



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

“Características socioculturales como factores de riesgo del control prenatal reenforcado tardío”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Apaza Lazarinos, Deysi (ORCID: [0000-0002-9049-4766](https://orcid.org/0000-0002-9049-4766))

ASESOR:

Mgr. Correa Arangoitia, Alejandro (ORCID: [0000-0001-9171-1091](https://orcid.org/0000-0001-9171-1091))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

TRUJILLO - PERÚ

2021

DEDICATORIA

Por todo lo que soy, dedico mi tesis a mis adorados padres, el denuedo con el que me apoyaron para cumplir un deseo que solo en sueños podría realizar y ahora forma parte de mi realidad. A mi hermana Tati por las tazas de café amargo y dulce que abundaron en mi pregrado.

A mi mayor inspiración, Leo.

APAZA LAZARINOS DEYSI

AGRADECIMIENTO

Primeramente a mi Dios, por regalarme esta segunda oportunidad de vivir y cumplir el sueño más anhelado, ser médico.

A mis amados padres por creer en mí, todo el sacrificio que realizaron no fue en vano, espero ser un instrumento de bendición para ustedes.

A mi asesor de tesis el doctor Alejandro E. Correa Arangoitia, por su infinita paciencia y orientación como docente de igual manera a la UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO, por el apoyo brindado en el proceso de titulación.

A mí, por ser perseverante, tener la convicción de que todo es posible.

APAZA LAZARINOS DEYSI

PRESENTACIÓN

Miembros del Jurado: Acorde con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, presentamos nuestra Tesis titulada: **“CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES COMO FACTORES DE RIESGO DEL CONTROL PRENATAL REENFOCADO TARDÍO”**, la sometemos a su deliberación y confiamos que cumpla la aprobación requerida para obtener el título profesional de MÉDICO CIRUJANO.

APAZA LAZARINOS DEYSI

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	ii
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE.....	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación	13
3.3 Población y muestra	13
3.4 Técnica e instrumentos	14
3.5 Procedimiento.....	15
3.6 Método de análisis de datos.....	15
3.7 Aspectos éticos.....	15
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS Y APÉNDICES	33

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1.

Estado civil como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.....15

TABLA N°2

Escolaridad como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.....16

TABLA N°3

Ocupación ama de casa como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.....17

TABLA N°4

Violencia familia como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.....18

TABLA N°5

Embarazo no planeado como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.....19

TABLA N°6

Análisis multivariado de control prenatal tardío reenforcado y factores de riesgo.....20

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características socioculturales que están asociados al control prenatal reenforcado tardío en gestantes atendidas en el Centro de salud Alto de la Alianza, periodo 2018 a 2019.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, de casos y controles de pacientes que acudieron al centro de salud nivel I-3. Se tuvo como muestra 330 gestantes (110 casos, 220 controles) con primer control prenatal oportuno y tardío, la clasificación fue según la semana de gestación en la que se encontraban. Se procedió a llenar las ficha de recolección de información de las historias perinatales según cumplían criterios de inclusión, para ser almacenados en el programa SPSS para análisis estadístico y cruce de variables posteriormente se obtuvo la razón de momios y Odds Ratio ajustado.

Resultados: Fueron considerados como factores de riesgo asociado: El estado civil de las gestantes (ORa=1,19), escolaridad hasta nivel primario (ORa=1,36) y embarazo no planeado (ORa=1,24) frente al control prenatal reenforcado tardío, en cuanto al ser ama de casa ($p=0.616$) y padecer de violencia familiar ($p=0.18$) no se encontró correlación significativa.

Conclusiones: Se concluyó que el estado civil, la escolaridad y el embarazo no planificado son factores de riesgo para inicio del control prenatal tardío reenforcado.

Palabras claves: Control, prenatal, reenforcado, gestante, tardío.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociocultural characteristics that are associated with late refocused prenatal control in pregnant women treated at the Alto de la Alianza Health Center, period 2018 to 2019.

Methodology: An observational, case-control study of patients who attended the level I-3 health center was carried out. A sample of 330 pregnant women (110 cases, 220 controls) with first timely and late prenatal control was taken, the classification was according to the week of pregnancy in which they were. The information collection sheets of the perinatal histories were filled in according to the inclusion criteria, to be stored in the SPSS program for statistical analysis and crossing of variables, later the odds ratio and adjusted Odds Ratio were obtained.

Results: The following were considered as associated risk factors: The marital status of the pregnant women ($ORa = 1.19$), education up to primary level ($ORa = 1.36$) and unplanned pregnancy ($ORa = 1.4$) compared to prenatal control late refocusing, in terms of housewife ($p=0.616$) and family violence ($p= 0.18$), no significant correlation was found.

Conclusions: It was concluded that marital status, schooling and unplanned pregnancy are risk factors for the start of refocused late prenatal control.

Keywords: Refocused, prenatal, control, pregnant, late onset.

I. INTRODUCCIÓN

El control prenatal reenforcado son actividades que realiza cada mujer en la que se confirma el embarazo idealmente antes de la décimo segunda semana de gestación, brindada por el personal de salud capacitado, involucra no solamente a la madre y al feto sino activamente a la familia y entorno social con el fin de vigilar la evolución de la gestación, patologías que pueden ser agravadas por el embarazo además reconocer signos de alarma que podrían complicar el parto y postparto, condicionando la salud materna y la obtención de un recién nacido sano.

Los futuros padres deben tener presente que no todo embarazo es de bajo riesgo o igual a otros por ser un estado fisiológico y no de enfermedad, evitando el apoyo de personal de salud, todos los embarazos tienen peculiaridades al inicio, durante o al momento del parto puede presentarse complicación en unas más que en otras si no sabemos reconocer estos signos de alarma, puede comprometer la vida no solo del producto sino de la madre, ambos requieren especialistas y manejo oportuno y eficiente en un lugar adecuado para la atención.

Se debe dar inicio al primer control prenatal reenforcado de manera oportuna a penas se sospeche del embarazo y confirmación idealmente antes o durante la semana 12 de gestación con el fin de planificar sus próximas visitas sin obviar actividades, examen físico, exámenes de laboratorio que confirmen un equilibrio físico y psicológico de la futura madre, si hubiera alguna alteración brindar tratamientos correspondientes adecuado al periodo de gestación.

La concurrencia oportuna nos da tiempo de conocer a la futura madre resolver dudas, mitos y creencias en cuanto al embarazo, seguimiento y atención del parto, además fortalecer la importancia del control prenatal reenforcado y culminación del mismo en centros hospitalarios de especialidad según lo requiera y obtener un impacto positivo en ellas de su experiencia.(1)

Durante las citas la gestante es evaluada mediante examen general según la edad de gestación, cambios físicos que se presentan propios de cada trimestre, para descartar patologías que pueden agravar la evolución natural del embarazo así como comprometer la salud del recién nacido y/o de ambos sobre todo enfermedades prevenibles; denominado el paquete básico de atención a la gestante.

Además brindarle consejería en alimentación durante la gestación, reconocimiento de signo de alarma que manifiesten complicaciones condicionando el término precoz del embarazo, importancia de la lactancia materna, información sobre planificación familiar. Según estudios la probabilidad de tener complicaciones durante el embarazo es hasta cinco veces más en mujeres con controles prenatales reenfocados tardíos que en las que acudieron oportunamente.(2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca la importancia de la comunicación con la paciente sobre comportamientos socioculturales propios de cada mujer embarazada, las recomendaciones que se les brinda se basan en el deseo de las gestantes de percibir el embarazo como un acto fisiológico de normalidad física y sociocultural, que incluya la prevención de complicaciones, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de dichas complicaciones evitando morbi-mortalidad materno-fetal. (3)(4)

En el Perú en estos últimos cinco años, se fue incrementando la atención prenatal brindada por médicos, obstetras y enfermeras siendo personal calificado, de un 96,0% (2012) a 97,5% (2017) ha ido evolucionando desde el año 1986 (54,6%). El 81,5% tuvieron su primera cita en el primer trimestre de embarazo. En el área urbana (83,9%) se encuentran más controles prenatales inadecuados que en el área rural (74,2%). Así mismo la atención prenatal fue disminuyendo por parte de personal de obstetricia, de 81,4% a 80,8%; de enfermería de 11,5% a 9,7%. Mientras que la atención por parte del médico fue en aumento de 31,4% a 38,3%.(5)

El adecuado uso de la atención prenatal no solo se logra estableciendo centros asistenciales, sino mejorando el desarrollo de factores socioeconómicos y necesidades básicas de salud de las pacientes, incluida la educación y la independencia económica.(6) Según normas establecidas por el ministerio de salud un control prenatal reenfocado debe cumplir indicadores según la edad gestacional hasta su culminación, con 6 atenciones prenatales como mínimo. Así promover un manejo de calidad y estandarizado en la salud materno-perinatal.(7)

A nivel de departamentos, Tacna cuenta con establecimientos de salud, que poseen suficiente capacidad para brindar seguimiento a las gestantes con control prenatal adecuado y ofrecer atención prenatal reenfocada. (8) Sin embargo las gestantes adolescentes menores o igual a 15 años tuvieron mayor porcentaje de controles prenatales inadecuados, inicio tardío; además complicaciones maternas y resultados perinatales desfavorables a comparación de las adultas. (9)

Por los motivos dados, se formuló como problema de investigación: ¿Cuáles son las características socioculturales que actúan como factores de riesgo para el control prenatal reenfocado tardío?

Justificación

El presente trabajo de investigación es conveniente porque pretende demostrar la relación que existe entre las características socioculturales y el retraso del primer control prenatal.

El inicio del control prenatal si es tardío está relacionada con la mortalidad materno-perinatal debido a las complicaciones que se presentan durante su evolución. Tener información con prontitud de la gestación actual nos permite estudiar el desarrollo del nuevo ser desde sus inicios y sus posibles patologías previas o agravadas que pueden alterar la salud de la madre, siendo así el diagnostico se dé oportunamente, con un adecuado tratamiento más provechoso, asegurando la salud de ambos. De modo contrario al no contar con registro de la evolución del embarazo influirá en las decisiones que opte el personal sanitario durante la atención, incrementando así el

riesgo de padecer complicaciones durante el trabajo de parto y puerperio.

Se recomiendan atención multidisciplinaria por parte del personal capacitado que labora en salud para orientar a la pareja y familiares sobre el embarazo actual, la dieta, crianza de los hijos y planificación familiar además educar sobre la importancia precoz de su primer control; ponerlas sobre aviso de los riesgos, citas escasas y actividades incompletas a las que se someten con una atención prenatal limitada y/o tardía por la demora en la búsqueda de atención en salud.

El Objetivo general es determinar si las características socioculturales son factores de riesgo para control prenatal reenfocado tardío.

Como objetivos específicos tenemos:

1. Determinar la asociación que existe entre el estado civil con el control prenatal reenfocado tardío.
2. Determinar si el nivel educativo primario (escolaridad) se asocia a control prenatal reenfocado tardío.
3. Identificar si ser ama de casa está relacionada con el control prenatal reenfocado tardío.
4. Precisar si existe asociación entre violencia familiar y control prenatal reenfocado tardío.
5. Conocer si el embarazo no planificado es un factor de riesgo para control prenatal reenfocado tardío.

Se plantea como **hipótesis**: Las características socioculturales son factores de riesgo para control prenatal reenfocado tardío en gestantes.

II. MARCO TEÓRICO

Estudios realizados en diferentes países refieren que existen múltiples factores que dificultan el requerimiento de atención prenatal por parte de la gestante no solo en el entorno social, institucional y familiar, sino propias de las gestantes que dificulta el oportuno inicio de control prenatal, entre ellos destacan:

En Etiopia, Wolde H. et al (2019), evaluaron la magnitud del inicio tardío de control prenatal asociado a factores maternos, se aplicó un estudio transversal, con una muestra de 369 gestantes. Resulto que el 52,5% de las asistentes dieron inicio a control prenatal posterior a la décimo segunda semana de gestación. Los factores que tuvieron asociación significativa e independiente fueron: Gestantes que no eran amas de casa con un ORa = 2,38 y el embarazo no planificado con un ORa = 2,31 para controles prenatales tardíos.(10)

En África subsahariana, Wolde F. et al (2018) Con el fin de determinar el predominio del inicio tardío a los controles prenatales y su asociación a factores, efectuaron un estudio transversal con un total de 423 gestantes, los resultado hallados fueron; el 59,4% del total de gestantes tuvieron la primera atención prenatal luego de la 12 semanas de gestación. Las edades con mayor riesgo fueron ≥ 25 años con una probabilidad de 1,62 veces y nivel educativo primario con una probabilidad de 2, veces mayor de iniciar tardíamente las visitas para control del embarazo.(11)

En Camerún, Mbinkar A. et al (2018). Para identificar los determinantes que se relacionan con la iniciación tardía de control prenatal realizaron un estudio transversal con un total de 602 gestantes. Se reportó que el 75% inició tardíamente el control prenatal. Los factores asociados fueron: edades entre 30 a 44 años en un 53,3% [p = 0,001], educación primaria 50,11% [p = 0,002].(12)

En Sudáfrica, Ebonwu J. et al (2018), mediante un estudio no experimental, aplicado en 8 clínicas de salud de comunidades rurales y periurbanas, con un total de 807 gestantes en el que se comparó factores que determinen la primera cita tardía de control prenatal. De ellas 51% pertenecen al área rural con una ORa= 2,65 los factores que estuvieron relacionados fue el estado civil casada con un ORa = 2,36 así mismo trabajar fuera de casa con un ORa = 1,90, por otra parte tener menos de 20 años de edad con un ORa = 2,19 y el embarazo no planificado posee un ORa = 2,21. En comparación con el área periurbana el 28% se asoció al embarazo no planificado con ORa = 1,67. Concluyeron que las gestantes de áreas rurales tenían mayor probabilidad de tener controles prenatales tardíos y los factores asociados con mayor impacto en ambas jurisdicciones fueron el embarazo no planificado y tener menos de 20 años.(13)

En Etiopia, Teshale A. et al (2017) Realizaron revisiones sistemática de datos del centro de salud de Etiopia, el propósito fue identificar los factores vinculados al inicio tardío de atenciones prenatales por parte de las gestantes, con una muestra de 4,741; Se determinó que el 67,3% acudía tardíamente a su control prenatal, además el nivel secundario y superior eran un factor protector (ORa = 0,78 y ORa = 0,61) respectivamente. (14)

En Bangladesh, una ciudad al este de la India, Islam M, et al (2017), En una encuesta transversal se tuvo una muestra de 426 gestantes, de entre 15 a 49 años. Se examinó la influencia de la violencia familiar sobre el libre albedrío de la gestante en la toma de decisiones para iniciar control prenatal. Se encontró que el 70% de estas mujeres tuvo un retraso en el ingreso a la atención prenatal, teniendo en cuenta la influencia que experimentaron siendo reprimidas por su pareja física y psicológicamente durante su gestación, además se concluyó que las gestantes víctimas de violencia familiar tenían 2,61 veces mayor probabilidad de retrasar la atención prenatal frente a las que no.(15)

En Bélgica, Fobelets M, et al, (2015) Con la finalidad de medir la prevalencia del inicio de control prenatal e identificar sus predictores efectuaron un estudio de cohorte, donde incluyeron un total de 1150 gestantes atendidas en cuatro hospitales; los resultados fueron que el 6,1% inició tardíamente el control de su gestación. Los predictores asociados con mayor relevancia fueron el no concluir estudios secundarios con un OR= 4.02 se asoció con mayor probabilidad para atención prenatal. (16)

En El Callao, Quijaite T, et al (2019) Determinaron factores asociados a un inicio tardío de atención prenatal realizando un estudio analítico, en el centro de primer nivel del Callao, se tomaron un total de 149 pacientes gestantes a las que se entrevistó. Los resultados con mayor trascendencia fueron violencia en el hogar por parte de cónyuge con un OR= 2.3 y el embarazo no planeado OR= 6.6 fue un factor de riesgo frente a control prenatal tardío reenfocado. (17)

En Iquitos, Ichazo D (2019) Realizó un estudio de casos y controles con el fin de percibir algunos factores que estén asociados al incrementan del inicio tardío a control prenatal con una muestra de 150 gestantes, fueron distribuidas: 50 (casos) de ellas inicio tarde el control prenatal y 100 (controles) oportunamente, los resultados obtenidos fueron: según la edad; entre 14 a 19 años el 64%, de entre 20 a 34 fue el 34% y de 35 a más fue 2% de las gestantes tenía control prenatal posterior al primer trimestre, el 75% convive con su pareja, el 38% solo estudios primarios, 54% estudio la secundaria; en el análisis bivariado el grado de instrucción deficiente fue 2,03; IC del 95% 1,01-1,06.(18)

En la ciudad de Juliaca, Cruz N (2018) mediante un trabajo de investigación de casos y controles para indagar sobre las causas que afectaban a las gestantes del puesto de salud Mariano Melgar con asistencia tardía a controles prenatales, 79 gestantes fueron admitidas, el 77,8% tuvo control prenatal tardío, las edades fueron de 20 – 34 años, nivel educativo fue el secundaria incompleta 28%, el 68% convive con su pareja, ser ama de casa abarca el 64%, el embarazo no planificado con un

88% todas ellas afirmaron tener el primer control prenatal posterior a las 12 semanas de gestación.(19)

En Puno, Choquehuanca J (2017) Para analizar la asociación entre los factores maternos con control prenatal tardíos se realizó un estudio con una muestra de 110 gestantes; Los resultados obtenidos fueron el 70,9% inicio el primer control tardíamente, entre 20 a 35 años (64,10%). Se consideró influyente a los factores: Convivencia con su pareja (82,05%), escolaridad hasta el nivel secundario (62,82%) y no planificar el embarazo (91,03%). (20)

En la ciudad de Lima, Chilipio M, et al, (2017) Mediante un estudio observacional de cohorte diseñado para concluir si las gestantes que no planificaban su embarazo tenían riesgo para control prenatal tardío, como muestra se tuvo la participación de 234 gestantes, las edades fueron entre 25 a 33 años, en el proceso se obtuvo que el 48.7% iniciaron control prenatal luego del segundo trimestre, de ellas el 59,6% tuvo un embarazo no planificado. La probabilidad fue de 1,48 veces de iniciar tardíamente el primer control prenatal. (21)

La morbi-mortalidad en los países en desarrollo sigue siendo las maternas y los causantes principales son las complicaciones, siendo el embarazo un estado fisiológico no está exento de riesgos si no son identificados a tiempo puede comprometer la vida y salud de la mujer embarazada, una de las barreras son la asistencia sanitaria por parte de las ellas a controles prenatales siendo optimo hasta la décimo segunda semanas de edad gestacional, el cual es importante para la detección precoz de alteraciones que puedan surgir en desarrollo del embarazo, información que puede prever complicaciones, dando un manejo oportuno de estas por parte del personal multidisciplinario, individualizando a cada gestante. (22)

Los objetivos principales del control prenatal reenforcado son reconocer aquellas mujeres gestantes sanas o con comorbilidades presentes, situaciones que podrían ser agravadas por la gestación ofreciendo seguimiento adecuado, el paquete básico

hasta sus primeros seis controles que incluye actividades, examen físico y laboratorial, tratamiento según la necesidad. (23)

El primer contacto con el personal de salud está previsto que tenga lugar antes o durante las doce semanas de edad gestacional como previamente se indica, además ser precoz y tener amplia cobertura, si por diversas situaciones el primer control se realiza luego de las doce semanas, se considera tardío. (24)

La formación del nuevo ser y los cambios fisiológicos que presenta la madre durante la gestación serán divididos en tres trimestres: El primer trimestre se da desde el la concepción hasta las 12 semanas, para conceptos de estudio consideraremos como base para distinguir si un control prenatal fue oportuno o tardío. Segundo trimestre corresponde la semana 13 a las 26 de gestación. El tercer trimestre incluirá la semana 27 a la 40 de gestación. (25)

La eficiencia de un control prenatal se caracteriza por los siguientes requisitos de modo más detallado y su sustento: Antes de las 12 semanas de gestación, esto nos permite identificar alteraciones y cambios en la madre-feto así mismo la salud de ambos, se hace posible prevenir riesgos y complicaciones en esta etapa e identificar gestantes de alto riesgo. La cantidad de citas se programaran de acuerdo al tipo al riesgo que conlleva el embarazo. Un total de seis controles como mínimo para pacientes que no posean riesgo latente durante el embarazo, se realiza 1 control antes de la décimo segunda semana, 2 en la décimo tercera semana (segundo trimestre) y 3 últimos controles hasta su término (tercer trimestre). Debe ser completa, contener lo indispensable como mínimo para respaldar la protección y promoción de salud en este periodo. Mientras mejor se realice el control prenatal mayor será la percepción de bienestar de la gestante. (26)(27)

La duración de la primera cita en la atención prenatal tiene una duración entre 35 a 45 minutos, las siguientes consultas no menos de 25 minutos. (28) Las gestantes que presenten riesgo elevado a complicaciones deberán ser trasladadas a un

nosocomio de mayor complejidad para seguir controles prenatales más sofisticados con equipo multidisciplinario si lo requieren, así también las que presenten emergencias obstétricas. (29)

Entre las variables relacionados con el control prenatal tardío se describe el estado civil, se consideran cuatro en el Perú: soltero, casado, viudo y divorciado, sin embargo en nuestro medio se hizo predominante el estado convivencia, que implica la unión de una pareja sin haber contraído nupcias ni haberse sujetado a las prescripciones legislativas, con el fin de cumplir deberes similares a las del matrimonio, pero no está considerado como estado civil. (30)

Las parejas jóvenes tienden a la convivencia, muchas de ellas son vulneradas por sus parejas, poseen conocimientos mínimos de salud sexual y reproductiva, según estudios estadísticos el 27,7% de las parejas que convive son jóvenes de 20 a 24 años. En otro estudio se encontró que 1 de 5 mujeres era madre y el 80% convive o se casó a la edad de 19 años, muchos de ellos abandonan estudios, tienen mayor probabilidad de controles prenatales tardíos.(31)(32) Por cuestiones de estudio consideraremos soltera y casada/conviviente.

El último grado de estudios realizado por una persona es el nivel de instrucción que posee, sin considerar si se culminó o permanecen incompletos. Se catalogan del siguiente modo: hasta el nivel primario, secundario y estudios superiores. A nivel primario la educación sexual no es impartida de modo libre y vasto, entonces las predispone a llevar un control prenatal inadecuado, por falta de conocimiento se observa con mayor riesgo en esta población.(33) Además es indispensables para lograr objetivos plenos, en este caso un control prenatal reenforcado óptimo, la participación enérgica en las actividades de control prenatal por parte de la gestante, teniendo conocimientos básicos sobre planificación familiar, seguridad para realizar recomendaciones por parte del personal de salud y no consejos de familiares, es más factible que la gestante comprenda la importancia de cada actividad a realizar en las entrevistas. (34)(35)

En cuanto a ser ama de casa resulta la principal actividad que realiza gran parte de mujeres que consiste en realizar quehaceres domésticos. Sin embargo el no ser ama de casa y realizar actividad laboral fuera del hogar implica un esfuerzo físico como también mental para producir un bien o brindar un servicio por el cual recibe un salario para cubrir necesidades propias o familiares en el caso de las adolescente se ha visto que muchas de ellas realizan trabajos sin siquiera tener una actividad definida, personas que no tienen apoyo económico por parte de la familia se ven obligadas a hacerlo, además optan por trabajos que implican más horas, mayor esfuerzo. En muchos casos las mujeres que realizan actividades laborales fuera de casa no le dan importancia debida a los controles prenatales, mucho menos al primer control para cual requiere solicitar permisos para atención prenatal y se ven condicionadas a perder su trabajo o percibir remuneraciones incompletas. (36) (37)

Una importante contrariedad de la salud pública sigue siendo los embarazos no planeados que acarrea el deceso de la madre debido a la gestación, los países que perciben bajo a mediano ingreso monetario son alrededor de 74 millones de mujeres, 25 millones culmina su embarazo en aborto con complicaciones y 47 mil fallecen cada año. En pacientes que no tuvieron planificación familiar durante su gestación incipiente, más de la mitad de ellas no utilizó ningún método anticonceptivo a comparación de las que sí. (38)

Así mismo el no planificar su embarazo se asoció significativamente con un inicio tardío de atención prenatal (39) También afirmaron que mujeres con embarazos planeados tienen mayor probabilidad de acudir a centros de salud antes de las 12 semanas para controles prenatales. (40)

Las mujeres que sufren violencia familiar por parte de su pareja o familiar cercano están expuestas a complicaciones psicosociales, una de las más frecuentes es la violencia de pareja (VP) mediante daño físico o emocional, que conlleva a limitaciones al momento de tomar decisiones, sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos a elegir; recientemente se ha visto el maltrato durante el embarazo

que traen consigo complicaciones físicas negativas, hasta la pérdida del producto entre otras, en el Perú se halló que el VP está relacionado con la depresión. (41)

Las gestantes que son sometidas a violencia física o psicológica por su conyugue tienen mayor posibilidad de recibir atención prenatal inadecuada e iniciar tardíamente controles durante su embarazo, así lo demuestran diversos estudios, debido a la influencia de la pareja sobre la toma de decisiones. (42)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Cualitativa

Tipo de diseño: Analítico de casos y controles

3.2 Operacionalización de variable dependiente e independiente

Variable independiente: Características socioculturales: Estado civil, escolaridad, ser ama de casa, embarazo no planificado, violencia familiar

Variable dependiente: Inicio de control prenatal reenforcado tardío: control prenatal: Tardío mayor de 12 Semanas de gestación, no tardío menor o igual a 12 semanas de gestación.

Tabla de operacionalización de variables (Anexo 1)

3.3 Población y muestra

Mujeres que fueron asistidas en el centro de salud para el control respectivo de su gestación conformaron la población, entre los meses enero del 2018 a diciembre del año 2019.

Muestra

Se calculó el tamaño de muestra (ANEXO 3)

Se obtuvo una muestra de 110 gestantes con control prenatal reenforcado tardío y 220 gestantes con control prenatal reenforcado oportuno, un total de 330 gestantes con diagnóstico confirmado mediante laboratorio y ecografía en la primera cita.

Criterios de inclusión: (casos)

- Las historia clínica, carnet prenatal, ficha de tamizaje-violencia familiar con datos necesarios para el llenado de datos que contengan información del

primer control prenatal realizado posterior a las 12 semanas de gestación o tardío.

Criterios de inclusión: (controles)

- Paciente que registro oportunamente el control prenatal, antes o durante las 12 semanas, cuya información se pueda corroborar en la documentación de la gestante.

Criterios de Exclusión

- Paciente con gestación no evolutiva en su primer control prenatal.

Unidad de análisis

Historia clínica, carnet prenatal, ficha de tamizaje-violencia familiar de pacientes que recibieron asistencia en el centro de salud con diagnóstico definitivo de gestación y cumplan criterios de inclusión.

3.4 Técnica e instrumentos

Se verificó la totalidad de las historias clínicas de cada gestante si tenían datos completos luego fueron registrados en los libros del programa Excel para ordenarlos desde la ficha de recopilación de los datos diseñada para nuestro estudio.

El instrumento para recolección de datos se conforma de 2 secciones: (ANEXO 2)

La primera sección: Los datos relacionados a la gestante y edad gestacional mediante la Fecha de Ultima Menstruación (FUM) y/o primera ecografía realizada

Segunda sección, el primer control que se le realizo por semana de edad gestacional.

3.5 Procedimiento

Se presentó una solicitud a fin de obtener acceso a documentos de las gestantes, como historia clínica, carnet perinatal y ficha de tamizaje-violencia familiar.

Se llenaron las fichas con información requerida de las pacientes que cumplían criterios para incluirlas en el estudio, luego realizar análisis estadísticos en el programa SPSS.

Se pareo los datos como casos y controles considerando la etapa de vida, si un caso es adolescente los dos controles correspondientes serán adolescente, para evitar el sesgo de selección.

3.6 Método de análisis de datos

Con toda la información recopilada se empleó el programa SPSS en su versión 22.0 para el análisis estadístico.

Para la contrastación de nuestra hipótesis se hará uso de Chi Cuadrado, así mismo para verificar de la independencia de factores de riesgo se aplicará el análisis multivariado, el odds ratio y odds ratio ajustado,.

3.7 Aspectos éticos

Al realizar la investigación se respetó criterios éticos establecidos por el Centro de Salud, de donde se obtuvo la documentación pertinente de las pacientes y la Declaración de Helsinki (40), el respeto a la persona e información de cada una de las que participaron en la recolección de datos fueron reservados, protegiendo la identidad de las pacientes, para fines de estudio. Además se solicitó autorización mediante documento para el acceso a historias clínicas a la dirección del establecimiento. Se utilizó un software con el fin de verificar su originalidad, realización de comparaciones con literatura que se citó como base.

IV. RESULTADOS

TABLA N°1.

Estado civil como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.

ESTADO CIVIL	CONTROL PRENATAL TARDIO				OR IC95%	Total Chi ² con nivel de significancia
	SI (casos)		NO (controles)			
	n	%	n	%		
CASADA/ CONVIVIENTE	101	91,8%	178	80,9%	OR= 2,648 IC95%	X ² =6,67 p=0,015
SOLTERA	9	8,2%	42	19,1%	1,24-5,66	
TOTAL	110	100%	220	100%		

FUENTE: Historia clínica del establecimiento de salud Alto de la Alianza.

El estado civil de casada o conviviente caracterizó el 91.8% de las gestantes que tuvieron control prenatal reenforcado tardío y al 80.9% de gestantes con control prenatal reenforcado oportuno, encontrándose asociación estadística al hallar un OR= 2.648 e IC 95% de 1,24 a 5.66 y una p=0.015.

TABLA N°2

Escolaridad como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.

ESCOLARIDAD	CONTROL PRENATAL TARDIO				OR	Total Chi ² con nivel de significancia
	SI (casos)		NO (controles)			
	n	%	n	%		
HASTA NIVEL PRIMARIO	16	14,5%	12	5,5%	OR= 2,95	X ² =7,8
NIVEL SECUNDARIO A MAS	94	85,5%	208	94,5%	IC95%	p=0,005
					1,34-6,48	
TOTAL	110	100%	220	100%		

FUENTE: Historia clínica del establecimiento de salud Alto de la Alianza.

La escolaridad hasta el nivel primario fue reportado por el 14.5% de las mujeres que tuvieron control prenatal reenforcado tardío frente al 5,5% de las gestantes que tuvieron controles prenatales reenforcado no tardíos, estableciéndose un OR=2.95 con su IC 95% de 1.34 a 6.48 y una p=0.005, por consiguiente, el tener un nivel educativo primario es un factor de riesgo para el control prenatal reenforcado tardío.

La probabilidad es de 2,9 veces de encontrar controles prenatales reenforcado tardío en gestantes con estudios hasta el nivel primario.

TABLA N°3

Ocupación ama de casa como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.

OCUPACIÓN AMA DE CASA	CONTROL PRENATAL TARDIO				OR	Total Chi ² con nivel de significancia
	SI(casos)		NO(controles)			
	n	%	n	%		
SI	77	70%	148	67,3%	OR=1,135	X ² =0,25
NO	33	30%	72	32,7%	IC95% 0,692-1,863	p=0,616
TOTAL	110	100%	220	100%		

FUENTE: Historia clínica del establecimiento de salud Alto de la Alianza.

Observamos en cuanto a la ocupación ama de casa que realiza la gestante con inicio tardío del primer control prenatal reenforcado fue 70%, en cambio las que iniciaron oportunamente fue de 67.3%, sin existir diferencia significativa estadística con una p=0.616.

TABLA N°4

Violencia familia como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.

VIOLENCIA FAMILIAR	CONTROL PRENATAL TARDIO				OR	Total Chi ² con nivel de significancia
	SI(casos)		NO(controles)			
	n	%	n	%		
SI	20	18,2%	28	12,7%	OR=1,52	X ² =1,75
NO	90	81,8%	192	87,3%	IC95% 0,82-2,85	p= 0,18
TOTAL	110	100%	220	100%		

FUENTE: Historia clínica del establecimiento de salud Alto de la Alianza.

Las gestantes víctimas de violencia familiar el 18,2% tuvieron controles prenatales posterior a la 12 SEG comparado con el 12.7% quienes acudieron de manera oportuna a control prenatal reenforcado; no se halló diferencia estadística significativa (p=0.18).

TABLA N°5

Embarazo no planificado como factor de riesgo del control prenatal reenforcado tardío.

EMBARAZO	CONTROL PRENATAL TARDIO				OR	Chi ² con nivel de significancia
	SI(casos)		NO (controles)			
	n	%	n	%		
NO PLANIFICADO	101	91,8%	173	78,6%	OR=3,05	X ² =9,04
PLANIFICADO	9	8,4%	47	21,4%	IC95% 1,43-6,48	p=0,003
TOTAL	110	100%	220	100%		

FUENTE: Historia clínica del establecimiento de salud Alto de la Alianza.

En cuanto al embarazo, las que no planificaron y tuvieron controles prenatales tardíos fueron el 91,8% frente a las que iniciaron oportunamente 78,6%.

Se concluyó que las gestantes al no planificar la gestación tienen una probabilidad de 3,05 veces mayor de iniciar tardíamente el control prenatal.

TABLA N°6

Análisis multivariado de control prenatal tardío reenforcado y factores de riesgo.

FACTORES	CONTROL PRENATAL TARDIO			IC 95% OR	
	Wald	Signif.	ORa	Inferior	Superior
Estado civil	6,609	p=0,011	1,19	1,04	1,36
Escolaridad nivel primario	11,465	p=0,001	1,36	1,14	1,62
Embarazo no planificado	10,071	p=0,001	1,24	1,09	1,42

FUENTE: Historia clínica del establecimiento de salud Alto de la Alianza.

En el análisis multivariado se halló que el estado civil (ORa= 1.19), escolaridad hasta el nivel primario (ORa= 1.36) y el embarazo no planificado (ORa= 1.24) fueron los factores que están asociados con el control prenatal reenforcado tardío.

V. DISCUSIÓN

La atención prenatal como bien se conoce, es una estrategia mundialmente establecida, instaurada en todos los centros donde se presta atención sanitaria, distribuidas a lo largo de nuestro país, con el objetivo de brindar apoyo por parte del personal de salud para beneficio de toda gestante, vigilando el desarrollo dentro de lo considerado normal hasta su culminación, diagnosticando posibles complicaciones que se pueden prevenir. Como parte fundamental está el control prenatal reenforcado oportuno, siendo necesario acudir antes de las doce semanas del embarazo.^{3,4}

En el presente estudio se pretende identificar factores que implican riesgo que existe entre las características socioculturales de toda mujer embarazada y el retraso en la búsqueda de atención prenatal reenforcado en el establecimiento de salud Alto de la Alianza durante los periodos 2018-2019.

Dentro de las características socioculturales como estado civil, se asoció significativamente a inicio de control prenatal reenforcado tardío con probabilidad de 1,19 veces mayor, concuerda con lo hallado por Ichazo¹⁸ el 75% convive con su pareja, similar magnitud en el estudio de Cruz¹⁹ un 68% tiene pareja además Choquehuanca²⁰ obtiene similares resultados el 82.05% convive y Ebonwu et al¹³ obtiene una probabilidad de riesgo 2,36 veces mayor las gestantes casadas o conviven de tener controles prenatales tardíos a comparación de las que inician oportunamente.

El estado civil viene a ser un factor de riesgo según nuestro estudio las casadas o gestantes que poseen pareja tuvieron controles prenatales tardíos, este factor puede estar asociado por la imponencia por parte del cónyuge sobre temas que requieren decisión de ambos, como es el caso de planificación familiar, apoyo durante el embarazo, parto y puerperio, innumerables situaciones no se involucra a la pareja activamente como parte de la gestación, en los últimos años se tiene

datos sobre violencia familiar hacia las gestantes, de modo psicológico hasta físico sin importar su condición de salud por parte de su conviviente limitando la búsqueda de atención prenatal porque influyen en la mujer sobre sus propias decisiones teniendo un final con resultados nefastos^{40, 41}

Otro factor de relevancia es la escolaridad por los datos encontrados son significativo independiente con un ORa=1,4; afianzando lo encontrado por Wolde et al¹¹ el nivel educativo primario es considerado un factor de riesgo con un ORa= 22,2 así también fueron los resultados obtenidos por Mbinkar et al¹² que concluyeron como factor de riesgo a la educación primaria en un 50,11% [p = 0,002] se presentó en gestantes que iniciaron tardíamente el control prenatal; Teshale A, et al¹⁴ asegura, según estudios que el nivel secundario y superior eran factor protector (ORa = 0,78 y ORa = 0,61 respectivamente). Fobelets M, et al¹⁶ revelo que el no concluir estudios secundarios tiene mayor riesgo frente a las que culminaron con un OR= 4.02. Ichazo¹⁸ evidencia que el grado de instrucción limitado influye en el control prenatal tardío reenfocado con un OR= 2,03.

La educación de la pareja, sobre todo de la gestante viene a ser un factor esencial en el control prenatal óptimo, ayuda la participación de la gestante en las actividades a realizar durante las citas a lo largo del embarazo, la importancia de cada actividad realizada durante las sesiones, las mujeres con escolaridad hasta el nivel primario, puedan no comprender la importancia de llevar un embarazo controlado, ya que son temas abarcados en los últimos años de nivel secundario, aun así la educación sexual no es impartida de modo libre y vasto, entonces las predispone a llevar un control prenatal inadecuado, planificación familiar deficiente, sumando desventajas y posterior embarazo no planificado, complicaciones materno-fetales.^{34 35}

En cuanto a la ocupación ama de casa que realizaron la mayoría de gestantes alcanzando el 70% en comparación de las que no son amas de casa que fue laboran en casa 30%, sin embargo, no existe evidencia significativa estadísticamente (p=0,21, OR=1,07). Así mismo Cruz¹⁹ nos revela que el 64% de las que tuvieron

controles prenatales tardíos eran amas de casa. A diferencia de lo que evaluaron Wolde et al¹⁰ que el no ser ama de casa incrementaba el riesgo de control prenatal tardío (ORa = 2,38) y Ebonwu et al¹³ en relación a la actividad de no ser ama de casa (ORa = 1,90).

Las gestantes que son víctimas de violencia familiar fueron el 18,2% e inician tardíamente controles prenatales, a comparación con las que no en un 81,8%. Tampoco se encontró asociación entre variables ($p=0.18$, OR=1.52) como en los estudios realizados por Islam et al¹⁵ el 70% de las gestantes fueron reprimidas por su pareja teniendo 2,6 veces mayor probabilidad de iniciar controles prenatales, similares resultados se evidenció por Quijaite et al¹⁷ (OR= 2,3).

El embarazo no planificado sigue siendo el factor más evidenciado en distintos estudios, por nuestra parte se halló un OR de 3,8 y ORa=1,3. Similares datos fueron encontrados por Wolde et al¹⁰ afirma que el embarazo si no es planificado viene a ser un riesgo para control prenatal tardío con ORa = 2,31. También fue evidenciado por Ebonwu et al¹³ con resultados significativos sobre el embarazo no planificado (ORa = 2,21).

Otros estudios, realizados en nuestro país; Quijaite T, et al¹⁷ demuestra que si el embarazo no se planifica viene a ser un riesgo (OR= 6,6). Así mismo los resultados de Cruz¹⁹ concuerdan, el 88% de las que no planifico su embarazo, tienen controles prenatales tardíos; Choquehuanca²⁰ a su vez obtiene un resultado mayor con 91,03% del total de gestantes con controles tardíos son embarazos no planificados y Chilipio et al²¹ confirma que aún existen una relación entre el inicio de controles prenatales tardíos y el embarazos no planificados con una probabilidad de 1,48 veces mayor en comparación de las gestantes que oportunamente planifican su gestación.

El embarazo no planificado continua causando problemas en la salud pública, muchas de ellas optan por un aborto sin medir la peligrosidad del procedimiento en

algunas ocasionando comprometen la vida de las madres, según estudios señalaron el escaso conocimiento de métodos anticonceptivos, la dificultar en la toma de decisiones en usar un método que sea eficaz y se ajuste a la necesidad de ella y su pareja⁴⁵, estos embarazos no cuentan con el apoyo de la familia y/o pareja por lo que se ven en la situación de afrontarlo solas, el personal de salud se encuentra en una situación en el que la gestación se halla avanzada sin controles sujeta a riesgos y complicaciones con resultados inciertos. ²¹ Planificar un embarazo es percibida de distinto modo por las gestantes sobre todo cuando son adolescentes, pero no en todos los casos.

VI. CONCLUSIONES

1. Se concluyó que el estado civil de casada o conviviente incrementa en dos veces más riesgo de tener un control prenatal reenforcado tardío que las solteras.
2. Las gestantes con escolaridad hasta el nivel primario tienen dos veces más riesgo de tener un inicio de control prenatal reenforcado tardío comparado con las mujeres que tienen escolaridad secundaria a más.
3. La ocupación de ama de casa no se asocia con el inicio de control prenatal reenforcado tardío.
4. La violencia familiar no se asocia con el inicio del control prenatal reenforcado tardío.
5. El embarazo no planificado incrementa en tres veces más el riesgo del inicio del control prenatal reenforcado tardío

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios comparativos con poblaciones distintas.

Otros estudios utilizando un diseño más sólido como de cohorte para establecer la temporalidad y reducir los sesgos.

Promover la importancia del control prenatal reenfocado oportuno en la población de riesgo.

Incluir programas de educación sexual como plan de estudios en los niveles básicos ya que tiene una importancia en la formación integral de la persona.

REFERENCIAS.

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol 2018; 61(05):510-527. DOI: 10.20960/j.pog.00141
2. Ybaseta-Medina J. Barreras de acceso al control prenatal adecuado. Rev méd panacea. 2019; 8(3): 88-89. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i3.19>
3. World Health Organization. Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience [Internet]. WHO. World Health Organization, 2016
4. Lattof SR, Tunçalp Ö, Moran AC, Bucagu M, Chou D, Diaz T, et al. Developing measures for WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: a conceptual framework and scoping review. BMJ Open. 24 de 2019; 9(4).
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2017. Nacional y Departamental, Mayo, 2018: pg. 166.
6. Hajizadeh S, Ramezani F, Simbar M, Farzadfar F. Factors Influencing the Use of Prenatal Care: A Systematic Review. J Midwifery Reprod Health; 4(1):544-57.
7. Escalante F, Oscátegui M. Comentarios sobre la atención prenatal en adolescentes comparado con mujeres adultas. Rev Med Hered.2017. 28(3):215.
8. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales. INEI. 2015.
9. Huanco-Apaza D, Ticona-Rendón M, Ticona-Huanco D. Resultados adversos maternos y perinatales del embarazo en adolescentes menores de 15 años. Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2000-2017. Revista Internacional de Salud Materno Fetal.
10. Wolde HF, Tsegaye AT, Sisay MM. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Addis Zemen primary hospital, South

Gondar, Ethiopia. *Reprod Health*; 16(1): 73. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0745-2>

11. Wolde F, Mulaw Z, Zena T, Biadgo B, Limenih MA. Determinants of late initiation for antenatal care follow up: the case of northern Ethiopian pregnant women. *BMC Res Notes*; 11. DOI: 10.1186 / s12978-019-0745-2

12. Venyuy MA, Cumber SN, Nkfusai CN, Bede F, Ijang YP, Wepngong E, et al. Determinants to late antenatal clinic start among pregnant women: the case of Saint Elizabeth General Hospital, Shisong, Cameroon. *Pan Afr Med J*; 35(112). DOI: 10.11604 / pamj.2020.35.112.18712

13. Ebonwu J, Mumbauer A, Uys M, Wainberg ML, Medina-Marino A. Determinants of late antenatal care presentation in rural and peri-urban communities in South Africa: A cross-sectional study. El Bcheraoui C, editor. *PLOS ONE*; 13(3)

14. Teshale AB, Tesema GA. Prevalence and associated factors of delayed first antenatal care booking among reproductive age women in Ethiopia; a multilevel analysis of EDHS 2016; 15. Doi: 10.1186/s12978-017-0412-4.

15. Islam M, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Exploring the associations between intimate partner violence victimization during pregnancy and delayed entry into prenatal care: Evidence from a population-based study in Bangladesh; 47:43-52.

16. Fobelets M, Beeckman K, Hoogewys A, Embo M, Buyl R, Putman K. Predictors of late initiation for prenatal care in a metropolitan region in Belgium. A cohort study. *Public Health*; 129 (6):648-54.

17. Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev Cuba Obstet Ginecol*; 45(4).

18. Ichazo B. D. Factores sociodemográficos y personales relacionados al inicio tardío de las atenciones prenatales en gestantes, atendidas en el centro de salud San Juan Bautista; [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]; Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2019.

19. Cruz Vargaya N. Causas de asistencia tardía a la atención prenatal en gestantes del puesto de salud Mariano Melgar, Juliaca, 2018; [Tesis para optar el Título de Obstetra], Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019.
20. Choquehuanca J. Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Puno, 2016; [Tesis para Optar título de Obstetra]; Arequipa; Universidad Católica de Santa María; 2017.
21. Chilipio-Chiclla MA, Santillán-Árias JP. Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. Rev Int Salud Materno Fetal; 4(1):3-9.
22. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. WHO. World Health Organization, 2019.
23. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes; 25(6):880-6. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
24. World Health Organization. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 152 p.
25. Jessica L. Nutrición durante tu embarazo y lactancia. Editorial Dunken; 2014. 112 p.
26. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud. Atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. 2016.
27. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia de Schwarcz. 6a ed. El ateneo; 2011.
28. Ministerio de Salud. Norma técnica. Atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. 2017.
29. Ministerio de salud pública. Guía de Práctica Clínica-Control prenatal. 2015.
30. Tantaleán R. Derecho y cambio social. 2009.

31. Mamani Mendoza RS. Factores que influyen en el inicio tardío de atención prenatal en gestantes del instituto nacional materno perinatal, Lima, 2014. [Tesis para optar el título de obstetra]; Tacna; Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015.
32. Castillo IY. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev Cubana de Enferm.* 2017; 33(1).
33. Rojas, V. y Bravo, F. Experiencias de convivencia, matrimonio y maternidad/paternidad en adolescentes y jóvenes peruanos. Reporte de investigación YMAPS. 2019
34. Alva R. Sobre la educación en el control prenatal en el Perú. *Rev Int Salud Matern Fetal.* 2018; 3(2):8-9.
35. Venegas M, Valles BN, Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Pediatría Atención Primaria:* 109-19. [Doi.org/10.25184/anfamed2021v8n1a2](https://doi.org/10.25184/anfamed2021v8n1a2)
36. IPC-IG y UNICEF. Maternidad y paternidad en el lugar de trabajo en América Latina y el Caribe políticas para la licencia de maternidad y paternidad y apoyo a la lactancia materna: 8-120; 108.
37. Budig MJ, Misra J, Boeckmann I. ¿Las compensaciones entre la política laboral y la familia para las madres? Análisis de la variación entre países en las sanciones por ingresos por maternidad. *Work and Occupations.* 1 de mayo de 2016; 43(2):119-77. <https://doi.org/10.1177/0730888415615385>
38. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. WHO. World Health Organization, 2019.
39. Kluckow H, Panisi L, Larui J, Jatobatu A, Kim D, Hodges L, et al. Socio-demographic predictors of unintended pregnancy and late antenatal booking in Honiara, Solomon Islands. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2018; 58(3):349-57.

40. Haddad DN, Makin JD, Pattinson RC, Forsyth BW. Barriers to early prenatal care in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2016; 132(1):64-7.
41. Villamil MML, Romero MLR. Perspectiva de profesionales de salud sobre la violencia de la pareja en el embarazo. *Investg Enferm Imagen Desarrollo.* 2019; 21(2).
42. Carneiro JF, Valongueiro S, Ludermir AB, Araújo TVB de. Physical violence by an intimate partner and the inappropriate use of prenatal care services among women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Epidemiol Braz J Epidemiol.* 2016; 19(2):243-55.
43. Soto A, Cvetkovich A. Estudios de casos y controles. *Rev Fac Med Hum.* 2020; 20(1):138-43.
44. Piscocoya-Arbañil JA. Principios éticos en la investigación biomédica. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2018; 31(4):159-164.
45. Morín López D, Morín López D. Importancia de la dimensión sociocultural en procesos de desarrollo territorial. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina.* 2019; 7(3).
46. Feldman F, Pires A, Nogueira V, Diaz E, Goncales C, Rey G, et al. Uso de método anticonceptivo previo al embarazo, asesoramiento y preferencia posterior en púerperas del Hospital de Clínicas. *Anales de la Facultad de Medicina;* 8(1). DOI.org/10.25184/anfamed2021v8n1a2.

VIII. ANEXOS Y APÉNDICES

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO INDEPENDIENTE/DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES	Es un conjunto de normas, creencias que son inculcados en el seno familiar, comportamientos que rigen a las personas para desenvolverse dentro de una sociedad delimitada ⁴²	ESTADO CIVIL	Casada/conviviente Soltera	Cualitativo	Nominal
		ESCOLARIDAD	Hasta el nivel primario Secundaria a más	Cualitativo	Nominal
		OCUPACION AMA DE CASA	SI NO	Cualitativo	Nominal
		EMBARAZO	No planifica Planifica	Cualitativo	Nominal
		VIOLENCIA FAMILIAR	SI NO	Cualitativo	Nominal
INICIO DEL CONTROL PRENATAL REENFOCADO TARDIO	Diligencia que realiza la gestante, para control prenatal luego de la decimosegunda semana ¹	SEMANA DE INICIO	Tardío >12 semanas No tardío ≤12 semanas	Cualitativa	Nominal

ANEXO 2: INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURALES E INICIO DEL CONTROL PRENATAL REENFOCADO

FICHA N°:.....

DATOS GENERALES:

N° HCL _____ FUR:..... ECOGRAFIA:(/ /)SEG

I. FACTORES SOCIOCULTURALES

1.1. Edad:.....

1.2. Estado civil a. Casada /Conviviente b. Soltera

1.3. Nivel educativo a. Hasta el nivel primario b. Secundaria a más

1.4. Ocupación ama de casa Si () No ()

1.5. Embarazo Planificado () No planificado ()

1.6. Violencia familiar Si () No ()

II. INICIO DE CONTROL PRENATAL:

SEMANA DE INICIO

Menor o igual a 12 semanas () Mayor a 12 semanas ()

ANEXO 3: Se empleara la siguiente fórmula. (39)

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{c p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha$: Nivel de significancia.

$Z\beta$: Potencia.

P_1 = Casos (factores de riesgo)

P_2 = Controles (factor de riesgo).

$P = (p_1 + p_2) \div 2$

$C = 2$ Controles por un caso.

Dónde:

$Z\alpha$: 1.96.

$Z\beta$: 0.84.

$P_1 = 0.594$ según Wolde F et al (11)

$P_2 = 0.406$

$P = (p_1 + p_2) \div 2$

$C = 2$



RED
DE
SALUD



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

Tacna, 22 de Diciembre del 2020

CARTA N° 003 - 2020-CSAA MRSCN-REDS.T/DRS.T/GOB.REG.TACNA

Señorita

DEYSI APAZA LAZARINOS
Bachiller en Medicina Humana.
TACNA.-

ASUNTO : CARTA DE AUTORIZACIÓN

Mediante el presente me dirijo a usted para comunicarle que visto el documento presentado a esta gerencia **SOLICITUD N°1** solicitando el permiso correspondiente para la realización de trabajo de investigación "CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES COMO FACTORES DE RIESGO DEL CONTROL PRENATAL REENFOCADO TARDÍO" otorgándole el permiso correspondiente para el ingreso a la institución y revisión de historias clínicas, respetando las medidas de bioseguridad y uso correcto de los EPP, guardando distanciamiento social sin interrumpir las labores administrativas y asistenciales del personal del Centro de Salud alto de la Alianza

Sin otro en particular, me despido de usted.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA
MED. N. ALONSO APAZA MAMANI
CENTRO DE SALUD ALTO DE LA ALIANZA
GERENTE
C.M.P. 67556