV - 2 SMV	9	10,3
Distancia al establecimiento de salud	nº	%
Menos de 30 minutos	54	62,1
De 30 - 60 minutos	30	34,5
Mayor de 60 minutos	3	3,4
Medio de transporte	nº	%
Caminando	47	54,0
Transporte público	40	46,0
Total	87	100

En la presente tabla se observa que el 32,2% de gestantes que acudieron de forma tardía a su primera atención prenatal perteneció al grupo etario de 20-24 años, seguido del 27,6% que perteneció al grupo de 25-29 años; un significativo porcentaje de 11,5% fueron adolescentes y los 16% mayores de 35 años.

Estos datos coinciden con los reportados por Naula M. et al. (13) quienes en su investigación determinaron que el 20,3% de gestantes tenía una edad entre 15 y 19 años, con una diferencia de 8,8 puntos porcentuales; también coincide con los resultados informados por Céspedes C. (18), ya que en su estudio encontró que el 35,7% de gestantes perteneció al grupo etario de 20-24 años; con una diferencia porcentual de 3,5 puntos; sin embargo, difieren con los resultados indicados por Medrano J. et al. (15), cuyo estudio refiere que, el 45% perteneció al grupo etario de 26-35 años; de igual manera los resultados fueron diferentes con los datos encontrados por Bonifaz M. et al. (17), quienes informaron que el 76,7% tenían entre 19-29 años.

Mejía A. et al. (12) en su estudio observaron que el 22,5% de gestantes tenía entre 17 a 25 años, mientras que Rivera L. et al. (16) determinaron que el 56,4% tenían entre 19-29 años; datos que no pueden ser contrastados porque se utilizó otra clasificación.

La edad constituye un antecedente biogeográfico relevante para identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital, especialmente durante el embarazo. Las edades extremas, como la adolescencia o la etapa añosa, se consideran factores de riesgo significativos debido a su asociación con diversas patologías maternas y fetales. En este contexto, Heras J. (24), señala que es fundamental que las gestantes adolescentes o añosas inicien su control prenatal de manera temprana, permitiendo la detección precoz de enfermedades preexistentes que podrían generar complicaciones durante la gestación. Este enfoque favorece una atención integral y la prevención de desenlaces adversos.

En relación con el grado de instrucción, se observa que el 28,7% de las gestantes culminó la educación secundaria, mientras que el 20,7% no logró completarla. Los niveles de primaria completa e incompleta representan el 14,9% y el 12,6%, respectivamente. Con respecto a la educación de nivel superior, el 11,5% alcanzó un nivel universitario, y el 9,2% corresponde al nivel técnico. Por último, solo el 2,3% de las gestantes no recibió ningún tipo de educación.

Estos hallazgos son similares con los reportados por Rivera L. et al. (16), quienes identificaron que el 64,5% de las gestantes había culminado la educación secundaria. Asimismo, existe coincidencia con los resultados de Naula M. et al. (13), quienes encontraron que el 40,6% de las gestantes había completado la secundaria, con una diferencia de 11,9 puntos porcentuales. Por su parte, Medrano J. et al. (15) y Céspedes C. (18) informaron que la mayoría de su población concluyó la secundaria, con valores de 67,5% y 22,9%, respectivamente. No obstante, los resultados difieren de los reportados por Mejía A. et al. (12), cuyo estudio determinó que, el 40% de las gestantes eran estudiantes universitarias.

El nivel educativo tiene una estrecha relación con el comienzo tardío del control prenatal, dado que los niveles de educación más bajos suelen estar vinculados con un acceso limitado a información acerca de la relevancia de este cuidado y con obstáculos en la comprensión de las ventajas del control precoz. Las mujeres con una educación inferior pueden tener problemas para reconocer la necesidad de asistencia sanitaria durante la gestación o darle prioridad debido a restricciones económicas, sociales o culturales. Adicionalmente, la formación impacta en la habilidad para relacionarse con el sistema de salud, entender las recomendaciones médicas e identificar los signos de riesgo durante el embarazo.

En cuanto al estado civil, se observa que el 75,9% de las gestantes reportaron ser convivientes, el 20,7% casadas y el 3,4% solteras. Estos resultados son consistentes con los de Mejía A. et al. (12), quienes identificaron que el 70% de las gestantes eran convivientes, con una diferencia porcentual de 5,9 puntos. De manera similar, Medrano J. et al. (15) reportaron que, el 65% de las gestantes vivían en unión libre, lo que representa una diferencia de 10,9 puntos porcentuales. Por su parte, Céspedes C. (18) encontró un porcentaje de convivientes del 80,9%, con una diferencia de 5 puntos porcentuales, mientras que Rivera L. et al. (16) hallaron un 74,5% de gestantes convivientes, lo que implica una diferencia mínima de 1,8 puntos porcentuales.

Por otro lado, Naula M. et al. (13) reportaron en su investigación que el 53,9% de las gestantes pertenecían al grupo de las casadas, difiriendo así con los resultados del presente estudio. Estos datos destacan la alta prevalencia de la convivencia como estado civil, siendo una característica predominante entre las gestantes con diferentes estudios.

Según Naula M. et al. (13), el estado civil puede representar las dinámicas sociales y culturales que influyen en las decisiones vinculadas a la salud. En este contexto, el estado civil podría estar relacionado con el comienzo tardío de la atención prenatal, ya que las mujeres en unión libre o soltera pueden encontrarse con más obstáculos, tales como: escasez de estabilidad financiera, ausencia de respaldo emocional o desconocimiento de la relevancia del control prenatal precoz, en contraste con las mujeres casadas, que frecuentemente poseen redes de apoyo más sólidas.

Se registró una mayor cantidad de población de la zona rural con un 69%, mientras que las gestantes de procedencia urbana apenas alcanzaron el 31%. Estos resultados se armonizaron con los de Rivera L. et al. (16) quienes encontraron en su investigación un 59,9% de población rural, lo que representa una diferencia porcentual de 9,1 puntos.

Además, Mejía A. et al. (12) hallaron que el 100% de las gestantes en su estudio procedían de áreas urbanas, resultados que coinciden en gran medida con los de Medrano J. et al. (15), quienes encontraron un 88,5% de población urbana. De manera similar, Naula M. et al. (13) informaron que el 75,8% de las gestantes pertenecían a estas zonas, evidenciando una predominancia de este tipo de procedencia.

La procedencia es un factor determinante que puede influir en el inicio tardío del control prenatal, ya que está estrechamente vinculada a las condiciones socioeconómicas, culturales y el acceso a los servicios de salud. Las mujeres provenientes de áreas rurales suelen enfrentarse a mayores barreras geográficas, económicas y educativas que limitan su capacidad para iniciar un control prenatal oportuno. La disponibilidad limitada de servicios de salud, la falta de transporte y la escasez de personal de salud capacitado son factores críticos. Además, las diferencias culturales, como prácticas tradicionales o creencias, pueden influir en la percepción de la necesidad de atención obstétrica temprana. En contraste, las mujeres de zonas urbanas suelen tener mayor acceso a información, infraestructura sanitaria y recursos económicos, facilitando así un inicio más temprano del control prenatal.

En cuanto a la ocupación, se observa que, el 79,3% de las gestantes se dedican a las labores del hogar, mientras que el 10,3% se encuentran en etapa de formación académica. Por otro lado, el 3,4% trabaja de manera independiente y las que trabajan

en el sector público corresponden al 2,3% al igual que las que trabajan en el sector privado y las empleadas del hogar.

Estos resultados son comparables con los reportados por Céspedes C. (18), quien encontró que el 71,3% de su población estudiada se dedicaba a las labores del hogar como amas de casa, representando una diferencia porcentual de 8,2 puntos. Por su parte, Medrano J. et al. (15) identificaron que el 73,8% de las gestantes desempeñaban este rol, mostrando una diferencia de 5,5 puntos porcentuales en relación con los datos del presente estudio.

Investigadores como Mejía A. et al. (12) reportaron que el 60% de las gestantes tienen empleo, mientras que Bonifaz M. et al. (17) encontraron que el 35% de su población son obreras. Sin embargo, estos datos no son directamente comparables con los obtenidos en el presente estudio debido a las diferencias en la clasificación y tipo de empleo.

El empleo puede estar relacionado con el inicio tardío del control prenatal, especialmente en condiciones laborales precarias, como jornadas extensas, baja remuneración o falta de licencias médicas, que dificultan el acceso a la atención médica. Las trabajadoras del sector informal enfrentan mayores barreras, mientras que aquellas en empleos formales con horarios flexibles y licencias tienen menos limitaciones. En este caso la mayoría de las gestantes se dedican a labores domésticas, el cual puede ser un factor protector ya que evitaría todos los riesgos expuestos anteriormente. Por otro lado, esto destaca la necesidad de políticas laborales que favorezcan horarios flexibles y acceso equitativo a los servicios de salud materna.

Referente al aspecto económico el 89% tiene un ingreso menor al sueldo mínimo vital, y tan solo el 10,3% supera este umbral. No se encontraron similitudes con los demás estudios, sin embargo, difiere con los resultados reportados por Medrano J. et al. (15), ya que el 75% de su población tiene ingresos superiores al mínimo vital.

Mejía A. et al. (12) además indicaron que el 40% de su población pertenecen al estrato económico bajo al igual que Céspedes con un 66,9%. Inclusive Naula M. et al. (13) hallaron que el 50,4% de las gestantes corresponden a un nivel socioeconómico medio bajo. Sin embargo, estos resultados no pueden ser contrastados con los del estudio debido a que no consideran el sueldo mínimo como un factor económico.

El salario mínimo tiende a estar relacionado con el inicio tardío del control prenatal, ya que influye directamente en la capacidad económica de las gestantes para acceder al transporte, alimentación adecuada y otros recursos necesarios durante el embarazo.

Renes A. et al. (30), afirmaron que las mujeres que perciben un ingreso igual o menor al salario mínimo suelen enfrentarse a limitaciones financieras priorizando gastos básicos sobre la atención médica. Además, el costo de los servicios de salud en algunos contextos, junto con el acceso restringido a seguros médicos, puede disminuir el inicio temprano del control prenatal.

En relación con la distancia, se observa que, el 62,1% de las gestantes tarda menos de 30 minutos en llegar al establecimiento de salud, mientras que el 34,5% demora entre 30 y 60 minutos y solo el 3,4% de las gestantes tarda más de 60 minutos. Estos resultados difieren de los reportados por Medrano J. et al. (15), quienes encontraron que el 47,5% de las gestantes vivía a una distancia que les toma recorrer entre 30 y 60 minutos, el 40,7% más de una hora, y únicamente el 12,5% demora menos de 30 minutos. Además, reportaron que el 20% de su población vive a más de 1 hora.

Los estudios muestran que la accesibilidad geográfica a los servicios de salud es crucial para el uso oportuno de la atención prenatal. Las largas distancias hasta los centros de salud pueden generar barreras logísticas, económicas y sociales que afectan el acceso a la atención prenatal temprana (15). En zonas rurales con infraestructura de transporte limitado, las mujeres pueden retrasar las consultas prenatales, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad materna, coincidiendo con los resultados de este estudio ya que la población rural es mayor. Por el contrario, las zonas donde las mujeres viven más cerca de los centros de salud tienen mejor acceso y las consultas prenatales son más frecuentes.

En cuanto al medio de transporte que utilizan las gestantes para ir al establecimiento de salud, el 54% lo realiza caminado, mientras que el 46% utiliza algún tipo de transporte público. No se encontraron estudios que hayan considerado este aspecto, no obstante, es importante mencionar que el medio de transporte puede tener un impacto significativo en el inicio tardío del control prenatal debido a que determina en gran medida qué tan accesible, rápido, seguro y económico es para una mujer gestante llegar a un centro de salud. Cuando el transporte es inadecuado, costoso, inseguro o inexistente, las gestantes tienden a retrasar la búsqueda de atención prenatal, es por ello que en los resultados del presente estudio la mayoría de las

gestantes prefiere asistir a su control sin hacer uso del transporte público cuyos motivos estar asociados generalmente a la cercanía con el costo o inexistencia del transporte público ya que la mayor cantidad de población se encuentra en la zona rural, pero no solo ello, sino que, puede estar relacionado a la cercanía y la baja calidad de servicio que el transporte ofrece.

Las barreras pueden ser logísticas, como la infraestructura, la economía deficiente, el desplazamiento y la accesibilidad en emergencias. El tipo de transporte utilizado también puede influir en el tiempo necesario para llegar al establecimiento de salud, ya que el uso de transporte público, que generalmente es más lento y menos flexible en términos de horarios, puede hacer que las gestantes lleguen tarde o pierdan sus citas. El costo del transporte también puede tener un impacto socioeconómico, la regularidad y continuidad de las visitas prenatales pueden ser afectadas.

Tabla 02. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024

Gravidez	nº	%
Primigesta	27	31,0
Multigesta	52	59,8
Gran multigesta	8	9,2
Periodo intergenésico	nº	%
No aplica	27	31,0
Adecuado: 18 - 27 meses	22	25,3
Corto: menor de 18 meses	6	6,9
Largo: mayor de 5 años	32	36,8
Embarazo deseado	nº	%
Si	80	92,0
No	7	8,0
Embarazo planificado	nº	%
Si	3	3,4
No	84	96,6
Total	87	100,0

En la tabla 2, se evidencia que el 59,8% de las gestantes son multigestas, el 31% son primigestas y el 9,2% gran multigestas. Estos hallazgos son similares con los reportados por Rivera L. et al. (16), quienes identificaron un 62% de multigestas, mostrando una diferencia de 2,2 puntos porcentuales. Asimismo, coinciden con los resultados de Céspedes C. (18), reportando un 70,6% de incidencia para dicho grupo, evidenciándose una diferencia de 9,8 puntos porcentuales. Por otro lado, estos resultados marcan diferencias con los de Medrano J. et al. (15) que informaron que un 51% de su población corresponde a primigestas, al igual que Mejía A. et al. (12), con un 56,2%.

La gravidez se asocia con un inicio tardío del control prenatal debido a múltiples factores interrelacionados: muchas mujeres con embarazos previos confían en su experiencia y minimizan la necesidad de seguimiento médico temprano; además, enfrentan mayores responsabilidades familiares que dificultan su asistencia a consultas, especialmente si tienen recursos limitados como es el contexto del distrito de Jesús, ya que está considerada como una zona de extrema pobreza. Esta situación suele agravarse en contextos de bajo nivel socioeconómico y educativo, donde también pueden existir barreras geográficas o estructurales para acceder a los servicios de salud.

Por otro lado, la relación entre ser primigesta y el inicio tardío del control prenatal se debe a una combinación de factores psicosociales, educativos, culturales y de acceso

a la salud. Estas pueden estar gestionadas por la suficientemente información sobre la necesidad de comenzar temprano el control prenatal, enfrentando también barreras psicológicas y emocionales que las desmotivan a buscar atención, inclusive encontrar obstáculos socioeconómicos que retrasan su acceso a servicio.

En cuanto al período intergenésico, el 36,8% de la población presenta un intervalo superior a 5 años, considerado como largo. El 25,3% muestra un período dentro del rango adecuado (18 a 27 meses), mientras que el 6,9% reporta un intervalo corto, inferior a 18 meses. El único estudio que incluyó el análisis del período intergenésico fue el de Rivera L. et al. (16), aunque los resultados no pueden ser comparados directamente, ya que empleó una clasificación distinta. En su clasificación, define como adecuado un período intergenésico superior a 24 meses y como inadecuado uno igual o inferior a 24 meses, reportando que el 57% de su población se encuentra en una condición inadecuada.

De acuerdo con Zabala A. et al. (32), el periodo intergenésico sí tiene una relación con el inicio tardío del control prenatal, pero de una manera indirecta y mediada por varios factores. Un intervalo corto puede estar asociado con fatiga física y emocional, falta de planificación y la percepción de que no es necesario buscar atención prenatal temprana. En cambio, un intervalo largo puede generar desinformación, falta de urgencia y una menor percepción del riesgo. Ambos tipos de intervalos pueden estar vinculados al inicio tardío del control prenatal, pero cada uno lo hace de maneras diferentes.

El período intergenésico largo también tendría relación con el inicio tardío del control prenatal, siendo esta relación indirecta, ya que intervienen múltiples factores contextuales y socioeconómicos. No obstante, entre las posibles causas se encuentran la pérdida de familiaridad con los servicios de salud, la dificultad para reconocer tempranamente los signos del embarazo y una percepción de bajo riesgo, por lo que dichos aspectos no son ajenos a la realidad del distrito de Jesús, en donde la población tiene poco interés por asistir a los servicios de salud. Siendo preponderante el nivel educativo de las mujeres, el cual es deficiente, por lo que no reconocen la importancia de iniciar tempranamente el control prenatal.

El 92 % de las gestantes manifestaron haber deseado su embarazo, mientras que el 8 % no lo deseó. De manera similar, Medrano J. et al. (15) reportaron que el 87% deseaban su embarazo, lo que representa una diferencia de 5 puntos porcentuales. Mientras que los resultados de Rivera L. et al. (16), no coinciden con los del presente

estudio, hallando que el 53% de las gestantes no deseaban su embarazo al igual que Céspedes C. (18) con un 63%. El deseo o intencionalidad de gestación influye directamente en el momento de inicio del control prenatal, ya que las mujeres con embarazos deseados suelen buscar atención obstétrica, mientras que, en casos de embarazos no deseados o no planificados, el inicio suele ser tardío y en algunos casos inexistente. Esta situación puede deberse a la negación del embarazo, falta de preparación, barreras emocionales y sociales como el miedo o la vergüenza, además de limitaciones en el acceso a los servicios de salud. En la población de Jesús la mayoría de las mujeres desea iniciar una gestación, pero no tiene una planificación como tal y mucho menos acude a una atención preconcepcional.

Solo el 3,4 % de las gestantes planificaron su embarazo, mientras que el 96,6 % no lo hizo. Resultados similares a los reportados por Céspedes C. (18), quien encontró que el 91,3% no tuvo previsto embarazarse, lo que representa una diferencia porcentual de 5,3 puntos, al igual que Rivera L. et al. (16) con una diferencia de 2,8 puntos porcentuales. Sin embargo, Naula M. et al. (15) en su estudio reportaron que el 51,2% de gestantes si planificó su embarazo.

La planificación del embarazo influye de manera decisiva en el inicio del control prenatal, ya que las mujeres que planifican sus embarazos están motivadas y preparadas para buscar atención médica de manera temprana. En contraste, los embarazos no planificados suelen estar asociados con un inicio tardío del control prenatal, debido a factores emocionales, sociales y económicos que dificultan que la mujer busque atención médica a tiempo. Las intervenciones orientadas a mejorar la educación en salud reproductiva, así como a reducir las barreras sociales y económicas, pueden ayudar a reducir el inicio tardío del control prenatal, especialmente en embarazos no planificados.

Tabla 03. Inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024

Inicio de atención P.	nº	%
Antes de las 14 semanas de gestación	44	50,6
Después de las 14 semanas de gestación	43	49,4
Total	87	100,0

En la tabla 3, se observa que el 50,6% de las gestantes iniciaron su control prenatal de manera temprana, es decir, antes de las 14 semanas de gestación. Por otro lado, el 49,4% comenzó dicho control después de las 14 semanas, lo que refleja una alta incidencia de inicio tardío. Este dato resulta preocupante, ya que más del 40% de las gestantes inician el control prenatal de manera inadecuada, incrementando el riesgo de complicaciones y pone en peligro una maternidad saludable y segura. Es fundamental que las madres inicien su control prenatal lo antes posible, preferiblemente en el primer trimestre, para asegurar un seguimiento adecuado y minimizar los riesgos.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los reportados por Chilipio M. et al. (14), quienes encontraron que el 51,3% de su población inició el control prenatal de manera temprana, mientras que el 48,7% lo hizo de forma tardía, representando una diferencia porcentual de apenas 0,6 puntos. Estos hallazgos también se alinean con el 96,1% de la muestra de Naula M. et al. (13), donde comenzaron el control prenatal de manera temprana, así como con los resultados de Mejía A. et al. (12), en los que se reportó un 90%.

Los resultados obtenidos en este estudio difieren de los reportados por Bonifaz M. et al. (17), quienes encontraron que el 84,2% de las gestantes iniciaron su control prenatal de manera tardía. Hallazgos similares fueron reportados por Betancourt A. et al. (11), con un 98%, Medrano J. et al. (15), con un 87,2%, y Rivera L. et al. (16), con un 60,9%. Por otro lado, Céspedes C. (18), en su investigación, definió el inicio tardío como aquel posterior a las 13 semanas de gestación, reportando un porcentaje del 85,7%. Aunque no es posible realizar una comparación directa debido a las diferencias en los criterios utilizados, los resultados de estos estudios muestran una tendencia similar en cuanto a la alta proporción de inicio tardío del control prenatal.

El inicio temprano del control prenatal es fundamental para garantizar una gestación saludable y minimizar los riesgos tanto para la madre como para el bebé. Comenzar el control prenatal en el primer trimestre, preferentemente antes de las 14 semanas de gestación, permite la identificación temprana de posibles complicaciones, como hipertensión, diabetes gestacional, infecciones y malformaciones fetales, entre otras. Además, facilite la implementación de intervenciones apropiadas que pueden mejorar los resultados de la gestación y reducir la morbilidad y mortalidad.

Desde una perspectiva preventiva, el inicio temprano del control prenatal contribuye a la promoción de hábitos saludables, como la suplementación de ácido fólico, el control de peso y la vigilancia de factores de riesgo como el consumo de sustancias dañinas. También brinda la oportunidad de educar a las gestantes sobre el manejo de su salud durante este periodo. Por lo tanto, la promoción de un inicio temprano del control prenatal debe ser una prioridad en las políticas de salud pública, con el fin de garantizar el bienestar del binomio madre e hijo.

Tabla 04. Factores sociodemográficos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024

Factores sociodemográficos	Inicio de atención prenatal de la encuestada				Total		Chi-Cuadrado	
	Antes de las 14 semanas de gestación		Después de las 14 semanas de gestación					
	nº	%	nº	%	nº	%	X ²	P-Valor
Edad							4,932	0,424
15 - 19 años	6	6,9	4	4,6	10	11,5		
20 - 24 años	16	18,4	12	13,8	28	32,2		
25 - 29 años	13	14,9	11	12,6	24	27,6		
30 - 34 años	5	5,7	6	6,9	11	12,6		
35 - 39 años	3	3,4	4	4,6	7	8,0		
40 a más años	1	1,1	6	6,9	7	8,0		
Grado de instrucción							12,281	0,056
Sin instrucción	0	0,0	2	2,3	2	2,3		
Primaria incompleta	3	3,4	8	9,2	11	12,6		
Primaria completa	4	4,6	9	10,3	13	14,9		
Secundaria incompleta	14	16,1	4	4,6	18	20,7		
Secundaria completa	13	14,9	12	13,8	25	28,7		
Superior técnico	5	5,7	3	3,4	8	9,2		
Superior universitario	5	5,7	5	5,7	10	11,5		
Estado civil							3,22	0,851
Soltera	2	2,3	1	1,1	3	3,4		
Casada	9	10,3	9	10,3	18	20,7		
Conviviente	33	37,9	33	37,9	66	75,9		
Procedencia							0,389	0,533
Zona rural	29	33,3	31	35,6	60	69		
Zona urbana	15	17,2	12	13,8	27	31		
Ocupación							7,453	0,189
Estudiante	6	6,9	3	3,4	9	10,3		
Trabajadora independiente	1	1,1	2	2,3	3	3,4		
Ama de casa	33	37,9	36	41,4	69	79,3		
Sector público	2	2,3	0	0,0	2	2,3		
Sector privado	2	2,3	0	0,0	2	2,3		
Empleada del hogar	0	0,0	2	2,3	2	2,3		
Ingreso económico							1,040	0,308
Menor de 1 SMV	38	43,7	40	46,0	78	89,7		
1 SMV - 2 SMV	6	6,9	3	3,4	9	10,3		
Distancia al EE. SS.							0,203	0,150
Menos de 30 min	30	34,5	24	27,6	54	62,1		
De 30 - 60 min	14	16,1	16	18,4	30	34,5		
Mayor de 60 min	0	0,0	3	3,4	3	3,4		
Medio de transporte							0,010	0,921
Caminando	24	27,6	23	26,4	47	54,0		
Transporte público	20	23,0	20	23,0	40	46,0		
Total	44	50,6	43	49,4	87	100		

En la presente tabla se evidencia que los grupos etarios predominantes son de 20 a 24 y de 24 a 29 años de edad, con una mayor proporción en las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales antes de la semana 14 de gestación (18,4% y 14,9% respectivamente) en comparación con las que lo hicieron después (13,8% y 12,6% respectivamente). No se encontró una relación significativa entre la edad y el inicio de la atención prenatal ($p = 0,424$); dicho resultado es similar a los reportados por Naula M. et al. (13) ($p = 0,334$) y Mejía A. et al. (12) ($p = 0,122$). Céspedes C. (18) no encontró una relación significativa ($p = 0,285$). Sin embargo, Medrano J. et al. (15) sí encontraron una relación significativa con el inicio después de las 14 semanas de gestación. Una edad óptima para la maternidad es de los 20 a 30 años; a esta edad una mujer se encuentra preparada física, biológica y psicológicamente; eso garantiza de cierto modo asumir responsabilidades y compromisos con el embarazo y así poder acudir de forma temprana a su primera atención prenatal.

Medrano J. et al. (15) al respecto afirmaron que en este rango de edad las probabilidades de desarrollar alguna complicación, tanto para la madre como para el producto, son menores en comparación con mujeres con edades inferiores o superiores.

Respecto al grado de instrucción de las gestantes revela que el nivel educativo secundaria incompleta (16,1%) y completa (14,9%) fue mayor en aquellas que iniciaron sus controles prenatales antes de las 14 semanas; mientras que en las que comenzaron después, fue mayor la secundaria completa (13,8%) y primaria completa (10,3%). Estadísticamente no existe relación significativa el nivel educativo y el inicio del control prenatal ($p = 0,056$), coincidiendo con los hallazgos de Rivera L. et al. (16) ($p = 0,075$) y de Naula M. et al. (13) ($p = 0,121$) quienes no encontraron relación significativa. Sin embargo, difiere del estudio de Mejía A. et al. (12), quienes encontraron una relación significativa ($p = 0,030$). Sin embargo, las mujeres con bajo grado de instrucción tienen la tendencia a minimizar la importancia de acudir a su primera atención prenatal ya sea porque desconocen del tema o por las diferentes barreras culturales que obstaculiza la implementación adecuada de la atención prenatal ya sea por creencias arraigadas o porque la pareja no apoya para que así pueda tener sus atenciones prenatales óptimas. Una mujer con un mayor grado de instrucción va tender a buscar más información acerca de la importancia de acudir a un Centro de Salud para así poder llevar un embarazo saludable.

Según Naula M. et al. (13) el grado de instrucción de las gestantes es fundamental durante el cuidado prenatal, pues contribuye a valorar su importancia, reconocer los beneficios de la atención temprana y facilita la identificación de signos de alarma durante el embarazo.

En cuanto al estado civil, ambos grupos tuvieron las mismas proporciones de los estados civiles conviviente y casada (37,9% y 10,3% respectivamente); mientras que ser soltera predominó más en las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas (2,3%) a diferencia de las que iniciaron después (1,1%). Con respecto a la relación entre el estado civil y el inicio de la atención prenatal, fue no significativo ($p = 0,851$). Estos resultados son similares a los reportados por Mejía A. et al. (12) ($p = 0,056$), Medrano J. et al. (15) (0,134) y Céspedes C. (18) ($p = 0,074$), quienes no encontraron relación significativa. Pero son contradictorios con los resultados de Rivera L. et al. (16) ($p = 0,045$) y de Naula M. et al. (13) ($p = 0,035$), quienes sí encontraron una relación significativa. En algunos contextos, el estado civil favorece el comienzo temprano de la atención prenatal. Generalmente, las gestantes con pareja suelen tener más apoyo; esto incluye compartir roles, responsabilidades y tener estabilidad financiera.

Araujo (39) señaló que las gestantes que hayan iniciado sus atenciones prenatales de manera temprana, independientemente de su estado civil lo han hecho motivadas por otros factores o en muchos casos por presentar cuadros clínicos de patologías que solamente podrían ser tratadas en el Centro de Salud.

Respecto a la procedencia, la zona rural en ambos grupos fue mayoritaria, con una proporción más alta en las mujeres que iniciaron sus atenciones después de las 14 semanas de gestación (35,6%), en contraste con las que iniciaron tempranamente sus controles prenatales (33,6%). El análisis estadístico no encontró una relación significativa entre la procedencia y el inicio de la atención prenatal ($p = 0,533$). Algo similar encontró Rivera L. et al. (16) ($p = 0,332$); sin embargo, el estudio de Mejía A. et al. (12) ($p = 0,043$), de Medrano J. et al. (15) ($p = 0,02$) y de Naula M. et al. (13) ($p = 0,021$) encontraron una relación significativa entre la procedencia y el inicio tardío de la atención prenatal. Aunque la procedencia no es determinante para el inicio temprano de la atención prenatal, las gestantes de las áreas rurales suelen tener mayores limitaciones para acceder tempranamente al control prenatal, debido a que enfrentan barreras geográficas, económicas y educativas.

Céspedes C. (18) nos dice 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 de la primera atención prenatal.

Sobre la ocupación, el ser ama de casa predomina en ambos grupos, con mayor proporción en gestantes de inicio tardío de atención prenatal (41,4%) versus una proporción del 37,9% en las gestantes con inicio temprano de control prenatal, estableciéndose que no existe relación significativa entre ambas variables ($p = 0,189$), resultados similares fueron reportados por Céspedes C. (18), quien observó predominio de amas de casa sin relación significativa con el inicio de atención prenatal ($p=0,205$), al igual que Medrano J. et al. (16) ($p=0,176$) y Mejía A. et al. (12) ($p=0,231$). En contraposición, Bonifaz M. et al. (17) encontraron asociación significativa entre ocupación y el inicio de la atención prenatal ($p=0,042$). De acuerdo a los resultados obtenidos las mujeres que se dedican al cuidado de su hogar tienen más probabilidad de que acudan de manera tardía a su primera atención prenatal, por el mismo hecho de no tener el tiempo para acudir a solicitar una cita.

Renes A. (30) indicó que el empleo, sobre todo cuando las gestantes tienen que someterse a largas jornadas, remuneraciones bajas o falta de licencias, podría interferir con el inicio temprano de la atención prenatal. Independientemente de la ocupación, existen otros factores que trascienden la condición laboral e impactan uniformemente en la decisión de inicio de la atención prenatal.

Del ingreso económico, se puede evidenciar que el ingreso económico menor de 1 SMV predominó tanto en gestantes con inicio tardío de la atención prenatal (46%) como en el inicio temprano (43,7%). Mientras que el ingreso económico de 1 SMV-2 SMV fue mayor en las gestantes que iniciaron tempranamente su atención prenatal (6,9%) a diferencia de las que iniciaron tardíamente (3,4%). Además, la relación entre el ingreso económico y el inicio de la atención prenatal no es estadísticamente significativa ($p = 0,308$), estos hallazgos coinciden con lo reportado por Mejía A. et al. (12) ($p = 0,297$), así como con Naula M. et al. (13), que tampoco encontraron asociación significativa ($p = 0,322$). Sin embargo, Medrano J. et al. (15), sí determinaron relación estadística entre el ingreso económico y retraso en la búsqueda de atención prenatal ($p = 0,031$). Los ingresos económicos que perciba la mujer son importantes, por tanto, le va a permitir tener autonomía económica, tomar

sus propias decisiones, y no permitir ser controlada por el hombre, en consecuencia, no poder acudir a una atención prenatal temprana. Sin embargo, esta situación en la población de estudio las mujeres no pueden generar su propio dinero y están sujetas a lo que la pareja le indique, incluso tratándose de acudir de manera temprana a su APN y así poder asegurar el bienestar tanto de la madre como de su bebé.

Según Cáceres (38) el ingreso económico está estrechamente relacionado con la toma de decisión para así poder acudir a su primera atención prenatal, considerando que las personas de ingresos económicos menores tienden a tener un nivel educativo bajo, factores que disminuyen el compromiso que tiene las gestantes de acudir tempranamente a la atención prenatal.

El acceso temprano a la atención prenatal representa un desafío significativo para la salud materno-infantil, particularmente cuando consideramos factores geográficos. En la presente tabla se evidencia que la mayoría de gestantes vivían a menos de 30 minutos del establecimiento de salud. Aunque la proporción fue mayor en las gestantes con atención prenatal temprana (34,5%), en comparación con las de inicio tardío (27,6%), esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0,150$). Estos hallazgos contradicen lo reportado por Medrano J. et al. (15), quienes encontraron una asociación entre proximidad al centro de salud e inicio temprano de controles prenatales ($p = 0,003$). Esto sugiere que la accesibilidad geográfica, aunque importante, no constituye el único determinante para el inicio oportuno de la atención prenatal en esta población.

Medrano J. et al. (15) afirmaron que la distancia al centro de salud se considera un obstáculo que pueden dificultar el acceso a la primera atención prenatal y contribuir a la asistencia tardía. Es importante considerar estos factores para mejorar el acceso a la atención prenatal y reducir la morbilidad materna y perinatal.

Por otro lado, caminar fue el medio de transporte más común en ambos grupos, con proporciones similares entre gestantes que iniciaron sus controles antes de las 14 semanas (27,6%) y aquellas que lo hicieron después (26,4%), siendo esta relación estadísticamente no significativa ($p = 0,921$). No se encontraron estudios que hayan considerado este aspecto, pero es importante mencionar que el medio de transporte puede influir en el inicio del control prenatal, puesto que, si una gestante vive lejos de su establecimiento de salud y camina largas jornadas, se encontrará menos motivada para acudir a sus citas.

Tabla 05. Factores obstétricos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024

Factores obstétricos	Inicio de atención prenatal de la encuestada				Total		Chi-Cuadrado	
	Antes de las 14 semanas de gestación		Después de las 14 semanas de gestación					
	nº	%	nº	%	nº	%	X ²	P-Valor
Gravidez							2,496	0,287
Primigesta	17	19,5	10	11,5	27	31		
Multigesta	23	26,4	29	33,3	52	59,8		
Gran Multigesta	4	4,6	4	4,6	8	9,2		
Periodo intergenésico							2,97	0,396
No aplica	17	19,5	10	11,5	27	31		
Adecuado: 18 - 27 meses	11	12,6	11	12,6	22	25,3		
Corto: menor de 18 meses	2	2,3	4	4,6	6	6,9		
Largo: mayor de 5 años	14	16,1	18	20,7	32	36,8		
Embarazo deseado							4,01	0,045
Si	43	49,4	37	42,5	80	92		
No	1	1,1	6	6,9	7	8		
Embarazo planificado							0,37	0,543
Si	1	1,1	2	2,3	3	3,4		
No	43	49,4	41	47,1	84	96,6		
Total	44	50,6	43	49,4	87	100		

En la tabla 5 se evidencia que la gravidez Multigesta tuvo una mayor proporción en las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales después de las 14 semanas de gestación (33,3%) en comparación con las que iniciaron antes (26,4%); por el contrario, existe mayor proporción de primigesta en las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas (19,5%) en comparación con las que lo hicieron después (11,5%). No se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la gravidez y el inicio de la atención prenatal (0,287). Estos resultados se corroboran con los encontrados por Rivera L. et al. (16), quien encontró algo similar entre la gravidez y el inicio tardío en su estudio ($p = 0,125$); también con los encontrados por Céspedes C. (18) ($p = 0,231$). En tanto que los resultados difieren con los presentados por Medrano J. et al. (15) ($p = 0,043$) y con los de Mejía A. et al. (12) ($p = 0,002$), quienes encontraron una relación significativamente estadística.

La experiencia previa de un embarazo influye en los comportamientos de los embarazos futuros, esta experiencia incluye los cambios experimentados en el embarazo, el parto y la maternidad misma. Depende de cuán satisfactorios han sido estos eventos para que una mujer desee hijos en un futuro y adopte comportamientos positivos en su cuidado prenatal y así acuda de manera temprana a su primera atención prenatal.

Guillén y Sánchez (37) exponen que las primigestas viven la experiencia del embarazo con cierta curiosidad, favoreciendo la adopción de comportamientos positivos en el cuidado prenatal. Sin embargo, el éxito del cuidado prenatal no depende únicamente de estos factores y el inicio temprano de la atención prenatal puede estar favorecido por otros elementos.

Respecto al periodo intergenésico, las gestantes que iniciaron tardíamente sus atenciones prenatales tuvieron principalmente un periodo intergenésico largo (20,7%) a diferencia de la mayoría (19,5%) de las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas, quienes no tuvieron periodo intergenésico. Pese a esta diferencia, no existe relación significativa entre el periodo intergenésico y el inicio de la atención prenatal. Rivera L. et al. (16) encontraron que el periodo intergenésico se relacionaba significativamente al inicio tardío de la atención prenatal ($p=0,003$). No se encontró más estudios que evaluaran esta variable. El periodo intergenésico adecuado es fundamental para que las mujeres se puedan recuperar y así puedan aceptar el embarazo actual, obtener la información adecuada de acudir a su primera atención prenatal para que así no se desencadenen factores de riesgo y complicaciones en el embarazo parto y puerperio.

Samías y Stanikzai (36) determinaron en su investigación que los periodos cortos suelen relacionarse con la fatiga física y emocional, falta de planificación y la percepción de que no es necesario buscar atención prenatal temprana debido a la falta de preparación hace que se inicie de forma tardía la primera atención prenatal. Por el contrario, los periodos largos están asociados a la desinformación, falta de urgencia y una menor percepción del riesgo.

La proporción de embarazo deseado fue mayor en las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas (49,4%) en comparación con las que lo hicieron después (42,5%). Con respecto a la relación entre el embarazo deseado y el inicio de la atención prenatal, resultó significativa ($p = 0,045$). Esto es consistente con lo que encontró Céspedes C. (18), quien demostró una asociación

estadísticamente significativa entre el embarazo deseado y el inicio tardío del control prenatal ($p = 0,001$). En contraste, Naula M. et al. (13) no reportaron una relación estadísticamente significativa entre el embarazo deseado y el inicio tardío del control prenatal ($p = 0,061$).

Entre el embarazo deseado con el inicio tardío de la atención prenatal si existió relación significativa, este vínculo se explica porque las mujeres con embarazos deseados acuden de forma tardía a su primera atención prenatal dado que la pareja puede desear el embarazo, pero no está consciente de que al concebir tiene que acudir la gestante a su primera atención prenatal, también se tiene que existen gestantes que iniciaron su primera atención prenatal en consultorios privados pero por falta de ingresos económicos deciden acudir al centro de salud y llegan de manera tardía, otras dificultades son el que sea un embarazo adolescente la cual por el temor y vergüenza no acude al centro de salud, el tener más de 4 embarazos también hace que se retrase la atención prenatal ya que por el mismo hecho de que la gestante anteriormente desarrollo sus gestaciones con normalidad asume que con la gestación actual será de la misma manera y en este caso el embarazo es deseado pero acude de forma tardía a su primera atención prenatal.

En cuanto al embarazo planificado, ambos grupos y en proporciones similares manifestaron que no habían planificado sus embarazos (49,4% y 47,1%, respectivamente). Mientras que el embarazo planificado fue mayor en las gestantes que iniciaron sus atenciones prenatales luego de las 14 semanas (6,9% versus el 1,1% en las que iniciaron temprano su control prenatal). Con respecto a la relación entre el embarazo planificado y el inicio de la atención prenatal, no fue estadísticamente significativa ($p=0,543$). Este hallazgo es diferente al de Chilipio M. et al. (14) quienes reportaron una correlación significativa entre el embarazo planificado y el inicio tardío del control prenatal ($p = 0,004$). La planificación del embarazo resulta en la predisposición para el cuidado prenatal; esto significa que las gestantes que planifican su embarazo están más informadas, motivadas y preparadas para buscar atención médica de manera temprana, por tanto, influye en el inicio precoz del control prenatal.

Según Quijaite et al. (8) la gestante cuando enfrenta un embarazo no planificado, va tardar un tiempo en procesar la noticia de ser madre por primera vez o convertirse en madre otra vez, en este lapso de tiempo, va tardar en buscar atención prenatal de inmediato por lo tanto llega de forma tardía a su primera atención prenatal.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de gestantes atendidas perteneció al grupo etario de 20-24 años, la mayoría tenían secundaria completa, eran convivientes, procedían de zona rural, amas de casa, y un ingreso económico menor de 1 SMV.
2. El mayor porcentaje de las gestantes fueron multigestas, con un periodo intergenésico largo, un embarazo deseado y embarazo no planificado.
3. El porcentaje de gestantes que iniciaron tardíamente su control prenatal fue de 49,4%.
4. Respecto a la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal no guardaron relación significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis afirmativa.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el siguiente trabajo se realiza las siguientes recomendaciones:

1. A los profesionales del Centro de Salud Jesús, realizar campañas y programas educativos dirigidos tanto a la población en general como a grupos específicos en riesgo, con el objetivo de internalizar la importancia del inicio temprano de la atención prenatal.
2. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, hacer énfasis en realizar charlas educativas concernientes a la importancia de la atención prenatal durante el primer trimestre y las complicaciones que se puedan desencadenar al acudir tardíamente, de esta manera poder sensibilizar a las gestantes sobre una adecuada y oportuna atención prenatal.
3. A los futuros tesisistas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia continuar realizando trabajos de investigación en los temas de atención prenatal, en poblaciones más grandes para así poder identificar los factores asociados a una atención prenatal tardía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica Clínica. Atención Prenatal de Bajo Riesgo. Argentina. [Internet].2023. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/GPC%20Atenci%C3%B3n%20Prenatal%20de%20Bajo%20Riesgo%2023.pdf> [Internet].
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. [Internet]. 2024. Cuidado Prenatal. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. [Internet]. 2017. [citado 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
4. Cáceres M, Ruiz M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2021. Revista colombiana de obstetricia y ginecología, 69(1), 22.
5. Rivera Félix LM, Burgos López NH, Gómez Díaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Hualal y Chancay, Perú. An Fac Med [Internet]. abril de 2019-2021 [citado 23 de enero de 2025]; 79(2):131-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000200005
6. Tessema D, Kassu A, Teshome A, Abdo R. Timely Initiation of Antenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women Attending at Wachemo University Nigist Eleni Mohammed Memorial Comprehensive Specialized Hospital, Hossana, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. J Pregnancy [Internet]. [citado 21 de enero de 2025]: e7054381. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2023/7054381/>.
7. Perú. Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el Contexto de COVID-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y de desarrollo. Lima. [Internet]. 2022. [citado 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-07-25/mclcp-reporte-sobre-situacion-de-la-mortalidad-materna-junio-2022v14.pdf>

8. Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.45 no.4, 2021.
9. Juárez C, Villalobos A, Valenzuela A, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. Gac Sanit vol.34 no.6, 2020.
10. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Internet]. 2020. [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
11. Betancourt A, Van A, Ysabel M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. 4(7), 2021, pp. 74 – 96.
12. Mejía A, Jiménez A, Siachoque B. Factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al Control Prenatal en la gestante de un Centro de Salud de Bucaramanga en el primer semestre de 2020. Tesis de pregrado. Colombia. [Internet]. 2020. [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/7544be3c-22b3-4694-8412-83623f573f4c/content>
13. Naula M, Pacheco M. Factores Psicológicos y Sociales que influyen en el Control Prenatal. Tesis de pregrado. Ecuador. [Internet]. 2020 [citado 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29659/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
14. Chilipo M, Santillán J. Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. Revista Internacional de Salud Materno Fetal.2020;4(1):3–9.
15. Medrano J, Finquin A. Factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en un Establecimiento de Salud. Tesis de pregrado. Lima. [Internet]. 2022. [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/704/TESIS%20FINQUIN-MEDRANO%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Rivera L, Burgos N, Gomez J, Moquillaza V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. Anales de la

- Facultad de Medicina. 2020 J29;79(2):131.
17. Bonifaz M, García M. Factores relacionados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el hospital San José de Chincha. Tesis de pregrado. Ica. [Internet]. 2021. [citado 22 de marzo de 2024]. Disponible en: http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1005/1/BO_NIFAZ%20CAMPOS-GARCIA%20BENDEZU.pdf
 18. Céspedes V. Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de Salud la Tulpuna. Tesis de pregrado. Cajamarca. [Internet]. 2018. [citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018. 1;44(1):1–3.
 20. Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima. [Internet]. 2018. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
 21. Guía de asistencia Práctica. Control prenatal del embarazo normal Prenatal. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2018;61(5):510-527
 22. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima. [Internet. 2013. [citado 29 de marzo de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
 23. OPS. Biblioteca virtual en salud. Factores sociodemográficos. [Internet]. [citado 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/th/s/resource/?id=59890>
 24. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011, 54(11). pp. 575-580
 25. Perú. Perfil de País. [Internet]. 2019. [citado 3 de abril de 2024]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_informe_pdfs/peru_25_09_19.pdf

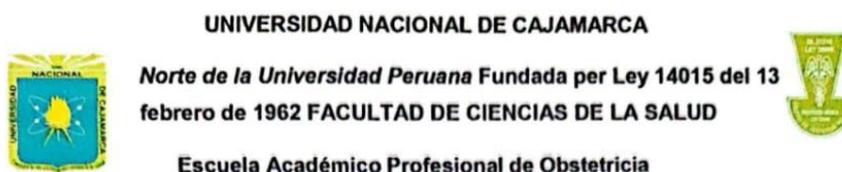
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Perfil sociodemográfico del Perú. Lima. [Internet]. 2008. [citado 3 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1136/libro.pdf
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Glosario de Términos. [Internet]. [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1397/glosario.pdf
28. Sánchez M. Diferencia entre trabajadores dependientes e independientes en el sector Salud. [Internet]. 2021. [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.legalsas.com/post/diferencia-entre-trabajadores-dependientes-e-independientes-en-el-sector-salud>
29. Valor Remuneración Mínima Vital (sueldo mínimo) [Internet]. [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/476-valor-remuneracion-minima-vital-sueldo-minimo>
30. Brenes A, Yáñez I, Menese J, Poblano O, Vertiz J, Saturno P. Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. Salud Pública de México. [Internet]. 2020. [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600798
31. Manuales MSD. Evaluación de la paciente obstétrica [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [Internet]. 2019. [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>
32. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R, Zavala A, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018. 1;83(1):52–61
33. Ministerio de salud, mujeres gestantes que recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo [Internet]. [citado 25 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/606520-en-el-2021-el-79-1->

[demujeres-gestantes-recibieron-su-primer-control-prenatal-en-el-primer-trimestre-deembarazo.](#)

34. Tessema D, Kassu A, Teshome A, Abdo R. Inicio oportuno de la atención prenatal y factores asociados entre las mujeres embarazadas que asisten al Hospital Integral Especializado Nigist Eleni Mohammed Memorial de la Universidad de Wachemo, Hossana, Etiopía: un estudio transversal. J Embarazo [Internet] [citado 21 de enero de 2025]; e7054381. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2023/7054381/>.
35. Nasly I, Piedad A. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica Revista de la Facultad de Medicina, vol. 67, núm. 3, pp. 519-523, 2019 Universidad Nacional de Colombia. [Citado 03 junio 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5763/576366816019/html/>
36. Samiah S, Stanikzai MH, Wasiq AW, Sayam H. Factores asociados con el inicio tardío de la atención prenatal en embarazadas que asisten a un centro de salud integral en la provincia de Kandahar, Afganistán. Indian J Public Health [Internet]. septiembre de 2021 [citado 06 junio de 2025]; 65(3):298. Disponible en: https://journals.lww.com/ijph/fulltext/2021/65030/factors_associated_with_late_antenatal_care.16.aspx
37. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramos JL, Toscano Márquez T, Garrido Fernández MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria [Internet]. 30 de junio de 1999 [citado 25 de abril de 2024]; 24(2):66-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistaatencion-primaria-27-articulo-educacion-maternal-atencion-primaria-eficacia-13305>
38. 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.
39. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. revista de la Facultad de medicina. 2019 Noviembre 8: p. 305-310

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario aplicado a las gestantes



**CUESTIONARIO DIRIGIDO A GESTANTES QUE INICIARON SUS ATENCIONES
PRENATALES ANTES Y DESPUES DE LAS 14 SEMANAS EN EL CENTRO DE
SALUD JESÚS, CAJAMARCA**

A continuación, se le presenta una serie de preguntas, en la cual seleccione la respuesta más adecuada. Se agradece de antemano su colaboración y apoyo a la investigación.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

- Menor de 15 años ()
- 15-19 años ()
- 20-24 años ()
- 25-29 años ()
- 30-34 años ()
- 35-40 años ()
- 40 a más años ()

2. Grado de instrucción

- Sin instrucción ()
- Primaria incompleta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Superior técnico ()
- Superior universitario ()

3. Estado civil

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()

4. Procedencia

- Zona rural ()
- Zona urbana ()

- 5. Ocupación**
- Estudiante ()
 - Trabajadora independiente ()
 - Ama de casa ()
 - Sector público ()
 - Sector privado ()
 - Empleada del hogar ()
- 6. Ingreso económico (Según ingreso mensual en su hogar)**
- Menor de 1SMV ()
 - 1SMV-2SMV ()
 - 3SMV-más ()
- 7. Distancia de su domicilio al establecimiento de salud**
- Menos de 30 min ()
 - De 30-60 min ()
 - Mayor de 60 min ()
- 8. Medio de transporte que utiliza**
- Caminando ()
 - Vehículo propio ()
 - Transporte público ()
 - Otros:

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

G P

- 9. Gravidez**
- Primigesta ()
 - Multigesta ()
 - Gran Multigesta ()
- 10. Periodo intergenésico**
- No aplica
 - Adecuado: 18-27 meses ()
 - Corto: menor de 18 meses ()
 - Largo: mayor de 5 años ()
- 11. Embarazo deseado**
- SI ()
 - NO ()
- 12. Embarazo planificado**
- SI ()
 - NO ()

III. INICIO DE LA ATENCION PRENATAL

- Antes o a las 14 semanas ()
- Después de las 14 semanas ()

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



A usted, se le invita a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender lo siguiente. La presente investigación es conducida por la Bachiller en Obstetricia, Hilda Milagros Pinedo Vidaurre que está llevando a cabo un estudio sobre los “Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024”. El propósito de esta investigación es identificar factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal, ya sean factores sociodemográficos y obstétricos. Se entrevistarán a todas las gestantes que inician su primer control prenatal y tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Si usted desea participar, responda a las preguntas de la encuesta; su participación es completamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y anónima.

Si alguna pregunta durante la encuesta le parece incómoda, tiene derecho a hacerlo saber al investigador o a no responderla.

Participante

Investigador

Hilda Milagros Pinedo Vidaurre

Anexo 3: SOLICITUD AL CENTRO DE SALUD JESÚS



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



SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO

EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS

Dra. Jessica Nimboma Casanova

Jefa del Centro de Salud Jesús-Cajamarca

YO, Hilda Milagros Pinedo Vidaurre, identificada con DNI N° 75616503, con domicilio en calle Los Pinos 475, teléfono 951513359, Bachiller de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted me presento con el debido respeto y expongo:

Que, por motivo de estar culminando la Carrera de Obstetricia y para obtener mi título profesional de Obstetra estoy realizando el proyecto de tesis denominada: FACTORES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN PRENATAL TARDÍA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024. Es necesario destacar que las mujeres que acuden a esta institución representan una población idónea para realizar mi estudio.

Por tal motivo, solicito a usted me autorice de realizar la presente investigación y así de esta manera tener el permiso correspondiente para entrevistar a las mujeres que acuden diariamente a la institución que usted dignamente dirige, cuyos datos obtenidos serán usados exclusivamente con fines de investigación.

Por lo expuesto:

Solicito a usted acceder a mi petición por ser de justicia.

Cajamarca 16 de julio del 2024

.....
Pinedo Vidaurre Hilda Milagros

Jessica Nimboma Casanova
MÉDICO CIRUJANO
C.M. 78699
Autorizado 16/7/24
9:36 hrs.

ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO 1



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



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Jana Julián Castro
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Maestro en Ciencias.
ESPECIALIDAD	Obstetricia de Alto Riesgo
EXPERIENCIA PROFESIONAL. (en años)	30 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Universidad Nacional de Cajamarca
CARGO	Docente.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:
FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Hilda Milagros Pinedo Vidaurre

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El cuestionario será aplicado a todas las gestantes que inician su atención prenatal después de las 14 semanas de gestación en el centro de salud Jesús.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	x											
2	x											
3	x											
4	x											
5	x											
6		x										
7	x										Especificar el monto < >	
8												
9												
10			x								Preguntas Técnicas Cambiarlas	
11			x								Preguntas Técnicas Cambiarlas	
12			x									
13	x											
14	x											
15												
16												
17											Agregar si conoce desde cuando se debe realizar el control prenatal el motivo porque no accedieron atendiendo los 4 ses.	
18												
19											Preguntar por el trato que se brinda personal de salud.	
20												
21												
Aspectos Generales										Sí	No	*****

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	x	Existen palabras técnicas.
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	x	Sí
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	x	
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir	x	Faltaron algunos

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 29/06 Firma: Jana Julián Castro E mail: Teléfono:

Elaborado por Corral Y C. **Jana Julián Castro**
OBSTETRA
COP. 6584

EXPERTO 2



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



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	JUANA FLOR QUIÑONES CRUZ.
2. PROFESIÓN	OBSTETRA.
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRO EN CIENCIAS
ESPECIALIDAD	SAUD PÚBLICA.
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	35 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL II CAJAMARCA ESALUD.
CARGO	OBSTETRA ASISTENCIAL.

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Hilda Milagros Pinedo Viduarre

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El cuestionario será aplicado a todas las gestantes que inician su atención prenatal después de las 14 semanas de gestación en el centro de salud Jesús.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	/		/			/	/		/		*****	
2	/		/			/	/		/			
3	/		/			/	/		/			
4	/		/			/	/		/			
5	/		/			/	/		/			
6	/		/			/	/		/			
7	/		/			/	/		/			
8	/		/			/	/		/			
9	/		/			/	/		/			
10	/		/			/	/		/			
11	/		/			/	/		/			
12	/		/			/	/		/			
13	/		/			/	/		/			
14	/		/			/	/		/			
15	/		/			/	/		/			
16	/		/			/	/		/			
17	/		/			/	/		/			
18	/		/			/	/		/			
19	/		/			/	/		/			
20	/		/			/	/		/			
21	/		/			/	/		/			
Aspectos Generales										Sí	No	*****

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	/	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	/	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	/	
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir	/	

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 12/03/2024 Firma: *[Firma]* E mail: jquiranesc@unc.edu.pe Teléfono: 942642822.
Elaborado por Corral Y (2009)

EXPERTO 3



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



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Ruth Elizabeth Vigo Dardales
2. PROFESIÓN	Obstetriz
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Doctor en Ciencias
ESPECIALIDAD	Salud
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	32 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	U. N. C
CARGO	Docente

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Hilda Milagros Pinedo Vidaurze

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Jesús, 2024.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El cuestionario será aplicado a todas las gestantes que inician su atención prenatal después de las 14 semanas de gestación en el centro de salud Jesús.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	✓		✓				✓	✓		✓		
2	✓		✓				✓	✓		✓		
3	✓		✓				✓	✓		✓		
4	✓		✓				✓	✓		✓		
5	✓		✓				✓	✓		✓		
6	✓		✓				✓	✓		✓		
7	✓		✓				✓	✓		✓		
8	✓		✓				✓	✓		✓		
9	✓		✓				✓	✓		✓		
10	✓		✓				✓	✓		✓		
11	✓		✓				✓	✓		✓		
12	✓		✓				✓	✓		✓		
13	✓		✓				✓	✓		✓		
14	✓		✓				✓	✓		✓		
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
Aspectos Generales										Sí	No	*****

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario Sí

Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación Sí

Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial Sí

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir No *Incluir apoyo de la pareja. Dependencia de la pareja/familia*

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 2-3-24 Firma: Ruth Vigo E-mail: rvigo@unc.edu.pe Teléfono: 971 310800

Elaborado por Corral Y (2009)

Ruth Vigo
Dra. Ruth E. Vigo D.
COP 4588

ANEXO 5:

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

**“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS, 2024”**

Resumen de procesamiento de casos

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

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,867	18

El instrumento presenta un alfa de Cronbach 0,867 lo cual muestra un alfa de cronbach bueno, lo que demuestra que el instrumento es confiable.

ANEXO 6: TURNITIN

Hilda Milagros Pinedo Vidaurre

TESIS MILAGROS TERMINADA.pdf

TESIS DE PREGRADO
TESIS DE PREGRADO
Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::3117:466127974

Fecha de entrega
10 jun 2025, 9:29 p.m. GMT-4

Fecha de descarga
11 jun 2025, 11:20 a.m. GMT-4

Nombre de archivo
TESIS MILAGROS TERMINADA.pdf

Tamaño de archivo
1.4 MB

70 Páginas
18.028 Palabras
96.992 Caracteres

turnitin Página 1 of 77 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:466127974

turnitin Página 2 of 77 - Descripción general de Integridad

Identificador de la entrega trn:oid::3117:466127974

24% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 22%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.