



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD NACIONAL
HERMILIO VALDIZÁN



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

INFORME DE TESIS

**PREDICTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES
E INSTITUCIONALES DEL INICIO TARDÍO DEL
CONTROL PRENATAL, EN GESTANTES
ADOLESCENTES USUARIAS DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. MICRORED
AMBO-2015**

**PARA OPTAR GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA Y
GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA : Obst. Maria Z. Vilca Figueredo

ASESOR : Dra. Maria Luz Ortiz Cruz

HUÁNUCO, PERÚ

2015

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico a Dios, por darme la oportunidad de vivir, iluminando cada paso de mi vida, regalarme unos seres queridos que son tan maravillosos, ser mi mejor amigo y mi fortaleza.

A mi querida familia, por su ayuda idónea, por su amor, paciencia, comprensión, motivos que me impulsan a seguir luchando toda mi vida, sin los que hubiese sido imposible lograr terminar estos estudios. Porque a pesar de todo, siempre me han hecho sentir que están conmigo.

La autora.

AGRADECIMIENTO

Sin el apoyo y colaboración de los siguientes no hubiese sido posible la realización de la presente investigación:

Primero, quisiera dar mis agradecimientos a Dios, quien ilumina mi camino y está siempre conmigo.

A mi familia, porque con su apoyo incondicional me alientan a seguir adelante con optimismo, agradezco su comprensión y sus aunados esfuerzos al brindarme educación.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, a la Escuela de Posgrado, por permitirme realizar los estudios de maestría, a sus docentes por brindarnos sus conocimientos impartidos en nuestra formación académica.

Un especial agradecimiento a la Dra. María Ortiz Cruz por ser mi guía en todo el proceso de conducción de la tesis.

Agradezco a las autoridades del Centro de Salud de Ambo, a todas mis colegas y a todo el personal de la consulta de obstetricia por su colaboración y buena disposición en facilitar mi trabajo durante el tiempo de levantamiento de la información del presente estudio.

Agradezco también a las gestantes que participaron en el estudio, las cuales compartieron sus experiencias y percepciones acerca del control prenatal.

A todos, Gracias.

La autora.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre los predictores individuales, familiares e institucionales con el inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo en el 2015. **Métodos.** El estudio fue de tipo transversal, analítico, prospectivo y observacional, con 86 mujeres, quienes respondieron una entrevista y un cuestionario, previamente validadas. La comprobación de hipótesis fue mediante la prueba no paramétrica de Chi cuadrada, y Wald, con el modelo multivariado, para un $p \leq 0,05$, apoyados en el PASW V 20.0. **Resultados.** Se halló con el contraste Chi cuadrado de Pearson, que las características individuales: sociodemográficas, económicas y culturales; las familiares como las experiencias negativas en la relación con los padres y las institucionales fueron los predictores del inicio tardío del control prenatal ($p \leq 0,05$). Mediante la regresión logística se comprobó que las características individuales: bajo nivel de escolaridad; las familiares: antecedente de contar con familiar con experiencia de embarazo adolescente, la presencia de violencia, la falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar, y la mala experiencia de atención a familiar durante la gestación; y las institucionales: deficiente calidad de atención percibida, demoras en la atención de salud, y falencias en el examen integral fueron predictores ($p < 0,05$). **Conclusiones.** Según el modelo de regresión logística, fueron predictores del inicio tardío del control prenatal las características familiares: violencia y falta de expresiones de cariño-afecto en el hogar y las institucionales: percepción de deficiente calidad de atención del establecimiento de salud ($p < 0,05$).

Palabras claves: factores, predictores, control prenatal, riesgos, embarazo adolescente.

ABSTRAC

Objective. Determine the relationship between individual predictors, family and institutional with the late start of antenatal care to pregnant adolescents, users of the Health Facilities Microred Ambo in 2015.

Methods. The study was cross-sectional, analytical, prospective, observational, with 86 women who answered an interview and a questionnaire, previously validated. Hypothesis testing was using the nonparametric chi-square test, with binary logistic regression, for $p \leq 0.05$, supported by the PASW V 20.0.

Results. He was found with contrast Pearson Chi Square, that individual characteristics: sociodemographic, economic and cultural; family and negative experiences in the relationship with parents and institutional were predictors of late onset of prenatal care ($p \leq 0.05$]. By logistic regression was found that individual characteristics: low education levels; family: family history of having experienced teen pregnancy, the presence of violence, lack of expressions of love and affection at home, and the bad experience of family care during pregnancy; and institutional: poor perceived quality of care, delays in health care, and gaps in the comprehensive review were predictors ($p < 0, 05$).

Conclusions. According to the logistic regression model were predictors of late onset of prenatal family characteristics: violence and lack of expressions of affection-affection at home and institutional: perception of poor quality of care in the health facility ($p < 005$).

Keywords: *factors , predictors , prenatal care, risk teen pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

La Atención Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico^{1,2}.

El CPN es uno de los pilares en los que se basa la salud materna, como lo refrendan las estadísticas mundiales que los beneficios de su práctica rutinaria y la necesidad de establecerlo obligatoriamente, motivando o incentivando a las futuras madres para su cumplimiento. Un CPN temprano, continuo, completo y periódico contribuye a la disminución de las tasas de morbilidad materno infantil existentes en nuestro país³.

Por lo tanto el comienzo de la Atención prenatal en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran trascendencia, ya que esta puede garantizar que el desarrollo del embarazo este dentro de los parámetros de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo. Además de la captación precoz se requieren que las atenciones prenatales subsiguientes se realicen en forma periódica permitiendo el contacto con la adolescente para poder educarla y prepararla para el momento del parto⁴.

Por este motivo, surgió la inquietud de analizar la relación entre los predictores individuales, familiares e institucionales con el inicio tardío del CPN en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de

Salud de la Microred Ambo en el 2015. Para la lectura secuencial de la presente investigación se ha estructurado en cinco capítulos:

En el primer capítulo, se aborda el problema, los objetivos, las hipótesis: tanto el general como los específicos, el propósito, la justificación e importancia de la investigación, las variables y su operacionalización.

En el segundo capítulo, se exhibe el marco teórico, el cual comprende la descripción detallada de los antecedentes de investigación, las bases teóricas y conceptuales que sustentaron el estudio.

En el tercer capítulo, se consideró el marco metodológico de la investigación, el cual se compone de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, instrumentos de recolección de datos y el análisis de los datos.

En el cuarto capítulo, se presenta los resultados de la investigación con su respectiva interpretación. Y, en el quinto capítulo, muestra la discusión de los resultados.

Finalmente, se muestra las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, y los anexos.

La autora

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INTRODUCCIÓN	vi
ÍNDICE DEL CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivos.....	8
1.4. Hipótesis	9
1.5. Identificación de variables.....	11
1.6. Operacionalización de variables	11
1.7. Justificación de la investigación	14
1.8. Viabilidad	16
1.9. Limitaciones.....	17
CAPÍTULO II.....	18
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes del estudio.....	18
2.2. Bases teóricas	25
2.2.1. La salud materna.....	25
2.3. Bases conceptuales.....	26
2.3.1. El control prenatal	26
2.3.2. Finalidad del control prenatal	26
2.3.3. Características del control prenatal	27
2.3.4. Concepto de predictores	29

2.3.5. Predictores de la inasistencia al control prenatal de la gestante	29
2.3.5.1. Predictores individuales	29
2.3.5.2. Predictores familiares.....	32
2.3.5.3. Predictores institucionales.....	34
CAPÍTULO III.....	36
3. DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.1. Tipo de estudio	36
3.2. Método de estudio	36
3.3. Diseño de estudio	36
3.4. Población en estudio.....	37
3.5. Muestra y muestreo	38
3.6. Métodos y técnicas de recolección de datos	40
3.7. Validación de los instrumentos de recolección de datos.....	40
3.8. Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	41
3.9. Procedimientos de recolección de datos	42
3.10. Consideraciones éticas.....	44
3.11. Elaboración de los datos.....	46
3.12. Análisis e interpretación de datos	46
CAPÍTULO IV.....	50
4. RESULTADOS.....	50
4.1. Resultados descriptivos.....	50
4.2. Comprobación de hipótesis	80
CAPÍTULO V	96
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	96
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS	120

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Aspectos familiares de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	50
Tabla 2	Motivos para iniciar las relaciones sexuales y embarazarse en los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	52
Tabla 3	Acceso a medios masivos de comunicación y conocimiento del control prenatal en los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	53
Tabla 4	Actitud ante el embarazo de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	54
Tabla 5	Características sociodemográficas de la pareja actual de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	55
Tabla 6	Promedio de edad de la pareja actual de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	57
Tabla 7	Actitud ante el embarazo de la pareja de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	58
Tabla 8	Periodo de inicio del control prenatal de las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	59
Tabla 9	Periodo gestacional de las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	60
Tabla 10	Número y lugar de los controles prenatales de las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	61
Tabla 11	Promedio del número de controles prenatales de las gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	62
Tabla 12	Satisfacción por el control prenatal, percibida por las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	63
Tabla 13	Aspectos sociodemográficos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	65
Tabla 14	Aspectos económicos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	69
Tabla 15	Aspectos culturales de las gestantes de los casos y	

	controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	71
Tabla 16	Aspectos familiares de las gestantes adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	73
Tabla 17	Experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015...	75
Tabla 18	Calidad de los servicios maternos según percepción de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015...	77
Tabla 19	Características sociodemográficas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	80
Tabla 20	Características económicas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	81
Tabla 21	Características culturales como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	82
Tabla 22	Características familiares como predictores del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	84
Tabla 23	Las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles como predictores familiares en el inicio tardío del control prenatal en usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	85
Tabla 24	Las características institucionales como predictores del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	86
Tabla 25	Método de regresión logística binomial para los predictores individuales en el inicio tardío del control prenatal en las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	88
Tabla 26	Método de regresión logística binomial para los predictores familiares en el inicio tardío del control prenatal en las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	90
Tabla 27	Método de regresión logística binomial para los predictores institucionales en el inicio tardío del	

	control prenatal en las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	92
Tabla 28	Método de regresión logística binomial para los predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Representación gráfica del promedio de edad de la pareja actual de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	57
Figura 2	Representación gráfica del promedio del número de controles prenatales de las gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Micro red Ambo-2015.....	62
Figura 3	Representación gráfica de los aspectos sociodemográficos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	67
Figura 4	Representación gráfica de los aspectos económicos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	69
Figura 5	Representación gráfica de los aspectos culturales en torno al control prenatal tardío en los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	71
Figura 6	Representación gráfica de los aspectos familiares de las gestantes adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	74
Figura 7	Representación gráfica de las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	75
Figura 8	Representación gráfica de la calidad de los servicios maternos según percepción de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.....	78

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

En la actualidad, el embarazo adolescente es considerado como un problema de salud pública, pues es un factor clave, contribuyente importante a la morbilidad materna y cursando a su vez por problemas perinatales, muchas de ellas prevenibles con una adecuada vigilancia y cuidado prenatal; es justamente por ello necesario una atención prenatal en forma periódica, integral y temprana o precoz⁵ en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz). El cuidado prenatal es de gran trascendencia, ya que puede garantizar que el desarrollo del embarazo este dentro de los parámetros de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo⁶, además de fomentarse hábitos de vida saludable⁷.

El Control pre natal (CPN), no es más que una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. Sin embargo, en el periodo del embarazo, muchas veces se producen complicaciones diversas, las que con un oportuno CPN pueden prevenirse o atenderse evitando riesgos, que muchas veces terminan en

la muerte, ya sea de la madre o del feto o en el peor de los casos de ambos.

Diversas investigaciones en adolescentes embarazadas tanto a nivel nacional como internacional, han observado la deficiente Atención Prenatal, ya sea por ausencia o por inicio tardío del mismo, lo cual es grave ya que la falta de educación a la gestante influye sobre los cuidados prenatales y la evolución del embarazo, de este modo la deficiencia de la atención prenatal refleja la insuficiencia de estrategias para la adecuada captación a la adolescente embarazada⁸.

En el análisis de la magnitud de la problemática en estudio, según Barrera⁹ existe un 81,9%, de atención prenatal en embarazos adolescentes, en 55,6% con parto institucional y la tasa de cesáreas fue 8,5%.

La falta de CPN, es especialmente preocupante en adolescentes gestantes, debido a que los nacimientos en adolescentes solteras son generalmente no planeados, puesto que vivencian condiciones económicas¹⁰ lo cual aumenta la probabilidad de resultados adversos en el bienestar de la madre e hijo¹¹, tanto en el corto como en el largo plazo.

Por lo cual no existe duda, de que el CPN lo más pronto posible después de la concepción se asocia a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que conllevan a nacimientos de bajo peso. Pues durante la primera atención prenatal se brinda una atención integral, en la cual el personal de salud evalúa el aspecto emocional y el estado psíquico, que con frecuencia se encuentran

alterados en muchas gestantes adolescentes¹². Asimismo, en la primera atención prenatal, se determina si existen factores de riesgo psicosociales y se puede predecir si la gestación evolucionará normalmente; pues esta demostrado que los factores negativos del entorno psicosocial, tales como la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza a los padres están fuertemente relacionados al aborto provocado en las adolescentes.

En suma, la atención prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para la de sus recién nacidos. En la atención prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible¹³.

Actualmente se sigue evidenciando que aún existe poco conocimiento sobre los factores que contribuyen a la utilización de los servicios de atención prenatal por parte de las madres adolescentes¹⁴; pues en una revisión de los factores de riesgo para muerte infantil, menciona que intervenciones simples como el CPN, soporte social y servicios de educación serían las mejores estrategias para disminuir las muertes infantiles asociadas a prematuridad y sus complicaciones, su eficacia está disminuida en países subdesarrollados debido a factores culturales y diferencias en el acceso a servicios de salud.

Según diversos autores, el inicio tardío del CPN por las adolescentes embarazadas está asociado a múltiples factores. Entre los factores personales que se asocian, destacan la influencia de alcohol o drogas, el antecedente de parejas mayores, el abuso sexual previo, la

influencia de los pares y los/as que trabajan. En relación a variables familiares, resulta el hecho de los/as adolescentes cuyas familiares tuvieron una asistencia fallida en el establecimiento de salud o que la pareja no está de acuerdo en el CPN, propicia un antecedente del control tardío del CPN.

Este análisis lo corrobora Martínez¹⁵, al concluir en base a sus estudios que un 100% de las gestantes encuestadas, 20% refirió no asistir a las consultas por no saber a qué institución deben de ir por desconocimiento del CPN, el 11% refirió no tener suficientes recursos económicos para poder asistir por la distancia del Subcentro a sus residencias, y el 54% de las gestantes adolescentes refiere no asistir principalmente por la distancia que es uno de los principales factores que impiden que ellas asisten a las consultas.

Barrera¹⁶, ha observado que en Perú; la atención prenatal de acuerdo a la edad de la madre, se encuentra un 90% en madres menores de 20 años, disminuyendo a un 87.9% en aquellas de 35 años a más. Al mismo tiempo la mortalidad materna en adolescentes fue de 22.2 mujeres por 10 000 nacidos vivos y en mujeres de 15 a 49 años fue de 18.3 mujeres por 10 000 nacidos vivos al año 2000. En cuanto a la morbilidad en la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, los cuadros hipertensivos, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias y la rotura prematura de las membranas ovulares. Una de las causas de

mayor preocupación en las gestantes adolescentes es su estado de nutrición, como se sabe los requerimientos nutricionales están directamente proporcional al gasto energético considerando que todavía se encuentra en proceso de crecimiento y desarrollo, lo cual se incrementa aún más en el periodo de gestación.

Frente a tal situación, el Ministerio de Salud (MINSA) tuvo como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna¹⁷. Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el CPN oportuno y continuo y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante diversos períodos.

El problema observado en los establecimientos de salud del Microred Ambo, es el inicio inoportuno del CPN de las adolescentes primerizas, ellos llegan al primer control cuando el embarazo se encuentra en la fase avanzada (II o III trimestres), que resultado de ello, se presentan alguna complicación durante el embarazo parto y puerperio. Este hecho tiene diversas repercusiones socio – legales, y no se está respondiendo a la planeación, ejecución y control de programas que favorecen la salud y la promoción de la calidad en la misma, y no se están acogiendo a la culminación satisfactoria del programa diseñado para tal fin.

Se percibe la falta de asistencia por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles prenatales, lo cual es consecuencia en primera instancia por la falta de educación sobre el autocuidado y la importancia de acudir al control médico y de enfermería, provocando que la morbi-mortalidad materna sea uno de los principales problemas en la población, el cual, además involucra otros factores, como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos¹⁸.

De acuerdo con Galván, citado por Moya, Guiza, Mora en¹⁵ su artículo "La falta de control en los primeros meses de embarazo, una realidad alarmante", enuncia predictores como la falta de dinero para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, desinformación, o simplemente la falsa creencia de que esta etapa puede ser atravesada con el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico. La ausencia de este tipo de controles en la primera etapa del embarazo impide detectar y tratar factores de riesgo como HIV, sífilis, hipertensión, diabetes, anemia y falta de ácido fólico, responsable de graves malformaciones fetales.

El CPN como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, y desde el punto de vista de una atención médica primordial, requiere de recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental. Además los lugares donde se efectúe esta atención deben contar con sus estadísticas de referencia para conocer la real importancia de su labor y el

impacto beneficioso que su tarea puede llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan¹⁹.

De acuerdo con Sandoval²⁰ los predictores individuales, familiares e institucionales, que estarían contribuyendo al retraso del CPN, serían: 1) retraso de parte de la mujer embarazada, su familia o ambos, en buscar ayuda. 2) retraso en alcanzar un adecuado servicio de salud y 3) retraso en recibir el tratamiento adecuado en el servicio de salud, entre otros. Estos predictores merecen un análisis en aquellos servicios de salud del primer nivel de la Microred de salud Ambo, como en el caso específico de los establecimiento de salud I-I y I-II; por tanto se desarrolló la presente investigación que tuvo por objetivo analizar los predictores del inicio tardío del CPN, tomando en cuenta algunos indicadores individuales, familiares e institucionales de mujeres consultantes en un centro de atención de obstetricia en los establecimientos de salud de Ambo.

1.2. Formulación del problema

De acuerdo a la problemática expuesta, se formulan los siguientes problemas de investigación:

Problema general

¿Existe relación entre los predictores individuales, familiares e institucionales con el inicio tardío del CPN en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo en el 2015?

Problemas específicos

- ¿Están relacionados los predictores individuales: demográficos, sociales, económicos y culturales con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio?
- ¿Existe relación entre los predictores familiares: desacuerdo de la pareja en la atención del CPN y experiencia de atención de salud fallida de familiar, con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio?
- ¿Se relacionan los predictores institucionales: mala calidad de la atención de salud, maltrato en la atención por admisión, maltrato en la atención del personal de CPN, demoras en la atención, preferencias discriminatorias en la atención, falencias en el examen integral del CPN, en el examen subjetivo del CPN y en la orientación del CPN, e instalaciones físicas inadecuadas con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre los predictores individuales, familiares e institucionales con el inicio tardío del CPN en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo en el 2015.

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre los predictores individuales: demográficos, sociales, económicos y culturales que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.
- Examinar la relación entre los predictores familiares: desacuerdo de la pareja en la atención del CPN y experiencia de atención de salud fallida de familiar, con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.
- Explorar la relación entre los predictores institucionales: mala calidad de la atención de salud, maltrato en la atención por admisión, maltrato en la atención del personal de CPN, demoras en la atención, preferencias discriminatorias en la atención, falencias en el examen integral del CPN, en el examen subjetivo del CPN y en la orientación del CPN, e instalaciones físicas inadecuadas con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.

1.4. Hipótesis

Hipótesis general

H0: Los predictores individuales, familiares e institucionales se relacionan con el inicio tardío del CPN en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo.

Ha: Los predictores individuales, familiares e institucionales se relacionan con el inicio tardío del CPN en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo.

Hipótesis específicas

Hi₁: Existen predictores individuales: demográficos, sociales, económicos y culturales que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.

Hi₂: Existen predictores familiares: desacuerdo de la pareja en la atención del CPN y experiencia de atención de salud fallida de familiar, que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.

Hi₃: Existen predictores institucionales: mala calidad de la atención de salud, maltrato en la atención por admisión, maltrato en la atención del personal de CPN, demoras en la atención, preferencias discriminatorias en la atención, falencias en el examen integral del CPN, falencias en el examen subjetivo del CPN, falencias en la orientación del CPN, e instalaciones físicas inadecuadas, que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.

1.5. Identificación de variables

Variable dependiente

Inicio tardío del CPN

Variable independiente

Predictores del inicio tardío del CPN

Variable de caracterización del embarazo

Edad gestacional de inicio del control

Semanas de gestación

Número de CPN

Lugar de CPN

Tendencia a la continuidad de los CPN

1.6. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	
VARIABLE DEPENDIENTE					
Inicio tardío del control prenatal	Presencia	Cualitativa	Sí/no	Nominal dicotómica	
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Predictores del inicio tardío del control prenatal.	Presencia	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica	
	INDIVIDUALES	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica	
	Demográficas	Cualitativa	Edad de adolescente temprana		Nominal dicotómica
		Cualitativa	Procedencia rural		Nominal dicotómica
		Cualitativa	Profesar alguna religión.		Nominal dicotómica

		Cualitativa	Domicilio lejano al EESS.	Nominal dicotómica
Sociales		Cualitativa	Baja escolaridad	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Realiza trabajo durante la gestación	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Condición civil de conviviente	Nominal dicotómica
Económicos		Cualitativa	Estrato social bajo/pobre/muy pobre	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Jefe de familia desempleado	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Costo inaccesible del transporte al EESS	Nominal dicotómica
Culturales		Cualitativa	Escasa educación PN	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Escasa educación de los CPN	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Desconocimiento de los riesgos de un embarazo	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Desconocimiento de la gratuidad de la atención	Nominal dicotómica
		Cualitativa	Desconocimiento de los temas de embarazo, parto y puerperio.	Nominal dicotómica
FAMILIARES		Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
Desacuerdo de la		Cualitativa	Sí/No	Nominal

	pareja en la atención del CPN			dicotómica
	Experiencia de atención de salud fallida a familiar.	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	INSTITUCIONALES	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Mala calidad de la atención de salud	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Maltrato en la atención por admisión	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Maltrato en la atención del personal de CPN	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Demoras en la atención	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Preferencias discriminatorias en la atención	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Falencias en el examen integral del CPN	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Falencias en el examen subjetivo del CPN	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Falencias en la orientación del CPN	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
	Instalaciones físicas inadecuadas	Cualitativa	Sí/No	Nominal dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO				
Situación gestacional	Semanas de gestación	Cuantitativa	Nº de semanas	Razón
	Número de controles	Cuantitativa	Nº de controles	Razón
	Edad gestacional de inicio del control	Cuantitativa	En semanas	Razón
	Lugar de atención del CPN	Cualitativa	Centro de Salud Hospital Particular Empírica	Nominal politómica
	Tendencia a la continuidad de los	Cualitativa	Sí/no	Nominal dicotómica

	controles prenatales			
--	-------------------------	--	--	--

1.7. Justificación de la investigación

El estudio se justifica por las siguientes razones:

Teórica

En los informes estadísticos y de cobertura, se muestran el incremento del CPN, sin embargo, no se tiene información sobre la etapa de inicio de éste ni el número de consultas recibidas, como la explicación de los predictores relacionado al inicio tardío del CPN, lo cual puede dificultar los esfuerzos para proveer servicios reproductivos a las adolescentes. Por tanto la presente investigación aporta al conocimiento científico para la acción a favor de la salud materno infantil del grupo de adolescentes; siendo que los avances en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas se han convertido en uno de los elementos esenciales dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Lo cual dependen en principal medida a la mejora del acceso a servicios de salud materna y reproductiva de calidad y la utilización de los mismos; ello justifica el estudio.

Metodológica

El CPN representa una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante, es elemental, pues, a partir de ello se pueden generar nuevas medidas de captación precoz y fomentar un seguimiento adecuado del embarazo

adolescente, asegurando así el parto institucional; ya que este grupo de alto riesgo es muy propenso a las complicaciones obstétricas – perinatales, por ello, identificar los predictores en el inicio tardío del CPN y la resolución del embarazo es de suma importancia, ya que la mortalidad materna en la región de Huánuco, continúa siendo muy elevada, en comparación con la de otros departamentos o regiones.

Actualmente cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo. Y, la medicina preventiva es la más efectiva a la que se puede aspirar, y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones e sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madre y productos más sanos, por ello la investigación que enfoca el análisis de los predictores del inicio tardío del CPN por adolescentes gestantes, resulta prioritario. Por ello, la investigación que se propone resulta importante porque representará un soporte documentado para la toma de decisiones en pro de la mejora continua, que garanticen altos estándares de calidad en la prestación del servicio de cuidado materno – infantil en los establecimientos de salud de la Microred de Ambo.

Social

Los predictores de la inasistencia al CPN constituye una temática que se plasma en diversos estudios socioeconómicos, geográficos,

educacionales y políticos; creencias y prácticas de la medicina tradicional y doméstica correspondientes al contexto en el cual se inserta la adolescente durante el embarazo pueden intervenir en la decisión de acudir o no, en qué momento, a la atención prenatal²¹. Esta situación merece ser analizada para intervenir de manera eficaz en su solución.

La muerte de una madre es una tragedia evitable que afecta una vida joven llena de grandes esperanzas; es una de las experiencias más traumáticas que puede sufrir una familia y afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de los hijos, especialmente de los más pequeños. Todo lo anterior trae como consecuencia el debilitamiento de la estructura social en general²².

1.8. Viabilidad

Fue viable realizar la presente investigación en el tiempo previsto. No existieron problemas éticos-morales en el desarrollo de la investigación. Se contó con los medios para lograr la participación de las mujeres usuarias del Centro de Salud Aparicio Pomares de la Red de salud de Huánuco.

Además, se contó con disponibilidad de los recursos materiales, económicos, financieros, humanos, tiempo y de información; ninguno de ellos fue determinante de obstáculo en los propósitos de la investigación desarrollada.

1.9. Limitaciones

Se eligió este tema, porque hubo base teórica y metodológica; asimismo se contó con él y contamos con el material suficiente para realizar la investigación. También porque va a proporcionar alcances teóricos para aportar en la solución a dicho problema; bajo este contexto la limitación estaría fundamental en la ubicación de la muestra en estudio, razón por la que se tomaron todas las medidas para evitar alguna omisión en la ubicación de la muestra en estudio.

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A continuación, se presentan a una serie de antecedentes de orden internacional y nacional, relacionados a la temática del estudio y que nos ayudarán a profundizar sobre la importancia del tema; con ello se facilitaran la asimilación y la comprensión del mismo.

Antecedentes internacionales

En Colombia, 2012, Sarrazola, Maldonado, Calderón, Torrado, Tudela, Villamizar²³; desarrollaron un estudio titulado, “Factores socioculturales que influyen en el inicio oportuno del CPN de las gestantes usuarias del programa en la unidad básica de la libertad de la ESE IMSALUD – Cúcuta”; cuyo objetivo fue identificar los factores socioculturales que influyen en el inicio oportuno del CPN de las gestantes.

Otro de los estudios desarrollados en Colombia, 2010, fue el de Moya, Guiza, Mora²⁴, quienes abordaron un estudio descriptivo de corte transversal titulado, “Ingreso temprano al CPN en una unidad materno

infantil”; cuyo objetivo fue identificar aspectos importantes como las variables sociodemográficas, clínicas, barreras de acceso y adherencia para el ingreso temprano al CPN de las gestantes que consultan a una unidad materno infantil. Los resultados evidenciaron el impacto favorable cuando no inciden las variables de riesgo. Queda demostrado que con un número suficiente de controles prenatales y efectuados en forma precoz, estas pacientes pueden ser contenidas en su situación y se llega a disminuir en forma muy importante la mortalidad perinatal.

En Bucaramanga, 2008, Hernández, Navarro²⁵, realizaron una investigación cuantitativa, descriptivo, de corte transversal sobre los “factores asociados al abandono del programa de CPN en las gestantes captadas en la ese hospital integrado San Juan de Cimitarra, Santander”, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados al abandono del programa de CPN en las gestantes captadas. La muestra estuvo constituida por 278 casos. El resultado que evidenció el estudio fue: el número de controles a los que suelen asistir generalmente las madres gestantes es de 4 a 6, conservando una relación de casos en cuanto a la edad de gestación en la que inició el CPN, ubicada en el rango de 13 a 24 semanas. Es decir para ambos intervalos fueron el mismo número de casos. La gran mayoría de madres gestantes provienen del área rural circundante al puesto de salud, lo cual es un factor potencial relacionado con la inasistencia a los controles, mostrando como principal motivo, la distancia y la falta de dinero para los pasajes. Como señalan los

resultados, esto forma parte de los aspectos que según la opinión de las madres gestantes tanto el cuerpo médico como la institución no pueden ejercer efectos directos sobre la ubicación de la residencia con respecto al puesto de salud y la situación económica particular de las beneficiarias del programa. Observando el ítem de intervalos de tiempo invertido para llegar al centro de salud, el mayor porcentaje corresponde a los recorridos de más de 1 hora, lo cual estaría relacionado con el área rural, esto, contra un menor porcentaje del intervalo correspondiente a menos de una hora, que se asociaría a las madres pertenecientes al área urbana. A pesar de la distancia a que se hace alusión anteriormente, las madres gestantes manifiestan su interés por continuar dentro del programa de CPN sin importar la distancia como factor principal, lo cual podría estar asociado a la concientización de la importancia que para ellas (las madres gestantes) representa, como muestran los resultados el hecho de pensar en el bienestar propio y del bebé. Esta actitud de las madres es el resultado de la adecuada capacitación suministrada por el responsable de la atención, pues según las respuestas planteadas se les ha suministrado suficiente información previa y durante su periodo de gestación. En cuanto a la consecución de las citas, la gran mayoría cree que no hay dificultad, asociándose a la satisfacción de las expectativas de las madres gestantes, esto sumado a la atención prestada por los funcionarios de la ESE Hospital, como son el médico, enfermera y la recepcionista. En cuanto a la comodidad de las instalaciones, las madres gestantes en su mayoría coinciden en que son aceptables. La inconformidad está

relacionada con el tiempo de espera para la atención médica, y de igual forma se observa que no hay más consideraciones por parte de éstas (madres gestantes).

Este antecedente fue uno de los más específicos en relación a la temática que se viene abordando, puesto que proporcionó un amplio marco para la construcción de los instrumentos de recolección de datos y en la descripción del problema.

En Bolivia (Oruro) 2006, Pacto, realizó²⁶, una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal titulada “Causas que determinen la inasistencia continua de las gestantes a CPN en el hospital Walter khon Oruro”, con el objetivo de determinar las causas de inasistencia de la gestante a CPN. El tamaño de la muestra al azar estuvo constituido por 196 embarazadas, de un universo de 395 que realizaron su primer control prenatal, a quienes les aplicaron un cuestionario. Concluyó indicando que existe deficiente atención por el personal de salud de parte médica y enfermería, referente a la explicación sobre situación actual de la paciente en cada consulta, el examen físico de la gestante es en forma incompleta, las charlas educativas sobre temas concernientes a CPN, parto y puerperio también son deficientes, en a servicio de admisión y parte medica también es deficiente porque les atienden de mal humor y con indiferencia, por otra parte existe demora en la atención por la demanda de pacientes; el conocimiento sobre importancia del CPN por los

gestantes fue deficiente, porque ellas indican que realizan su control, para saber cómo está el bebe y no de ambos.

Antecedentes nacionales

En la Libertad, 2012-2013, Cobos²⁷, desarrolló una investigación titulado “Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentral de salud zapotal - Santa Elena”; cuyo objetivo principal es identificar los factores socioeconómicos, demográficos que influyen en la atención prenatal de gestantes. La población estuvo constituida por 30 gestantes que acuden a la consulta prenatal, de la cual no se utilizó más muestra debido a la falta de inasistencia a las consultas prenatales. Los resultados demostraron que el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un CPN oportuno, y el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución y le impide llevar un control por la distancia y el tiempo que se requiere llegar al Subcentral de salud.

Este antecedente de investigación, también fue uno de los más próximos en relación al tipo de estudio que se viene abordando, razón por la cual orientó en la descripción del problema en estudio, así como a la

identificación de los predictores de la inasistencia a los controles prenatales.

En el 2010, Arispe, Salgado, Tang, González, Rojas²⁸ desarrollaron un estudio descriptivo transversal titulado “Frecuencia de CPN inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de pacientes con CPN inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Entrevistaron a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y revisaron la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Definieron CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. Incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$). Conclusiones: El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada.

También, este estudio es específico al estudio puesto que orientó a la construcción de los instrumentos de recolección de datos.

En Lima, 2007 Barrera²⁹, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal titulado “Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa”, cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes. La muestra fue de 206 gestantes adolescentes seleccionados aleatoriamente con criterios de inclusión (gestante adolescente en buen estado general, gestante que acudió a su primera atención personal sin presencia de complicaciones del I Trimestre y que acepten ingresar al estudio mediante la firma de un consentimiento informado); utilizaron una ficha de recolección de datos de historia clínica para la identificación de la edad gestacional a la primera atención prenatal (APN) y realizaron una entrevista estructurada; las variables analizadas fueron correspondientes a seis segmentos: factor familiar, de pareja, educacional, económico, psicológico y factor institucional. Los resultados, evidenciaron que existen factores que influyen en el momento en el cual la gestante está decidiendo iniciar su APN. El inicio temprano (I trimestre) de la APN fue prevalente en la muestra estudiada con un (54.4%), asimismo el 38.3% tuvo inicio intermedio (II trimestre) y el inicio tardío (III trimestre) fue un 7.3%. Los factores que influyeron en asistir a la APN de manera temprana fueron el factor pareja (estado civil, escolaridad de la pareja y aceptación del embarazo), el factor educacional (escolaridad de la gestante y conocimientos sobre la APN) y el factor familiar (la buena comunicación y confianza con los padres, el vivir con la pareja y/o familia

de la pareja y el apoyo familiar ante el embarazo). Asimismo el factor institucional y el factor psicológico tuvieron más influencia al inicio tardío de la APN.

Este antecedente de investigación, presenta proximidad con el estudio, puesto que orientó en la construcción de los instrumentos de recolección de datos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La salud materna

La salud materno - perinatal guarda una relación estrecha con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, religioso, políticos, demográficos, edad, nivel educativo, económicos y ambientales, es así como cifras del Panorama de Mortalidad Materna la salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, son los factores de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal³⁰.

Dentro de la maternidad saludable, también se considera a la maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo, parto y posparto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres, que viven en países en vías de desarrollo, en la mayoría de los casos.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. El control prenatal

Tal como lo describe Barrera³¹, el CPN es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológica.

De acuerdo con Martínez³² es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.

Y, según Moya, Guiza, Mora³³, el CPN es un conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

2.3.2. Finalidad del control prenatal

Considerando que todo embarazo es potencialmente de riesgo, el CPN, tiene como finalidad primordial identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar, realizar el

planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad, además de promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal; promover la salud reproductiva, la planificación familiar, la adecuada nutrición, prevención y tratamiento de la anemia³⁴.

Tal como lo describe Barrera³⁵, una de las finalidades de la atención prenatal es asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado del feto, asimismo asegurar la administración de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Algunos estudios plantean que a medida que la captación es más tarde aumentan las complicaciones, sobre todo el riesgo de anemia y sepsis urinaria se hacen más evidentes.

2.3.3. Características del control prenatal

En el área obstétrica la atención prenatal es un recurso primario cual debe considerar las siguientes características³⁶:

Precoz. Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer fidedignamente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.-

Periódico. La frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico.

Completo. La Atención prenatal debe ser completa en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de las atenciones e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Debe ofrecer amplia cobertura. Se debe promover la atención prenatal a la mayor cantidad de población posible, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención.

Asimismo las guías nacionales consideran como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

Dos atenciones antes de las 22 semanas,

La tercera entre las 22 a 24 semanas,

La cuarta entre las 27 a 29,

La quinta entre las 33 a 35,

La sexta entre las 37 a 40 semanas.

Así también la frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

Una atención mensual hasta las 32 semanas

Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas

Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto

Muchas investigaciones revisadas muestran que la Atención Prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para la de sus recién nacidos³⁷. En la Atención Prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible³⁸.

2.3.4. Concepto de predictores

Son elementos, condicionantes que contribuye a lograr un resultado. También es conocido como factores cuya presencia en un momento dado se asocia a la aparición posterior de un fenómeno o patología.

2.3.5. Predictores de la inasistencia al control prenatal de la gestante

En la presente investigación, se están considerando los predictores individuales, familiares e institucionales; los cuales se describen a continuación³⁹:

2.3.5.1. Predictores individuales

Diversas publicaciones coinciden en señalar como principales determinantes individuales del inicio oportuno del CPN son edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social⁴⁰.

Otro estudio acerca del explica que existen factores contribuyentes a acceso a la atención prenatal, asistir o no a la atención prenatal siendo la escolaridad y el apoyo social (apoyo de las amistades y familiares) de la gestante los que determinan la asistencia a la Atención Prenatal⁴¹.

Por otro lado, la atención materna estaría asociada a como la educación de la madre, considerada una variable de estatus de la mujer,

resultó ser un fuerte predictor de la atención materna, y provee apoyo para la perspectiva de empoderamiento.

La educación estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud, por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, sabrá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud como de los beneficios que producen su uso.

El acceso a hospital, y el nivel socioeconómico de la madre son otros de los predictores significativos y muestran una fuerte asociación con la atención materna. Esta asociación es similar a la encontrada en estudios que muestran la misma relación con la mortalidad materna. Una tercera perspectiva considerada en el análisis, fue la autonomía de la mujer. Los resultados muestran que la probabilidad de tener atención prenatal, parto institucional y atención posparto, disminuye alrededor del 30%, cuando es la pareja (esposo/conviviente), quien decide sobre el cuidado de la salud de la mujer, respecto a las mujeres que deciden sobre su propio cuidado de salud⁴².

Actualmente estamos viviendo una década de pesada carga económica, la consecuencia de esta situación tiene su expresión en tasas negativas en salud reproductiva. Según Barrera⁴³ el nivel socioeconómico interviene como predisponente de la utilización de servicios de atención prenatal.

En casi todos los estudios sobre el tema, se considera que la situación socioeconómica juega un papel fundamental en el acceso a la Atención Prenatal. El no haber trabajado durante el embarazo, y más aún,

que no lo hicieron nunca, muestra una asociación significativa con la ausencia o insuficiencia de la atención prenatal.

Se ha probado que la situación socioeconómica desfavorable conduce a la desnutrición y la anemia, un desarrollo insuficiente, falta de atención prenatal y viviendas inadecuadas, donde a menudo hay hacinamiento, promiscuidad y a veces incesto; muchas repiten el patrón de sus madres solteras que también dieron a luz siendo adolescentes. Para la medición de esta variable serán utilizados los siguientes indicadores: condición de la vivienda, nivel de ingreso, condición de actividad del jefe del hogar -status socio-ocupacional- así como de la adolescente, dependencia económica de la madre adolescente respecto a su compañero. Los cuáles serán referidos en un Rango de Ingresos según los Datos Estadísticos propuestos por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)⁴⁴.

La ausencia de programas de educación en salud, y en particular para la gestante, incluyendo captación precoz de la misma se ve reflejada en el desconocimiento de la importancia de la atención prenatal y la falta de motivación; esta grave falla del sistema de salud fue reportado hace mucho tiempo por diferentes autores. La falta de conocimiento en sexualidad, es decir la total desinformación se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimiento o tabú respecto del tema. Los mandatos culturales, socioeconómicos y educacionales marcan la conducta de las adolescentes. Presentando una conducta deficitaria con respecto a la prevención en salud. Los futuros profesionales deben de

mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma en las adolescentes.

La ENDES 2004, indagó también si las gestantes habían consumido suplemento de hierro y por cuánto tiempo durante el embarazo, es así que en el nacimiento más reciente, el 65 % de las mujeres entrevistadas reportó que tomó pastillas o jarabe de hierro, cobertura que se reduce a 46 % entre las mujeres sin educación⁴⁵.

2.3.5.2. Predictores familiares

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio⁴⁶.

⁴⁷.

Al mismo tiempo se entiende por Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, maltrato o violencia, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente, etc. Y todo ello influye en el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia⁴⁸.

Algunos autores mencionan que el maltrato físico a la gestante fue motivo para no asistir a la Atención Prenatal; indicando que la atención prenatal tardía y la ausencia de esta atención podrían deberse a la oposición de las personas agresoras (compañero, familiares, entre otras) y a los temores que podría sentir la mujer a que en la exploración médica se descubrieran huellas de abuso físico o sexual⁴⁹.

Así también otros estudios concluyen que la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo estuvieron fuertemente relacionados con el aborto provocado en adolescentes⁵⁰.

Del mismo modo la gestante adolescente de una familia tipo disfuncional presenta falta de apoyo familiar, esto trae consigo la privación material, el aumento de los eventos negativos en la vida, la falta de afecto, el escaso nivel de educación y la falta de acceso a la información. Por todo ello el apoyo familiar es muy importante durante el embarazo adolescente ya que favorece y permite un adecuado cuidado prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante adolescente⁵¹. Asimismo la reacción de los padres, la familia y la pareja ante la gestación influye directamente en la actitud de la adolescente hacia su primer embarazo⁵².

Concluyéndose que la participación activa de la familia y la comunidad es el componente más efectivo para la protección de la salud de la mujer y su hijo, debido a que 60% de las muertes fetales y neonatales en nuestro medio están asociados a un factor de privación social⁵³.

2.3.5.3. Predictores institucionales

También llamado, factores contextuales como disponibilidad de servicios de salud, -a excepción de hospital-, de los cuales se esperaba un fuerte efecto, no tienen una significativa relación con la atención prenatal, parto institucional y atención posparto, por la existencia de factores individuales fuertemente asociados⁵⁴. La mayoría de lesiones y muertes maternas podrían ser evitadas si la mujer tuviera acceso a cuidados básicos durante el embarazo, parto y posparto, y fuera instruida para hacer uso de los servicios de salud materna. Proveer servicios de salud materna podría costar en⁵⁵

También, la disponibilidad y aceptabilidad de servicios de salud son dimensiones importantes que facilitan el uso de atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención de parteras / comadronas y, hay quienes buscan ayuda profesional y parto institucional. Los factores asociados a la primera elección serían la tradición o costumbre, habilidades de la comadrona / partera de cuidado especial, el costo, y respeto por costumbres locales (ejemplo, retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas, y elegir la posición en el parto). En el caso de la segunda elección estarían el conocimiento de los beneficios proporcionados en los servicios de salud, por parte del personal de salud, como la capacidad de éste para manejar

complicaciones, y percepción de que las parteras / comadronas no pueden manejar complicaciones⁵⁶.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

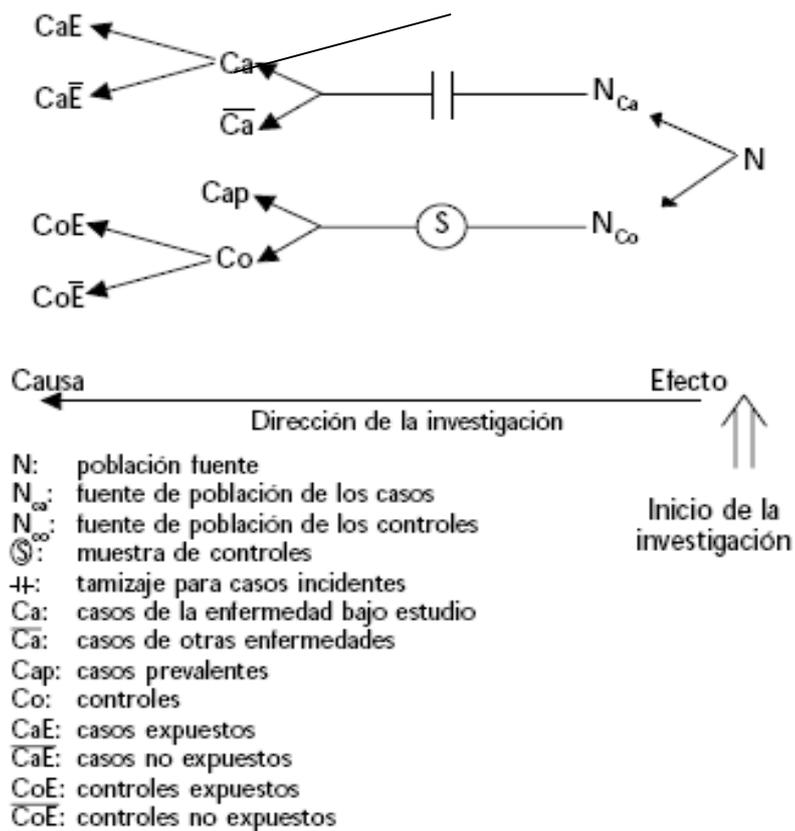
La presente investigación fue **observacional**, puesto que no hubo manipulación de las variables, fue **prospectivo**, porque se recogieron los datos que ocurrieron en el momento; **analítico**, porque se tuvieron dos variables en estudio, y fue **transversal** porque se estudió las variables en un solo período de tiempo.

3.2. Método de estudio

Se utilizó el método deductivo – inductivo, porque, se estudiaron las variables en forma general, para así llegar a lo particular; explicando, para luego responder la hipótesis en forma concreta.

3.3. Diseño de estudio

El diseño de investigación fue el epidemiológico de caso y control, tal como se muestra a continuación:



3.4. Población en estudio

La población estuvo constituida por 677, gestantes usuarias de los establecimientos de salud, de la Microred Ambo, según el datos proporcionado por la Red de Salud Huánuco-2014.

Para los casos

Características de la población

a) Criterios de inclusión de los casos

- ✓ Pertener a la etapa de vida adolescente
- ✓ Ser primigesta
- ✓ Ser gestante del segundo o tercer trimestre

b) Criterios de inclusión de los controles

- ✓ Pertenecer a la etapa de vida adolescente
- ✓ Ser primigesta
- ✓ Ser gestante del segundo o tercer trimestre

c) Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

Ubicación de la población en espacio y tiempo:

Ubicación en el espacio: el estudio se realizó en los establecimientos de la Microred Ambo.

Ubicación en el tiempo: El periodo del estudio, comprendió desde noviembre del 2014 hasta junio del 2015.

3.5. Muestra y muestreo

Unidad de análisis

Las gestantes adolescentes

Unidad de muestreo

La unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco muestral

Relación de gestantes

Tamaño de la muestra

Se trabajó con la fórmula para variables categóricas, teniendo en cuenta dos grupos; tal como se muestra a continuación:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} * \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.500
1- $\alpha/2$ = Nivel de Confianza a dos colas	1- $\alpha/2=$	0.750
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.500
1- $\alpha/2$ = Nivel de Confianza a dos colas	1- $\alpha/2=$	0.750
Z1- $\alpha/2$ = Valor tipificado	Z1- $\alpha/2$ =	0.674
Beta (Máximo error tipo II)	$\beta =$	0.200
1- β = Poder estadístico	1- $\beta =$	0.800
Z1- β = Valor tipificado	Z1- $\beta =$	0.842
p1 = Prevalencia en el primer grupo	p1 =	0.095
p2 = Prevalencia en el segundo grupo	p2 =	0.020
p = Promedio de la prevalencia	p =	0.058
Tamaño de cada grupo	n =	43.12

Según el cálculo de la muestra, se contó con 43 unidades de estudio, MEF, (n_1) para los casos y 43 unidades (n_2) para los controles.

Para estimar la prevalencia del antecedente más frecuente en los casos y controles, consideramos pertinente las frecuencias de distribución de la variable "inicio tardío del CPN"; ya que la consideramos de mayor importancia; además es un factor de riesgo de estudio muy extenso en la literatura y otras investigaciones.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo, fue el probabilístico, aleatorio simple; cuya muestra estuvo conformada por 86, adolescentes, 43 para cada grupo (caso y control).

3.6. Métodos y técnicas de recolección de datos

El método utilizado fue la entrevista y los instrumentos aplicados en la presente investigación fueron:

- **Cuestionario de los predictores de la inasistencia continúa del control prenatal (Anexo 1).** Este instrumento consta de 38 reactivos y tres dimensiones, consideradas como predictores (individual, familiar e institucional).
- **Guía de entrevista de la situación gestacional de la mujeres en estudio (Anexo 1).** Este instrumento consta de 6 reactivos que buscan indagar el estado de la situación del embarazo.

3.7. Validación de los instrumentos de recolección de datos

Todos los instrumentos de recolección de datos, fueron sometidos a una validez cualitativa de contenido, en la cual se consideraron los siguientes tipos de validez:

Se realizó una validez cualitativa de contenido, teniendo en consideración el juicio de 5 jueces expertos a los fines de juzgar, de

manera independiente, la “bondad” de los ítems del instrumento, en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems.

Cada experto recibió suficiente información escrita acerca de: (a) el propósito de la prueba; (b) conceptualización del universo de contenido; (c) plan de operacionalización. Del mismo modo cada juez recibió un instrumento de validación en el cual se recogió la información. Finalmente se recogió, dichos instrumentos para su respectiva corrección.

3.8. Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

En la validez por consistencia interna o confiabilidad, se tuvo en cuenta la naturaleza de las respuesta del instrumento de recolección de datos, en cuanto a predictores se refiere, se aplicó el KR de Richardson, por tener opciones de respuestas dicotómicas [predictor (sí, no)].

Tabla A. Estimación de la confiabilidad por el método de KR de Richardson, para la variable predictores.

Instrumento inferenciable	(n _p = 10) KR
•Cuestionario de los predictores de la inasistencia continúa del CPN	0,75

Fuente: prueba piloto.

Tal como lo evidencia la presente tabla, la variable predictores obtuvo una confiabilidad aceptable (KR=0,7) para ser aplicados a la muestra en estudio.

3.9. Procedimientos de recolección de datos

Autorización

Se gestionó los permisos respectivos de las autorizaciones respectivas para la aplicación del trabajo de campo; se realizó las respectivas coordinaciones con los jefes responsables de los establecimientos de salud, pertenecientes a la Microred de Ambo.

Identificación de casos.

Se identificó pacientes atendidas y ubicadas en el Servicio de obstetricia, para ello se revisaron inicialmente las historias clínicas del servicio para verificar la cantidad de controles prenatales realizados por cada paciente. Se separaron en dos grupos aquellas que hayan tenido controles incompletos (1 a 5 controles prenatales) y aquellas con 6 o más controles prenatales (controles). El proceso de apareamiento comenzó con los casos a los cuales se registró la hora de atención y sexo del recién nacido, buscando su pareja con las de 6 a más controles. Posteriormente se procedió a visitar la cama de cada paciente y hacerle la invitación verbal inicial de la investigación.

Selección de participantes.

Luego de firmado el consentimiento se procedió a ubicar a la participante en el grupo caso o control, para ello se procedió a aplicar los criterios de selección, las cuales garantizaron los grupos y el apareamiento de casos y controles.

Aplicación de instrumentos

Para la recolección de datos, se capacitaron a tres encuestadores independientes con estudios profesionales.

De acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recolección de datos (aplicación de los instrumentos), después de la aprobación del proyecto de investigación, en las cuales los encuestadores tuvieron que acercarse al puesto de salud o al domicilio de las gestantes respectivas. Se escogió al azar tres días por semana para la ejecución de las entrevistas estructuradas en aquellas que cumplieran con los criterios de inclusión. Asimismo el horario de captación de muestra fue de 8.00 am a 11.00 am.

Se procedió a brindar información del estudio a aquellas gestantes adolescentes que acudieron para su atención prenatal a los establecimientos de salud en estudio, y luego se procedió a la obtención y firma del consentimiento a aquellas que aceptaron ingresar al estudio; cuando las pacientes accedían, inicialmente se procedió a explicar los objetivos de la investigación, el carácter de confidencialidad de los datos, se absolvieron interrogantes y finalmente en las que accedieron, se procedió a la firma del Consentimiento Informado; posteriormente se procedió al llenado de los instrumentos de recolección de datos, con una duración promedio de 20 minutos. Se revisó la historia clínica, carnet materno perinatal (CLAP) y se realizó una entrevista a cada una de las participantes.

Despedida

Una vez concluido la entrevista, se procedió a agradecer a la gestante por su participación, indicando que aún se revisarán algunos datos de su historia clínica y se procedió a entregar un tríptico informativo sobre el CPN.

Digitación

Una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, la cual era ingresada diariamente. Y analizada por el programa estadístico IBM-SPSS versión 20.

Archivo

Toda la documentación fue custodiada por la investigadora la cual se encuentra ubicada dentro del domicilio del mismo, las cuales se mantendrán por tres años posteriores a la publicación de los datos.

3.10. Consideraciones éticas

La presente investigación fue una investigación observacional, por lo que no se precisaron garantías de daños producidos por los procedimientos empleados. Para la recolección de la información se contrató y capacitó a un personal la cual no tenía vinculación con las unidades de estudio, para garantizar la no explotación de las participantes al estudio. Se procedió a explicar verbalmente y luego con información impresa el objetivo el estudio, así mismo se absolvieron interrogantes, en

aquellas que no aceptaron participar, se agradeció por el apoyo se indicó que no existiría ninguna represalia por la negativa a la participación, en todo momento se garantizó que su participación era voluntaria, no habría retribución económica al mismo, y en cualquier momento podría retirarse del estudio.

Así mismo se indicó que la información a obtener tenía la finalidad de formar parte de una tesis de investigación y que la información sería vertida a la comunidad científica, así mismo se indicó que la información podría ser publicada en estudios posteriores a lo previsto inicialmente, garantizando la confidencialidad de la información.

Se indicó también que la selección de cada participante fue de acuerdo al criterio del incumplimiento del CPN, y se invitaron a todas las posibles participantes, sin ninguna distinción o favoritismo alguno. Se buscó en todo momento un espacio adecuado y privado donde se pueda recolectar los datos, generalmente fue en la sección de exploración del servicio o al final del área de servicio que tenía un amplio espacio sin camas.

La información fue recolectada de forma confidencial, es decir, que solo el investigador principal o personas autorizadas tendrían acceso a información de identificación de las participantes, para ello en el Consentimiento informado figuraba el nombre y apellido de cada participante y el código ID de cada una, pero en los demás formularios y en la base de datos figuran solamente el código ID respectivo.

3.11. Elaboración de los datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica, cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.12. Análisis e interpretación de datos

Análisis descriptivo. Se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según los grupos de estudio (caso-control), de acuerdo al tipo de variable con que se trabaje (categórica o numérica); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso trataremos de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial. Se consideró varias medidas, ya que se buscó, en primera instancia, identificar las variables con categorías diferentes en los

casos respecto de los controles (objetivo comparativo) luego de ello se midió la asociación en tablas 2x2.

Asimismo, este trabajo se realizó a nivel categórico entre todas las variables (las variables numéricas fueron categorizadas de acuerdo a estándares mundialmente conocidos y aprobados), con ello se pudo aplicar la prueba no paramétrica de X^2 , para variables dicotómicas, teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística $p \leq 0,05$.

Específicamente al análisis inferencial, se desarrolló, según los pasos del ritual de la significancia estadística, tal como se muestra a continuación:

1. Formulación de hipótesis

En el presente estudio, las hipótesis (solo mencionaremos una, ya que el procedimiento en las demás son las mismas) a contrastar fueron de tipo:

H₀: No existe relación entre las dos variables.

H_i: Existe relación entre las dos variables.

2. Nivel de significancia

El nivel de significancia es el convenido para las ciencias de la salud ($\alpha = 5\%$); hablando en términos de unidad, es de 0,05; lo cual denota la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera siendo denominada error de tipo I, es decir, el error que estamos dispuestos a correr al rechazar una hipótesis nula verdadera. Su complemento, el nivel de confianza, es del 95% (en términos de unidad 0,95) cuyo Z (o valor tipificado) es 1,96.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico de prueba elegido fue el chi cuadrado, según frecuencias esperadas; este estadístico de contraste se empleó tanto para identificar diferencias entre las variables dicotómicas en tabla 2x2).

4. Toma de la decisión

Luego de desarrollar la prueba estadística elegida, tomamos la decisión (de rechazar o aceptar la hipótesis nula) en función al p-valor la cual debe ser mayor a la significación estadística ($\alpha = 5\%$) y para el Odds Ratio, la decisión se tomó a partir del intervalo de confianza (IC 95%), la cual tiene que ser mayor a la unidad (para un factor de riesgo) o menor a ella (para un factor protector).

5. Interpretación de acuerdo al p-valor y el IC 95%

En este último paso del ritual de la significancia estadística para la asociación ya hemos decidido si rechazamos la hipótesis nula y nos quedamos con la alterna o aceptamos la nula, en cuyo caso no aseveramos independencia, sino que con los datos hallados, no tenemos suficiente información para rechazar la hipótesis nula. Como recalcamos esta decisión se tomó a partir del p-valor, el cual debe ser menor al nivel de significancia planteado ($p < 0,05$).

También se utilizó un modelo de regresión logística, en el que se estima la asociación de la presencia del inicio tardío del CPN de

diferentes predictores considerados de manera simultánea, esto es, controlando los efectos de cada factor en presencia de los otros. Se utilizó la regresión logística porque la variable dependiente por ser de tipo dicotómico.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

DESCRIPCION DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES Y SUS PAREJAS.

Tabla 1. Aspectos familiares de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Aspectos familiares	n=86			
	Caso		Control	
	Fi	%	fi	%
Tipo de familia				
Familia extensa	29	67,4	15	34,9
Familia nuclear	14	32,6	28	65,1
Ubicación jerárquica entre sus hermanos/as				
Soy hija única	1	2,3	3	7,0
Soy la mayor	30	69,8	33	76,7
Estoy entre el (la) mayor y el (la) menor	8	18,6	3	7,0
Soy la menor	4	9,3	4	9,3
Tipo de relación con la pareja				
Buena	12	27,9	14	32,6
Regular	10	23,3	23	53,5
Mala	14	32,6	6	14,0
No existe relación	7	16,3	0	0,0
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

En la tabla 1 se muestra las características familiares de las gestantes adolescentes de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud de la Microred Ambo. Respecto al tipo de

familia, en los casos prevalecieron las extensas [67,4% (29)] y en los controles las nucleares [65,1% (28)].

En lo concerniente a la ubicación jerárquica entre sus hermanos/as, preponderó tanto en los casos y controles la condición de ser la hermana mayor [69,8% (30) y 76,7% (33) respectivamente].

Y, en cuanto al tipo de relación con la pareja, por encima de la tercera parte de los casos, refirieron tener malas relaciones [32,6% (14)], seguida de alrededor de la quinta parte que tuvieron una relación regular [23,3% (10)]. Cabe considerar que solo cerca de la tercera parte de las adolescentes de este grupo, afirmaron tener buena relación entre su pareja [27,9% (12)], y en alrededor de la décima parte de ellas [16,3% (7)], no hubo relación entre parejas. En el grupo de controles, más de la mitad de ellas tuvieron relación regular entre parejas [53,5% (23)] y fue buena en más de la tercera parte [32,6% (14)] de ellas. La relación defectuosa o mala superó la décima parte de ellas [14,0% (6)] y siempre contaban con algún tipo de relación con la pareja.

Tabla 2. Motivos para iniciar las relaciones sexuales y embarazarse en los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Motivos para iniciar las relaciones sexuales y embarazarse	n=86			
	Caso		Control	
	Fi	%	fi	%
Motivo para el inicio de las relaciones sexuales				
Decisión propia	33	76,7	29	67,4
Decisión de la pareja	4	9,3	7	16,3
Presión de amigos	6	14,0	7	16,3
Motivos para embarazarse				
Casarse	1	2,3	3	7,0
Salirse de casa	30	69,8	33	76,7
No utilizar anticonceptivos	8	18,6	3	7,0
Decidió embarazarse	4	9,3	4	9,3
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

En la tabla 2 se muestran los motivos para el inicio de relaciones sexuales y para embarazarse de las gestantes de los grupos de estudio, donde en ambos grupos primó la decisión propia para el inicio de las relaciones sexuales.

Del mismo modo, en ambos grupos de estudio, el principal motivo para embarazarse fue el deseo de salirse de casa [69,8% (30) y 76,7% (33) respectivamente].

Tabla 3. Acceso a medios masivos de comunicación y conocimiento del control prenatal en los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Acceso a medios masivos de comunicación y conocimiento del CPN	n=86			
	Caso		Control	
	Fi	%	fi	%
Acceso a medios masivos de comunicación				
Radio	34	79,1	37	86,0
Televisión	9	20,9	6	14,0
Conocimiento del CPN				
Ha escuchado sobre el CPN	30	69,8	33	76,7
Sabe que el CPN garantiza la situación de embarazo	1	2,3	3	7,0
Sabe que el número de controles prenatales es superior a 7	8	18,6	3	7,0
Comenta con la familia temas del CPN	4	9,3	4	9,3
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

En la tabla 3 se muestra el acceso a los medios masivos de comunicación que favorezcan la información sobre el CPN de las adolescentes de ambos grupos de estudio, donde se observa que la gran mayoría de ambos grupos, accedían a la radio como principal medio de comunicación [79,1% (34) y 86,0% (37) respectivamente].

Respecto al conocimiento del CPN, la mayoría de ambos grupos de estudio, refirieron haber escuchado la temática del CPN [69,8% (30) y 76,7% (33) respectivamente]. Cabe notar las falencias de información sobre: importancia y número ideal del CPN y los comentarios con la familia en torno al tema en mención.

Tabla 4. Actitud ante el embarazo de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Actitud ante el embarazo	n=86			
	Caso		Control	
	Fi	%	fi	%
Aceptación	10	23,3	23	53,5
Rechazo	14	32,6	6	14,0
Angustia	12	27,9	14	32,6
Depresión	7	16,3	0	0,0
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

En la tabla 4 se muestra la actitud que tienen las adolescentes de ambos grupos de estudio frente a la situación de encontrarse embarazada. En los casos prevaleció que un 32,6% (14) rechazaban tal situación, un 27,9% (12) expresaron angustia, un 23,3% (10) manifestaron actitud de aceptación y 16,3% (7) manifestaron depresión. En los controles un 53,5% (23) de ellas mostraron aceptación, un 32,6% (14) angustia y un 14% (6) la actitud de rechazo. Nótese que en este grupo no hubo actitudes de depresión.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la pareja actual de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Característica sociodemográfica de la pareja actual	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Grupo de edad				
Adolescente [13-19]	9	20,9	6	14,0
Adulto joven [20-35]	34	79,1	37	86,0
Escolaridad				
Sin estudios	1	2,3	0	0,0
Primaria incompleta	4	9,3	0	0,0
Primaria completa	8	18,6	1	2,3
Secundaria incompleta	10	23,3	5	11,6
Secundaria completa	20	46,5	24	55,8
Superior técnico	0	0,0	7	16,3
Superior universitario	0	0,0	6	14,0
Ocupación				
Trabaja	30	69,8	33	76,7
Estudia	8	18,6	3	7,0
Estudia y trabaja	1	2,3	3	7,0
Sin ocupación	4	9,3	4	9,3
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de la convivencia con la pareja de la adolescente embarazada (Anexo 01).

En la tabla 05 se aprecia las características sociodemográficas de la pareja actual de las gestantes de ambos grupos de estudio, cuya información concerniente a la edad indica predominio de los adultos jóvenes [79,1% (34) y 86,0% (37) respectivamente].

Así mismo, cabe resaltar que en el grupo de casos, primó el bajo nivel de escolaridad en tales parejas. Si bien cerca de la mitad de ellos alcanzaron la secundaria completa [46,5% (20)], no hubo parejas con estudios superiores. Además hay un número respetable de parejas con estudios secundarios incompletos, primaria incompleta y sin escolaridad

[23,3% (10) 9,3% (4) y 2,3% (1) respectivamente]. Por el contrario, en el grupo de controles se observó que las parejas alcanzaron niveles de educación superior, culminaron los estudios primarios y secundarios, además de no existir parejas con primaria incompleta y sin escolaridad.

En lo que respecta a la ocupación de la pareja, se evidenció que la gran mayoría de los casos y controles refirieron que se encontraban trabajando [69,8% (30) casos y 76,7% (33) controles]. Nótese que son mínimas las proporciones de parejas en las que se encuentran estudiando o trabajando a la vez (2,3% y 7%).

Tabla 6. Promedio de edad de la pareja actual de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Grupo	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Máx.	Moda
Caso	21,4	21,0	3,3	16	35	20
Control	22,3	22,0	3,4	16	35	20

Fuente. Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de la convivencia con la pareja de la adolescente embarazada (Anexo 01).

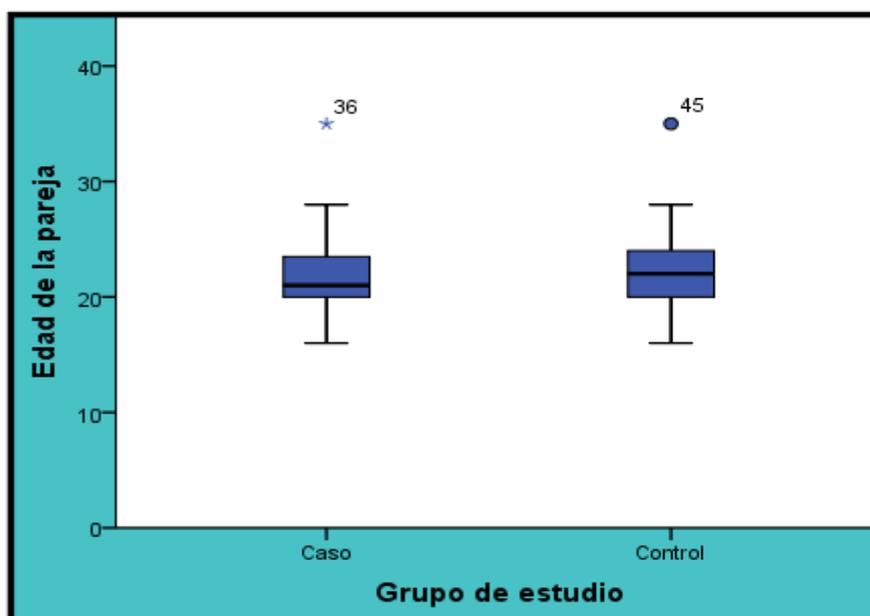


Figura 01. Representación gráfica del promedio de edad de la pareja actual de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

En la tabla 6 y figura 01, se observa el promedio de las edades de la pareja actual de las gestantes adolescentes de los casos y controles, donde, la edad mínima fue 16 y la máxima 35 años; la mediana y media del grupo caso se aproximan cuyo valor es 21,0 años (DE +/-3,3); mientras que en el grupo control, la mediana y mediana fue de aproximadamente 22 años (DE +/-3.4). En síntesis, existe cierta similitud respecto a la edad de la pareja entre los grupos de estudio.

Tabla 7. Actitud ante el embarazo de la pareja de los casos y controles usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Actitud ante el embarazo	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Aceptación	9	20,9	10	23,3
Rechazo	30	69,8	12	27,9
Angustia	3	7,0	14	32,6
Depresión	1	2,3	7	16,3
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de la convivencia con la pareja de la adolescente embarazada (Anexo 01).

En la tabla 7 se observa la actitud de la pareja frente al embarazo, donde los casos expresaron rechazo en un 69,8% (30), una pequeña proporción de dichas parejas [7,0% (3)] expresó actitud de angustia, un 2,3% (1) depresión y 20,9% (9) mostraron actitudes de aceptación. En los controles un 32,6% (14), mostró actitud de angustia, un 27,9% (12) evidenció rechazo y 16,3% (7) depresión. En este grupo, la actitud de aceptación fue de 23,3% (10).

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES DE LOS CASOS Y CONTROLES

Tabla 8. Periodo de inicio del control prenatal de las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Periodo de inicio del control prenatal	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	Fi	%
Primer trimestre	0	0	43	100,0
Segundo trimestre	21	48,8	0	0,0
Tercer trimestre	25	58,2	0	0,0
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista de la situación gestacional de las mujeres en estudio (Anexo 03).

La tabla 8 muestra el periodo de inicio del CPN en las adolescentes de los grupos de estudio. Así, en el grupo caso, más de la mitad de ellas iniciaron el CPN en el tercer trimestre lo que refleja el inicio tardío [58,2% (25)], y cerca de la mitad de ellas lo hicieron en el segundo trimestre [48,8% (21)].

En el grupo control, la totalidad de ellas se realizaron el CPN en el primer trimestre [100% (43)]. Esta información corrobora la condición del CPN oportuno en el grupo control.

Tabla 9. Periodo gestacional de las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Período gestacional	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	Fi	%
Primer trimestre	0	0	8	18,6
Segundo trimestre	17	39,5	3	7,0
Tercer trimestre	26	60,5	32	74,4
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista de la situación gestacional de las mujeres en estudio (Anexo 03).

Al identificar el periodo gestacional de las adolescentes, según grupos de estudio, se observó en el grupo de casos que más de la mitad se encontraron en el tercer trimestre [60,5% (26)] y alrededor de la tercera parte en el segundo trimestre [39,5% (17)].

En el grupo de controles la mayoría se encontraron en el segundo trimestre [74,4% (32)], cerca de la quinta parte [18,6% (8)] en el primer trimestre y cerca de una décima parte en el segundo trimestre [7,0% (3)].

Tabla 10. Número y lugar de los controles prenatales de las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Número y lugar de los controles prenatales	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	Fi	%
Número de controles prenatales				
1-4	31	72,1	7	16,2
5-8	11	25,6	19	44,1
9-12	1	2,3	17	39,5
Lugar de atención del control prenatal				
Centro de Salud Ambo	42	97,7	42	97,7
Puesto de Salud de la Red	1	2,3	1	2,3
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista de la situación gestacional de las mujeres en estudio (Anexo 03).

Respecto al número de CPN realizados en el establecimiento de salud, los casos, en su mayoría asistieron entre 1-4 controles [70,1% (31)], mientras que alrededor de la tercera parte del grupo de controles, realizaron el referido número [32,6% (14)]. Entre 5 y 8 CPN lo realizaron cerca de la tercera parte de los casos y controles [25,6% (11) y 27,9% (12) respectivamente]. Y, entre 9 a 12 CPN, lo realizaron una mínima parte de los casos [2,3% (1)]; mientras que por encima de la tercera parte de los controles [39,5% (17)], realizó este número esperado de controles.

En torno, al lugar de realización del CPN, la casi totalidad de los casos y controles lo hicieron en el Centro de Salud de Ambo [97,7% (42)], son proporciones muy mínimas, las que se realizaron sus controles prenatales en el puesto de salud de la Red.

Tabla 11. Promedio del número de controles prenatales de las gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Grupo	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Caso	3,3	3,0	2,0	1	10	2
Control	6,8	7,0	3,4	2	12	3

Fuente. Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de la convivencia con la pareja de la adolescente embarazada (Anexo 03).

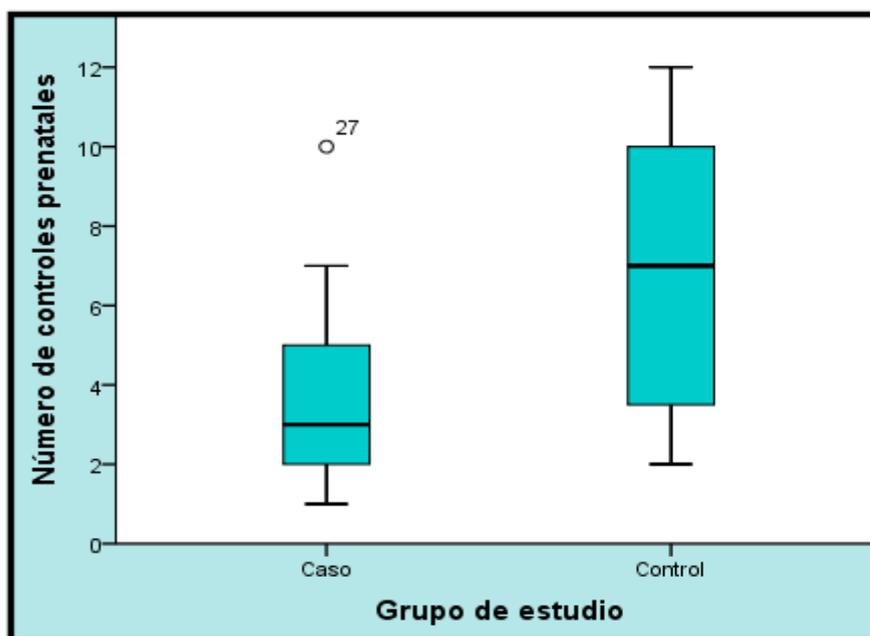


Figura 02. Representación gráfica del promedio del número de controles prenatales de las gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Micro red Ambo-2015.

En esta figura 2 se visualiza el promedio de CPN de las gestantes de los casos y controles, evidenciándose en el grupo de casos, un promedio de 3,3 controles con DE +/- 2,0; la mediana resultó 3,0, la cual se observa en la línea negra al centro de la caja. En el grupo control, se observa un promedio de 6,8 controles con DE +/- 3,4 y la mediana de 7.

Tabla 12. Satisfacción por el control prenatal, percibida por las adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Satisfacción del control prenatal	n=86			
	Caso		Control	
	Fi	%	Fi	%
Satisfacción con la atención del:				
Médico				
Si	29	67,4	30	69,8
No	14	32,6	13	30,2
Del (de la) obstetra				
Si	33	76,7	42	97,7
No	10	23,3	1	2,3
Del (de la) enfermero(a)				
Si	32	74,4	36	83,7
No	11	25,6	7	16,3
Del (de la) técnico (a) de enfermería				
Si	17	39,5	34	79,1
No	26	60,5	9	20,9
Disposición para continuar con la utilización de los servicios de salud.				
Si	29	67,4	39	90,7
No	14	32,5	4	9,3
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista de la situación gestacional de las mujeres en estudio (Anexo 03).

En la presente tabla se identifica la satisfacción del CPN percibida por las adolescentes en estudio, donde, 67,4% (29) del grupo de casos, expresó satisfacción por la atención del médico, 76,7% (33) por la atención de los obstetras; 74,4% (32) por la atención del (de la) enfermero/a. En cambio solo 39,5% (17) de los casos mostró satisfacción por la atención de los técnicos de enfermería.

Por su parte, un 69,8% (30) del grupo de controles mostró satisfacción por la atención médica, un 97,7% (42), por la de los obstetras, un 83,7% (36)

por la de los enfermeros y 79,1% (34) por la atención de los técnicos de enfermería.

En cuanto a la disposición para continuar con la utilización de los servicios del establecimiento de salud se notó que 67,4% (29) de los casos y 90,7% (39) de los controles expresaron tal deseo.

DESCRIPCIÓN DE LOS PREDICTORES INDIVIDUALES

Tabla 13. Aspectos sociodemográficos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Aspectos sociodemográficos	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Edad de la adolescente temprana				
Si	3	7,0	1	2,3
No	40	93,0	42	97,7
Bajo nivel de escolaridad				
Si	17	39,5	5	11,6
No	26	60,5	38	88,4
Condición civil de soltera				
Si	13	30,2	1	2,3
No	30	69,8	42	97,7
Procedencia rural				
Si	25	58,1	12	27,9
No	18	41,9	31	72,1
Domicilio lejano al establecimiento de salud				
Si	19	44,2	13	30,2
No	24	55,8	30	69,8
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

Al identificar los aspectos sociodemográficos de las gestantes según grupos de estudio; se evidenció que ambos grupos coincidieron en los indicadores demográficos (No así en el indicador de la procedencia rural), así, hubo semejanza en la edad de los adolescentes, pues la gran mayoría perteneció a la adolescencia tardía [93,0% (40) y 97,7 (42) en los casos y controles respectivamente]. Fue en cierto modo relativo el bajo nivel de escolaridad en los dos grupos [39,5% (17) en los casos y 11,6% (5) en los controles]. En cuanto a la condición civil de adolescente soltera, 30,2% (13) los casos y 2,3% (1) de los controles refirieron tal situación.

Respecto a la ubicación del domicilio lejano al establecimiento de salud, en los casos alcanzó un 44,2% (19) y en los controles un 30,2% (13).

En cuanto a la procedencia rural, más de la mitad de los casos presentaron tal condición [58,0% (25)] y los controles solo 27, 9% (12).

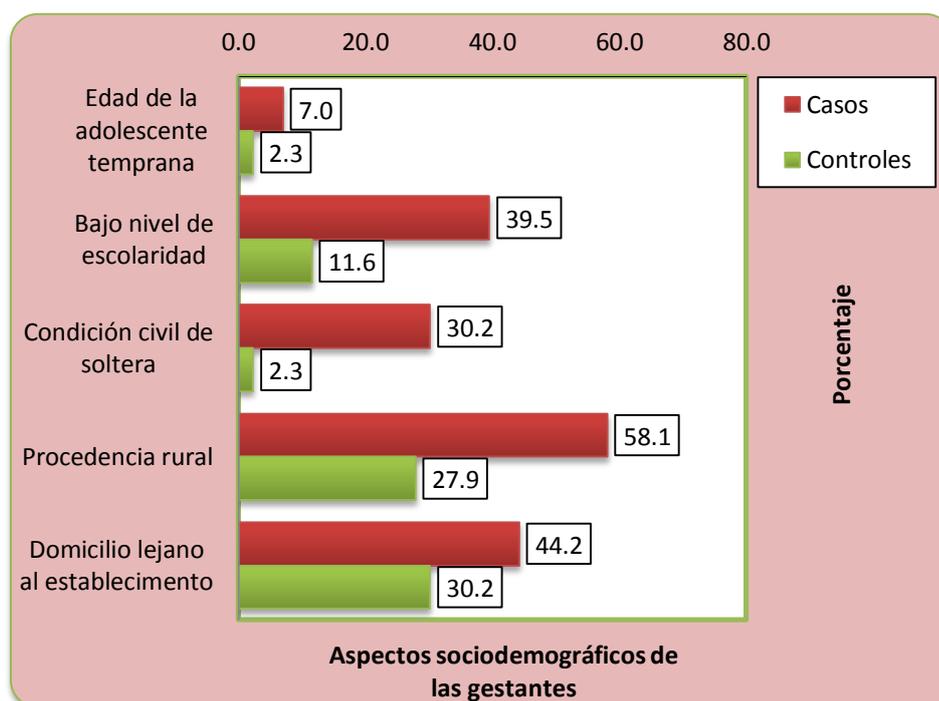


Figura 03. Representación gráfica de los aspectos sociodemográficos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

En la figura 03, respecto a los aspectos sociodemográficos de los casos y controles en estudio, se observa que más de la mitad del grupo de casos, fueron de procedencia rural [58,1% (25)], seguida por cerca de la mitad de ellas, tenían su domicilio lejano al establecimiento de salud [44,2% (19)]. El bajo nivel de escolaridad, y la condición civil de soltera estuvieron presentes en alrededor de la tercera parte de tal grupo [39,5% (17) y 30,2% (13) respectivamente].

En el grupo de controles, la gran mayoría pertenecieron a la adolescencia tardía ya que solo 2,0% (1) de ellas perteneció a la adolescencia temprana. Los niveles de escolaridad fueron alentadores en este grupo, puesto que 88,4% (38) de ellos, mostraron niveles adecuados

de escolaridad. La condición civil fue también mejor en este grupo, ya que 97,7% (42) refirió no presentar la condición de soltera al encontrarse embarazada. La procedencia fue la zona rural en la mayoría de este grupo 72,1% (31) y respecto a la condición de vivir distante al establecimiento de salud, tuvieron esta condición 69,8% (30) de ellas, proporción muy similar a la de los casos.

Tabla 14. Aspectos económicos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Aspectos económicos de las gestantes	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Actualmente empleada				
Si	14	32,6	1	2,3
No	29	67,4	42	97,7
Carencia de seguro de salud				
Sí	10	23,3	1	2,3
No	33	76,7	42	97,7
Condición de pobreza				
Si	23	53,5	7	16,3
No	20	46,5	36	83,7
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

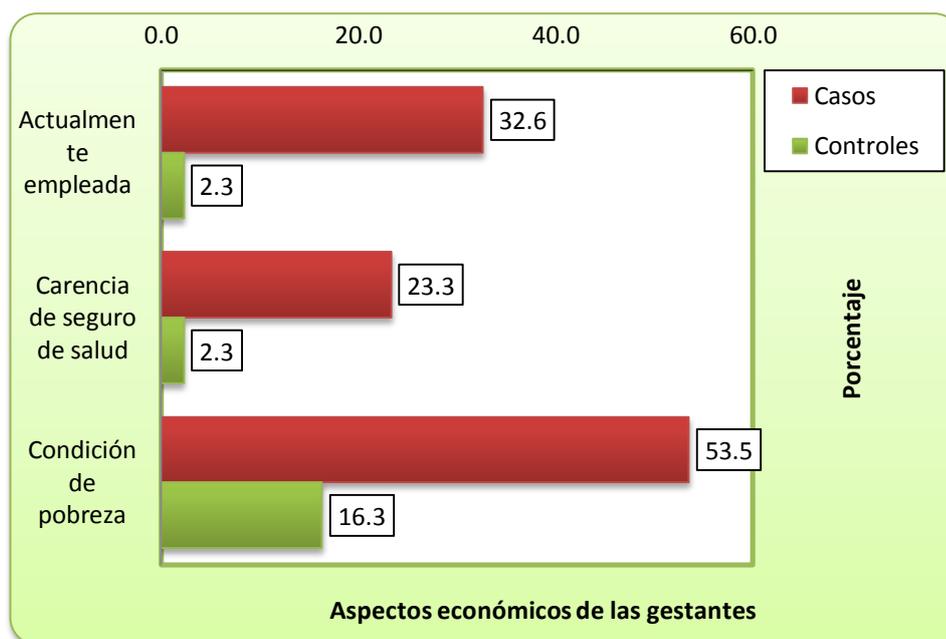


Figura 04. Representación gráfica de los aspectos económicos de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

En la presente tabla 14 y figura 4 sobre los aspectos económicos de las gestantes de los casos y controles en estudio; se observó respecto a que si actualmente está empleada, que 32,6% (14) del grupo caso,

respondieron que sí, mientras que en el grupo de controles solo un 2,3% (1)

Respecto a la carencia de seguro de salud, fue en la quinta parte o menos donde se observó tal condición [23,3% (10) en los casos y 2,3% (1) en los controles].

La condición de pobreza afectaba a más de la mitad de los casos [53,3% (23)].y solo cerca de una quinta parte de los controles [16,3% (7)].

Tabla 15. Aspectos culturales de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Aspectos culturales de las gestantes	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Desinterés por la búsqueda de información del control prenatal				
Si	17	39,5	2	4,7
No	26	60,5	41	95,4
Desinterés por la búsqueda de información sobre la situación del embarazo.				
Si	20	46,5	4	9,3
No	23	53,5	39	90,7
Desconocimiento de los riesgos del embarazo adolescente				
Si	21	48,8	8	18,6
No	22	52,2	35	81,4
Desconocimiento de la gratuidad de la atención de salud durante el embarazo				
Si	18	41,9	5	11,6
No	25	58,1	38	88,4
Desinterés para asistir a las charlas de los temas del embarazo, parto y puerperio				
Si	16	37,2	8	18,6
No	27	62,8	35	81,4
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

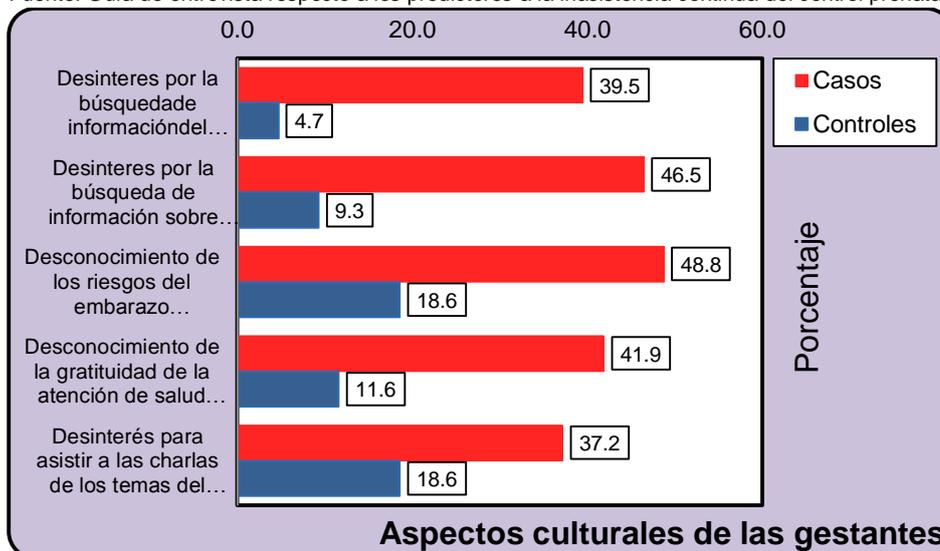


Figura 05. Representación gráfica de los aspectos culturales en torno al control prenatal tardío en los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

En la presente tabla 15 figura 5, se describen los aspectos culturales en torno al CPN tardío de las gestantes de los casos y controles en estudio; donde, respecto al desinterés por la búsqueda de información del CPN fue manifestado por 39,5% (17) de los casos y en 4,7% (2) de los controles. El desinterés por la búsqueda de información sobre la situación del embarazo fue mostrado por 46,5% (20) de los casos y 9,3% (4) de los controles. El desconocimiento de los riesgos del embarazo adolescente que se identifican en el CPN fue expresado por 48,8% (21) de los casos y 18,6% (8) de los controles. El desconocimiento de la gratuidad de la atención de salud durante el embarazo fue expresado en 41,9% (18) de los casos y 11,6% (5) de los controles. Y, el desinterés para asistir a las charlas de los temas del embarazo, parto y puerperio fue expresado por 37,2% (16) de los casos y 18,6% (8) de los controles.

DESCRIPCIÓN DE LOS PREDICTORES FAMILIARES**Tabla 16. Aspectos familiares de las gestantes adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.**

Aspectos familiares de las gestantes adolescentes	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Condición civil de separado/divorciado de los padres de las gestantes				
Si	19	44,2	13	30,2
No	24	55,8	30	69,8
Actual convivencia con sus padres				
Si	16	37,2	8	18,6
No	27	62,8	35	81,4
Escaso apoyo de la familia durante el embarazo				
Si	15	34,9	3	7,0
No	28	65,1	40	93,0
Falta de apoyo de la pareja al control prenatal				
Si	10	23,3	3	7,0
No	33	76,7	40	93,0
Antecedente de familiar con embarazo adolescente				
Si	37	86,1	24	55,8
No	6	14,0	19	44,2
Jefe de familia desempleado				
Si	35	81,4	20	46,5
No	8	18,6	23	53,5
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

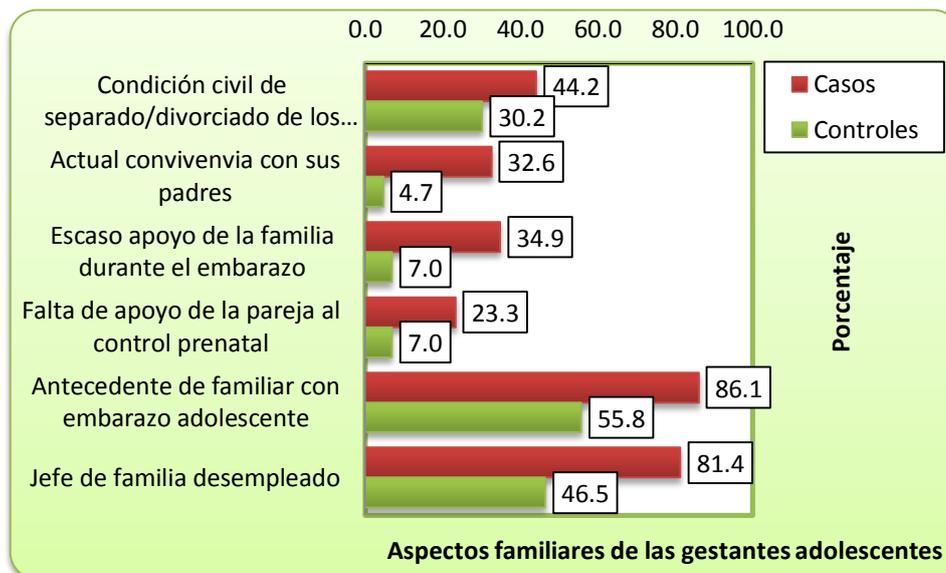


Figura 06. Representación gráfica de los aspectos familiares de las gestantes adolescentes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Al evaluar los aspectos familiares en las gestantes adolescentes de los casos y controles en estudio, se observó, respecto a la condición civil de separado/divorciado de los padres de las gestantes, que 44,2% (19) de los casos y 30,2% (13) de los controles mostraron tal situación parental. Respecto a la actual convivencia con sus padres, se observó que 37,2% (16) de los casos y 18,6% (8) de los controles vivían con sus padres. En torno al escaso apoyo de la familia durante el embarazo, contaban con tal situación un 34,9% (15) de los casos y 7,0% (3) de los controles. Respecto a la falta de apoyo de la pareja para la realización oportuna y adecuada del CPN 76,7% (33) de los casos y 93,0% (40) de los controles tenían dicho apoyo.

Hubo antecedente de familiar de embarazo adolescente en 86,1% (37) de los casos y en 55,8% (24) de los controles. Sobre la observación de la condición del jefe de familia desempleado, un 81,4% (35) del grupo de casos presentó tal situación y 46,5% (20) del grupo de controles.

Tabla 17. Experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Presencia de violencia en el hogar				
Si	25	58,1	5	11,6
No	18	41,9	38	88,4
Mala comunicación con los padres				
Si	16	37,2	6	14,0
No	27	62,8	37	86,1
Desconfianza con los padres para tratar temas sobre la sexualidad y otros aspectos de la vida				
Si	37	86,1	22	51,2
No	6	14,0	21	48,8
Falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar				
Si	22	51,2	8	18,6
No	21	48,8	35	81,4
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

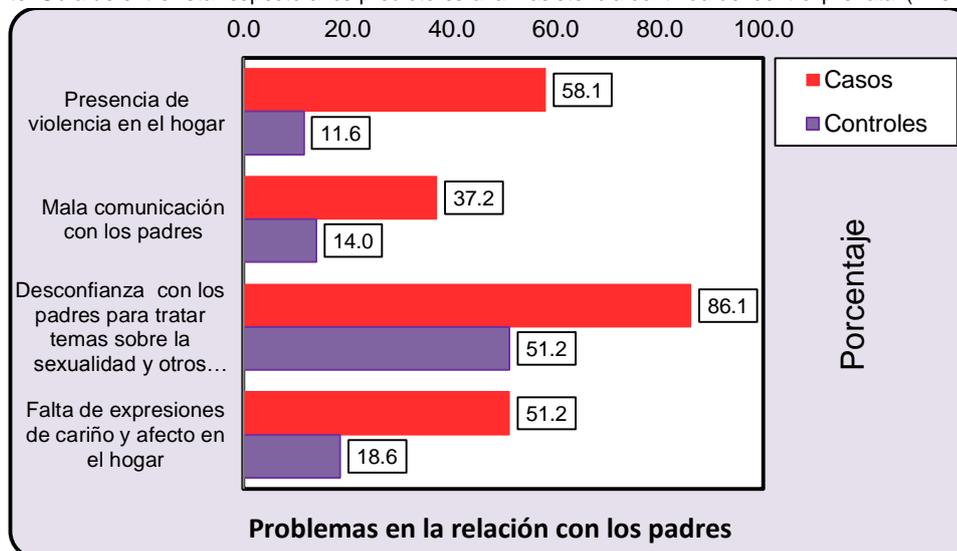


Figura 7. Representación gráfica de las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Al evaluar las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles en estudio, se observó

presencia de violencia en el hogar en 58,1% (25) de los casos y en 11,6% (5) de los controles. La mala comunicación con los padres se observó en 37,2% (16) de los casos y en 14,0% (6) de los controles, la desconfianza con los padres para tratar temas sobre la sexualidad y otros aspectos de la vida se presentó en la mayoría del grupo de casos que en los controles [86,1% (37) y 51,2% (22) respectivamente] y la falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar preponderó en más de la mitad de los casos [51,2% (22) y en cerca de la quinta parte de los controles 18,6% (8)].

DESCRIPCIÓN DE LOS PREDICTORES INSTITUCIONALES

Tabla 18. Calidad de los servicios maternos según percepción de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Calidad de los servicios maternos según percepción de las gestantes de los casos y controles	n=86			
	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Deficiente calidad de atención				
Si	16	37,2	2	4,7
No	27	62,8	41	95,4
Falta de calidez en la atención				
Si	12	27,9	2	4,7
No	31	72,1	41	95,4
Demora en la atención de salud				
Si	17	39,5	5	11,6
No	26	60,5	38	88,4
Preferencia discriminatoria en la atención del control prenatal				
Si	19	44,2	6	14,0
No	24	55,8	37	86,1
Falencias en el examen integral del control prenatal				
Si	11	25,6	2	4,7
No	32	74,4	41	95,4
Falencias en el examen subjetivo del control prenatal				
Si	19	44,2	3	7,0
No	24	55,8	40	93,0
Falencias en la orientación del control prenatal				
Si	14	32,6	4	9,3
No	29	67,4	39	90,7
Instalaciones inadecuadas e incómodas para el control prenatal				
Si	15	34,9	5	11,6
No	28	65,1	38	88,4
Historia de mala experiencia de atención a familiar durante gestación				
Si	16	37,2	5	11,6
No	27	62,8	38	88,4
Total	43	100,0	43	100,0

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

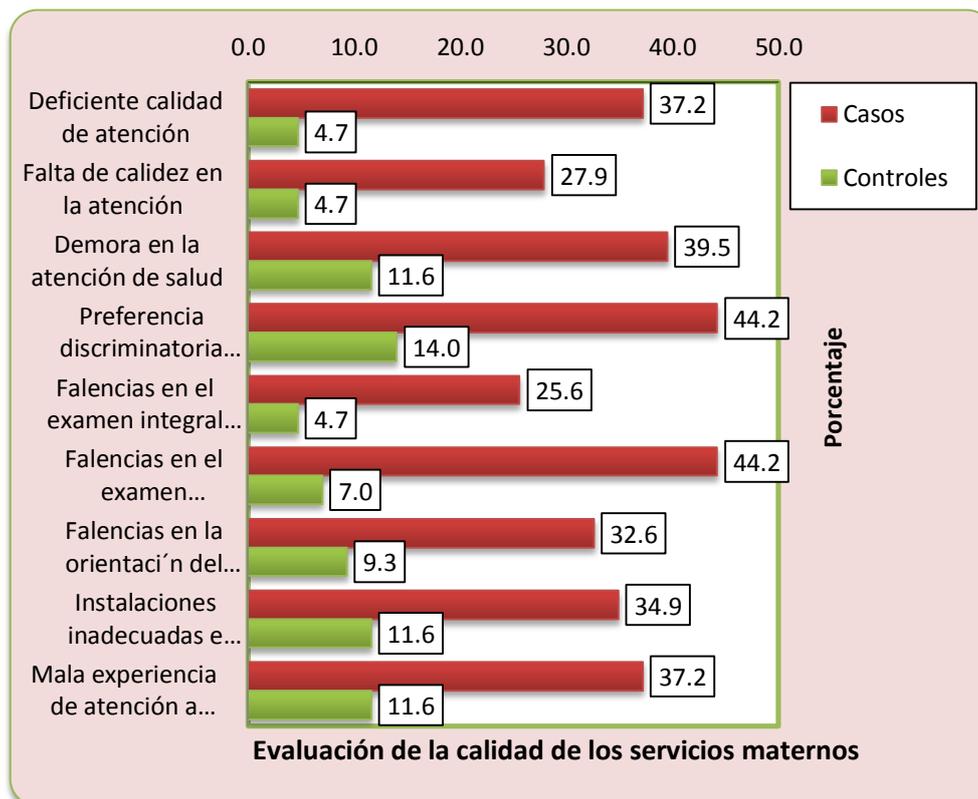


Figura 8. Representación gráfica de la calidad de los servicios maternos según percepción de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Respecto a la calidad de atención de los servicios obstétricos, percibidas por las gestantes según grupos de estudio; se evidenció deficiente calidad de atención en más de la tercera parte del grupo de casos y en mínima proporción del grupo de controles [37,2% (16) y 4,7% (2) respectivamente]. En cuanto a la percepción de falta de calidez en la atención alcanzó en 27,9% (12) de los casos y en 4,7% (2) de los controles. La demora en la atención de salud fue percibida por un 39,5% (17) de los casos y en 11,6% (5) de los controles.

La percepción de preferencia discriminatoria en la atención del CPN fue en 44,2% (19) de los casos y en 14,0% (6) de los controles. Las

falencias en el examen integral del control prenatal, fueron observadas en 25,6% (11) de los casos y en 4,7% (2) de los controles. De igual modo, las falencias en el examen subjetivo del control prenatal lo percibieron 44,2% (19) de los casos y 7,0% (3) de los controles. Las falencias en la orientación del control prenatal lo catalogaron 32,6% (14) de los casos y 9,3% (4) de los controles. Consideraron que las instalaciones donde se realiza el CPN fueron inadecuadas e incómodas un 34,9% (15) de los casos y 11,6% (5) de los controles. La historia de mala atención a familiar durante gestación fue referido en 37,2% (16) de los casos y en 11,6% (5) de los controles.

4.2. Comprobación de hipótesis

Tabla 19. Características sociodemográficas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Características sociodemográficas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal	n=86				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Pertenecer a la edad de adolescente temprana	0,26(yates)	1	0,32	0,03-3,18	0,31
Procedencia rural	8,02	1	0,28	0,11-0,69	0,04
Domicilio lejano al establecimiento de salud	1,79	1	0,55	0,23-1,33	0,13
Bajo nivel de escolaridad	8,80	1	0,20	0,07-0,61	0,00
Condición civil de soltera	12,29	1	0,06	0,01-0,44	0,00

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

En la comparación de los características sociodemográficas como predictores individuales del inicio tardío del CPN entre las gestantes de los casos y controles en estudio, se comprobó con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson, que la condición de ser de procedencia rural ($x^2 = 8,02$), el bajo nivel de escolaridad [$x^2 = 8,80$], y la condición civil de soltera ($x^2 = 12,29$), se comportaron como predictores sociodemográficos en el inicio tardío del CPN, siendo significativos ($p \leq 0,05$)

Analizando la probabilidad de riesgo de los predictores sociodemográficos; se observa que las adolescentes de ambos grupos presentan bajo riesgo al CPN tardío por dicho predictor.

Tabla 20. Características económicas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Características económicas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal	n=86				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Actualmente empleada (trabajo durante la gestación)	13,65	1	0,14	0,01-0,40	0,00
Carencia de seguro de salud	11,35	1	0,20	0,08-0,53	0,00
Condición de pobreza	13,11	1	0,17	0,06-0,46	0,00

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (anexo 02).

Al comparar las características económicas como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal entre los grupos de estudio, se halló con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson, que la condición de estar actualmente empleada ($x^2 = 13,65$), la carencia de seguro de salud ($x^2 = 11,35$) y la condición de pobreza ($x^2 = 13,11$) resultaron ser predictores del inicio tardío del CPN, siendo estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

Analizando la probabilidad de riesgo de los predictores económicos; se observa que las adolescentes de ambos grupos presentan bajo riesgo al CPN tardío por dicho predictor.

Tabla 21. Características culturales como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Características culturales como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal	n=86				
	χ^2	GL	OR	IC	P-valor
Desinterés por la búsqueda de información del control prenatal	15,20	1	0,08	0,02-0,35	0,00
Desinterés por la búsqueda de información sobre la situación del embarazo	14,80	1	0,12	0,36-0,39	0,00
Desconocimiento de los riesgos del embarazo adolescente que se identifican en el CPN	8,80	1	0,24	0,09-0,63	0,00
Desconocimiento de la gratuidad de la atención de salud durante el embarazo	10,03	1	0,18	0,06-0,56	0,00
Desinterés para asistir a las charlas de los temas del embarazo, parto y puerperio	3,70	1	0,39	0,14-1,03	0,05

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

Respecto a las características culturales como predictores individuales del inicio tardío del control prenatal, con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson, se halló que el desinterés por la búsqueda de información del CPN ($x^2 = 15,20$), o por la búsqueda de información sobre la situación del embarazo ($x^2 = 14,80$), el desconocimiento de los riesgos del embarazo adolescente que se identifican en el CPN ($x^2 = 8,80$), el desconocimiento de la gratuidad de la atención de salud durante el embarazo ($x^2 = 10,03$) y el desinterés para asistir a las charlas de los temas del embarazo, parto y puerperio ($x^2 = 3,70$;); resultaron ser predictor del inicio tardío del CPN, siendo estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

El análisis de los riesgos de las características socioeconómicas, entre las adolescentes de ambos grupos de estudio, resultaron ser de bajo riesgo al CPN tardío.

Tabla 22. Características familiares como predictores del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Características familiares como predictores del inicio tardío del control prenatal	n=86				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Condición civil de separado/divorciado de los padres de las gestantes	1,79	1	0,55	0,23-1,33	0,13
Actual convivencia con sus padres	3,70	1	0,39	0,14-1,03	0,05
Falta de apoyo de la familia durante el embarazo	10,12	1	0,14	0,04-0,53	0,00
Falta de apoyo de la pareja al control prenatal	13,65	1	0,05	0,01-0,40	0,00
Antecedente de familiar con embarazo adolescente	9,53	1	0,21	0,07-0,59	0,00
Jefe de familia desempleado	11,35	1	0,20	0,08-0,53	0,00

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

En relación a las características familiares como predictores familiares entre los grupos de estudio, con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson, se evidenció que la falta de apoyo de la pareja en el CPN ($x^2 = 13,65$) el antecedente de embarazo adolescente ($x^2 = 9,53$) y la falta de apoyo de la familia durante el embarazo ($x^2 = 10,12$) resultaron ser predictores del inicio tardío del CPN, siendo estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

El análisis de los riesgos de las características familiares, entre las adolescentes de ambos grupos de estudio, resultaron ser de bajo riesgo al CPN tardío.

Tabla 23. Las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles como predictores familiares en el inicio tardío del control prenatal en usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes como predictores familiares en el inicio tardío del control prenatal	n=86				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Presencia de violencia en el hogar	20,50	1	0,10	0,03-0,29	0,00
Mala comunicación con los padres	6,11	1	0,27	0,10-0,79	0,01
Desconfianza con los padres para tratar temas sobre la sexualidad y otros aspectos de la vida	12,15	1	0,17	0,06-0,49	0,00
Falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar	10,03	1	0,22	0,08-0,58	0,00

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

Asimismo, las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes de los casos y controles, como predictores familiares en el inicio tardío del CPN, con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson, se observó que las variables: presencia de violencia en el hogar ($x^2= 20,50$), mala comunicación con los padres ($x^2 = 6,11$), desconfianza con los padres para tratar temas sobre la sexualidad y otros aspectos de la vida ($x^2 = 12,15$), y la falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar ($x^2 = 10,03$) resultaron ser predictores del inicio tardío del CPN, siendo estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

El análisis de los riesgos de las experiencias negativas en la relación con los padres de las gestantes adolescentes de los casos y controles, resultaron ser de bajo riesgo al CPN tardío.

Tabla 24. Las características institucionales como predictores del inicio tardío del control prenatal de las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Las características institucionales como predictores del inicio tardío del control prenatal	n=86				
	X ²	GL	OR	IC	P-valor
Deficiente calidad de atención percibida	13,77	1	0,08	0,02-0,39	0,00
Percepción de falta de calidez en la atención	8,53	1	0,13	0,03-0,60	0,00
Demora en la atención de salud	8,80	1	0,20	0,07-0,61	0,00
Percepción de preferencia discriminatoria en la atención del control prenatal	9,53	1	0,21	0,07-0,59	0,00
Falencias en el examen integral del control prenatal	7,34	1	0,14	0,03-0,69	0,01
Falencias en el examen subjetivo del control prenatal	15,64	1	0,10	0,03-0,35	0,00
Falencias en la orientación del control prenatal	7,03	1	0,21	0,06-0,71	0,01
Instalaciones inadecuadas e incómodas para el CPN	6,52	1	0,25	0,08-0,76	0,01
Mala experiencia de atención a familiar durante gestación	7,62	1	0,22	0,07-0,68	0,01

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

Respecto a las características institucionales como predictores del inicio tardío del CPN entre las gestantes de los casos y controles, con el estadístico de contraste Chi cuadrado de Pearson, se encontró que la deficiente calidad de atención percibida ($x^2 = 13,77$), la percepción de la falta de calidez en la atención ($x^2 = 8,53$), la demora en la atención de salud ($x^2 = 8,80$) la percepción de preferencia discriminatoria en la atención del CPN ($x^2 = 9,53$) las falencias en el examen integral del CPN ($x^2 = 7,34$) las falencias en el examen subjetivo del CPN ($x^2 = 15,64$), las falencias en la orientación del CPN ($x^2 = 7,03$), las inadecuadas e

incómodas instalaciones para el CPN ($x^2 = 6,52$) y la historia de mala experiencia de atención a familiar durante gestación ($x^2 = 7,62$); resultaron ser significativos ($p \leq 0,05$). Los riesgos resultaron ser bajos al CPN tardío.

Tabla 25. Método de regresión logística binomial para los predictores individuales en el inicio tardío del control prenatal en las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Predictores individuales	ni = 86					
	B	Error estándar	Chi cuadrada de Wald	g l	Valor p	Riesgo Multivariado Exp(B)
Procedencia rural	0,855	0,782	1,195	1	0,274	2,352
Bajo nivel de escolaridad	1,700	0,848	4,016	1	0,045	5,475
Condición civil de soltera	2,112	1,850	1,303	1	0,254	8,261
Actualmente empleada (trabajo durante la gestación)	1,429	1,680	0,723	1	0,395	4,172
Carencia de seguro de salud	-1,073	0,711	2,279	1	0,131	0,342
Condición de pobreza	0,934	0,786	1,413	1	0,235	2,544
Desinterés por la búsqueda de información del control prenatal	2,299	1,256	3,349	1	0,067	9,963
Desinterés por la búsqueda de información sobre la situación del embarazo	1,374	1,033	1,768	1	0,184	3,951
Desconocimiento de los riesgos del embarazo adolescente que se identifican en el CPN	-0,198	0,870	0,052	1	0,820	0,821
Desconocimiento de la gratuidad de la atención de salud durante el embarazo	0,493	0,948	0,271	1	0,603	1,638
Desinterés para asistir a las charlas de los temas del embarazo, parto y puerperio	1,196	0,791	2,286	1	0,131	3,307

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).
R cuadrado de Negelkerke =0,486

En la presente tabla 25, se observa que el modelo de regresión logística aporta evidencia científica, concluyente referida a los predictores individuales al inicio tardío del CPN. En base a este modelo, el bajo nivel

de escolaridad ($p < 0,045$) está relacionado con el inicio tardío del CPN. Por lo tanto, para este modelo se acepta la hipótesis de investigación.

Además, el coeficiente R cuadrado de Negelkerke de este modelo es .486, de esta manera, puede decirse, que alrededor de un 48% de la varianza es explicada por la variable predictora incluidas en el modelo.

En resumen, los coeficientes de regresión expresados en términos de razones de chance confirman los resultados del análisis bivariado en términos de porcentajes y son coherentes con los resultados indicados en la literatura sobre el mismo.

Tabla 26. Método de regresión logística binomial para los predictores familiares en el inicio tardío del control prenatal en las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Predictores familiares en el inicio tardío del control prenatal	ni = 86					Riesgo Multivariado Exp(B)
	B	Error estándar	Chi cuadrada de Wald	g l	Valor p	
Falta de apoyo de la familia durante el embarazo	-1,041	1,416	0,540	1	0,492	0,353
Falta de apoyo de la pareja al control prenatal	2,317	1,365	2,881	1	0,090	10,147
Antecedente de familiar con embarazo adolescente	1,530	0,730	4,393	1	0,036	4,617
Jefe de familia desempleado	0,520	0,685	0,576	1	0,448	1,682
Presencia de violencia en el hogar	2,243	1,004	4,991	1	0,025	9,418
Mala comunicación con los padres	0,290	0,791	0,134	1	0,714	1,336
Desconfianza con los padres para tratar temas sobre la sexualidad y otros aspectos de la vida	1,375	0,758	3,290	1	0,070	3,953
Falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar	-5,022	1,458	11,868	1	0,001	0,007

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).
R cuadrado de Nagelkerke = 0,441

En esta tabla 26, se observa que a través del modelo de regresión logística se aporta suficiente evidencia científica concluyente en torno a los predictores familiares relacionados al inicio tardío del CPN. En base a este modelo, el antecedente de contar con familiar con experiencia de embarazo adolescente ($p < ,036$), presencia de violencia en el hogar ($p < ,025$), falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar ($p < 0,007$) expresaron relación con el inicio tardío del CPN. Por lo tanto, para este modelo se acepta la hipótesis de investigación. En base a los resultados

del presente modelo estimado, se concluye que dichos predictores familiares están relacionados al inicio tardío del CPN.

Además, el coeficiente R cuadrado de Negelkerke de este modelo es .441, de esta manera, puede decirse, que alrededor de un 41% de la varianza es explicada por las variables predictoras incluidas en el modelo. En suma los coeficientes de regresión expresados en términos de razones de chance confirman los resultados del análisis bivariado en términos de porcentajes y son coherentes con los resultados indicados en la literatura sobre el mismo.

Tabla 27. Método de regresión logística binomial para los predictores institucionales en el inicio tardío del control prenatal en las gestantes de los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Predictores institucionales en el inicio tardío del control prenatal	ni = 86					Riesgo Multivariado Exp(B)
	B	Error estándar	Chi cuadrada de Wald	g l	Valor p	
Deficiente calidad de atención percibida	2,973	0,922	10,390	1	,001	19,555
Percepción de falta de calidez en la atención	0,832	1,103	0,569	1	0,450	2,298
Demora en la atención de salud	1,969	0,732	7,233	1	0,007	7,164
Percepción de preferencia discriminatoria en la atención del control prenatal	-2,217	1,943	1,302	1	0,254	0,10
Falencias en el examen integral del control prenatal	3,127	1,223	6,536	1	0,011	22,79
Falencias en el examen subjetivo del control prenatal	,303	1,422	,045	1	0,831	1,35
Falencias en la orientación del control prenatal	1,316	0,982	1,795	1	0,180	3,72
Instalaciones inadecuadas e incómodas para el CPN	1,019	1,019	1,399	1	0,237	2,77
Mala experiencia de atención a familiar durante gestación	-7,263	1,842	15,542	1	0,000	,001

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).

R cuadrado de Nagelkerke = 0,573

El modelo de regresión logística aporta evidencia científica concluyente en torno a predictores institucionales relacionados al inicio tardío del CPN. En base a este modelo, la deficiente calidad de atención percibida ($p < ,001$), la demora en la atención de salud ($p < ,007$), falencias en el examen integral del CPN ($p < 0,011$) y la mala experiencia de atención a familiar durante la gestación ($p < 0,000$) expresaron relación con el inicio tardío del CPN. Por lo tanto, según este modelo se acepta la hipótesis de investigación. En base a los resultados del presente modelo

estimado, se concluye que dichos predictores institucionales están relacionados al inicio tardío del CPN.

Además, el coeficiente R cuadrado de Negelkerke de este modelo es .573, de esta manera, puede decirse, que alrededor de un 57% de la varianza es explicada por las variables predictoras incluidas en el modelo.

En resumen, los coeficientes de regresión expresados en términos de razones de chance confirman los resultados del análisis bivariado en términos de porcentajes y son coherentes con los resultados indicados en la literatura sobre el mismo.

En general, la deficiente calidad de atención percibida, la demora en la atención de salud, falencias en el examen integral del CPN y la experiencia mala de atención a familiar durante gestación, comparadas con las respectivas categorías de referencia, aumentan la probabilidad del inicio tardío del CPN.

Tabla 28. Método de regresión logística binomial para los predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en los casos y controles, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal	ni = 86					
	B	Error estándar	Chi cuadrada de Wald	g l	Valor p	Riesgo Multivariado Exp(B)
Bajo nivel de escolaridad	1,248	,725	2,965	1	0,085	3,483
Antecedente de familiar con embarazo adolescente	1,146	,812	1,990	1	0,158	3,145
Presencia de violencia en el hogar	2,313	,823	7,900	1	0,005	10,106
Falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar	2,140	,804	7,091	1	0,008	8,502
Deficiente calidad de atención percibida	2,736	1,079	6,434	1	0,011	15,429
Demora en la atención de salud	1,249	,901	1,921	1	0,166	3,485
Falencias en el examen integral del control prenatal	2,332	1,250	3,483	1	0,062	10,303
Mala experiencia de atención a familiar durante gestación	1,718	,977	3,093	1	0,079	5,572

Fuente. Guía de entrevista respecto a los predictores a la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 02).
R cuadrado de Negelkerke =0,684

Finalmente al analizar de modo global la presencia de los predictores individuales, familiares e instituciones a través del modelo de regresión logística, se genera evidencia científica concluyente en torno a los predictores relacionados al inicio tardío del CPN. En base a este modelo, la presencia de violencia en el hogar ($p < ,005$), la falta de expresiones de cariño y afecto en el hogar ($p < ,008$), y la deficiente calidad de atención percibida ($p < 0,01$) expresaron relación con el inicio tardío del CPN. Por lo tanto, para este modelo se acepta la hipótesis de investigación, concluyéndose que dichos predictores institucionales y familiares, se comportan como predictores al inicio tardío del CPN.

Además, el coeficiente R cuadrado de Negelkerke de este modelo es .684, de esta manera, puede decirse, que alrededor de un 68% de la varianza es explicada por las variables predictoras incluidas en el modelo.

En resumen, los coeficientes de regresión expresados en términos de razones de chance confirman los resultados del análisis bivariado en términos de porcentajes y son coherentes con los resultados indicados en la literatura sobre el mismo; dichos predictores significativos aumentan la probabilidad del inicio tardío del CPN.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar, si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo. La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en este marco, la adecuada Atención Prenatal permite a la gestante adolescente lograr la obtención de mejores resultados maternos y perinatales, esto se expresa en menores tasas de complicaciones, por lo que es justificable una atención prenatal precoz, continua y de calidad⁵⁷.

El CPN se compone de múltiples actividades e intervenciones que han demostrado disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal, debido a la identificación oportuna, prevención y manejo de los factores de riesgo.

El interés por el tema surge por la inquietud del grupo investigador en cuanto a experiencias en áreas de primer nivel en atención de enfermería materno infantil; observándose la problemática del embarazo adolescente y la realización de controles prenatales en forma inadecuada

e inoportuna por parte de las mismas, lo que conlleva a consecuencias negativas para el binomio madre- hijo.

En base a la situación mencionada, en este capítulo se presentan los principales hallazgos empíricos de la presente investigación a la luz de los enfoques teóricos que han fundamentado el problema de estudio. A su vez, se discuten los principales resultados y se desarrolla una breve reflexión en torno al alcance y significado de los predictores relacionados al inicio tardío del control prenatal en nivel de los establecimientos de la Micro Red Ambo, suscitados en el periodo 2015. Se comentan también, a modo de recapitulación, las limitaciones e implicancias que se derivaron de este estudio.

El estudio desarrollado de los predictores del inicio tardío del CPN, partió del supuesto de que la demanda de servicios de salud está asociada con las necesidades de salud percibidas por los individuos, así como por sus atributos económicos y sociales y por las características de las instituciones de salud^{58,59}. Si bien la utilización de los servicios de salud está condicionada por la oferta, existen variantes en este proceso, que van desde la necesidad percibida de solicitar un servicio (en la que influyen educación y cultura, entre otros aspectos) hasta su uso⁶⁰.

En el caso específico de este estudio, se analizó si el inicio tardío del CPN están relacionados a ciertos predictores: individuales, familiares e institucionales, teniendo en cuenta que la detección y tratamiento oportuno son fundamentales para reducir sustancialmente la morbilidad y la mortalidad materna⁶¹. Se consideraron, además, las necesidades,

problemas y limitaciones que tienen las mujeres para asistir a un servicio médico y atender su salud, porque tradicionalmente cuidan de la salud de toda su familia, dejando en segundo término la propia⁶². Esto concuerda con lo observado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia⁶³, la cobertura de los servicios públicos de atención prenatal muestra a nivel nacional un inicio tardío en la vigilancia prenatal, de esta forma del total de las gestantes que acudieron a CPN, 20.6% lo hicieron en el primer trimestre, 36.7% en el segundo trimestre y 42.7 % en el tercero.

En el caso específico del presente estudio, se comprobó mediante la regresión logística que las características individuales principalmente el indicador: bajo nivel de escolaridad, fueron predictores del inicio tardío del CPN; esto indica que las gestantes de los casos en número considerable no tuvieron ninguna escolaridad, o alcanzaron la primaria incompleta o secundaria incompleta. Este resultado va en la línea de Belizán, Villar, Belizán, Garrote citado por Córdoba, Escobar, Guzmán⁶⁴, quienes evidenciaron que la población adolescente y el bajo nivel educativo son factores relacionados directamente con el inicio tardío de los controles prenatales. La oportunidad de educación en muchas comunidades es menor para las mujeres y en nuestra sociedad, el embarazo en la adolescente reduce en mayor escala esta oportunidad; por ende el bajo nivel social y cultural hace que las mujeres desconozcan sus derechos y son una desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud. Este análisis, se corrobora con lo mencionado por Caceres⁶⁵ al

considerar que el nivel educativo, está más asociado a la utilización o no del CPN, en tanto Barrera⁶⁶, evidenció la importancia de la educación como un factor que está demostrado que a mayor educación existen menores factores con respecto al inicio tardío del CPN en la adolescencia, pues aquellas adolescentes con mayor educación tienen perspectivas de mejores condiciones de vida y desarrollo, así mismo el resaltaron que el factor institucional y el factor psicológico tuvieron más influencia al inicio tardío de la CPN.

Un estudio en 45 países encontró que mujeres con mayor grado de instrucción y que vivían en zonas urbanas tenían mayores tasas de CPN adecuado⁶⁷.

El informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio, para Perú señaló en el 2007, el 99% de las mujeres con estudios superiores que se encontraban embarazadas tuvo atención prenatal, mientras que la atención en los embarazos de las mujeres sin educación sólo alcanzó el 57%.

En Canadá, Heaman, Green, Newburn, Elliott, Helewa⁶⁷ encontraron que las diferencias sociales juegan un papel fundamental en la inequidad del cuidado prenatal, en ese mismo país identificaron a los padres separados, como un factor limitante de la atención prenatal. Rivera, Rodríguez, Amato, Moreno, Cangemi⁶⁸ encontraron en un grupo que abandonó al CPN 45,2% tenía educación primaria.

Con el mismo modelo se observó comportamiento predictor las características familiares: expresadas en el antecedente de contar con familiar con experiencia de embarazo adolescente, es decir que algún miembro de su familia, como su hermana, o su propia madre, o podrían ser simultáneas, tanto la madre como la hermana. También se observó cómo comportamiento predictor la presencia de violencia en el hogar, donde la gestante adolescente observa frecuencia de escenas o actos de violencia en el hogar y concuerda con lo mencionado por Pender citado por Quelopana⁶⁹ en el sentido de que ciertas situaciones estresantes desmotivan la conducta promotora de salud.

Rangel, De Souza, Christoffel⁷⁰ identificó al maltrato físico o el ejercicio de la violencia por parte del familiar como un factor asociado al abandono al CPN.

La falta de expresiones de cariño y afecto también fue comportamiento predictor, esto fue expresado porque sus padres casi nunca o nunca le otorgaron sentimientos de cariño. El ambiente familiar constituye un componente esencial del proceso de atención a la familia, dado que la calidad de la relación funcional, es un factor importante en la salud emocional y física de cada uno de sus miembros⁷¹.

En un estudio realizado por Magriples Kershaw, Rising, Massey, Ickovics⁷² según el análisis de regresión multimodal encontraron algunos predictores de utilización del CPN, entre ellos figuraron: historia de infección de transmisión sexual, uso de marihuana, paridad, raza, apoyo familiar y social en el segundo y tercer trimestre. En tanto, Chavarría⁷³

identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al CPN.

La falta de apoyo familiar, de afecto y de soporte emocional a la embarazada, trae consigo la privación material, el aumento de los eventos negativos en la vida, el escaso nivel de educación y la falta de acceso a la información. Por todo ello, el apoyo familiar es muy importante durante el embarazo adolescente ya que favorece y permite un adecuado cuidado prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante adolescente⁷⁴.

Algunos autores, corroboran basados en estudios, que que el maltrato físico a la gestante fue motivo para no asistir a la atención prenatal; considerando que la atención prenatal tardía y la ausencia de esta atención podrían deberse a la oposición de las personas agresoras (compañero, familiares, entre otras). Del mismo modo, relaciona al inicio tardío del CPN con los temores que podría sentir, la mujer a que en la exploración médica se descubrieran huellas de abuso físico o sexual⁷⁵.

En congruencia con el presente hallazgo, Quelopana⁷⁶, determinó en sus análisis que la historia de violencia correlacionó significativamente con las semanas de inicio del CPN sólo en las embarazadas primigestas, identificando que cuando aumenta la historia de violencia también aumenta las semanas de inicio del CPN.

De otro lado, es importante considerar lo mencionado por Pasarín⁷⁷ quien resalta la importancia de las redes sociales (familia y contexto social) como contribuyentes a la decisión de asistir o no a la Atención Prenatal; indican que las redes sociales están asociadas al cuidado

prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al sistema de salud.

De otro, Ferreira⁷⁸ explica que la adolescente embarazada generalmente no planifica su gestación y que este suceso se presenta como un evento no programado, determinándose una conducta de ocultamiento de su condición ante su contexto familiar, produciéndose así una atención prenatal tardía o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y bajo peso, al participar la familia en su cuidado.

Así también otros autores determinaron que la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo estuvieron fuertemente relacionados con el aborto provocado en adolescentes⁷⁹.

Entre las características institucionales que fueron predictores del inicio tardío del CPN resultaron: la deficiente calidad de atención percibida, atribuidas a las demoras en la atención atribuidas a las falencias en el examen integral, mala la atención de salud en el establecimiento de salud, tanto en el servicio de admisión, enfermería, atención médica, del personal de limpieza y de otros profesionales y técnicos como el personal de farmacia, laboratorio, vigilancia, entre otros. Además observan el maltrato expresadas en la falta de amabilidad, cortesía, indiferencia; las demoras en la atención de las gestantes, justificada muchas veces por la elevada carga de pacientes, o por las largas conversaciones telefónicas o con otras personas como también por

el abandono momentáneo del servicio. También observan las gestantes que el examen físico (de su cuerpo), superficial y breve. Este resultado, va en la línea de González⁸⁰, quien determinó que entre las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios médicos se encuentran: el elevado costo de servicios o medicamentos, lejanía o falta de servicios en la localidad y la falta de confianza y el maltrato en los servicios.

Starfield citado por Quelopana⁸¹ advierte la importancia del primer contacto y que "la relación médico-paciente influye de manera notable sobre lo que los pacientes piensan y hacen, lo cual queda reflejado en su grado de satisfacción y el recuerdo de la información pertinente a su situación".

Por su parte, Ponce, Melgarejo, Rodriguez, Guibovich⁸² identificaron que 58.8% de las gestantes no cumplen con el CPN; proporción superior al promedio nacional (50.7%). Este alto índice de no cumplimiento, se relaciona con múltiples factores, que según algunas investigaciones se concentran en los siguientes: existencia de temor a acudir al consultorio y ser atendidas por un profesional varón o por las mismas creencias que tiene la persona al pensar que el embarazo no necesita controlarse. De igual manera influye el entorno familiar, el desconocimiento de que el CPN es gratuito en cualquier establecimiento de salud del Estado; así mismo el horario de atención es inadecuado.

Esto es una problemática pues los estudios revisados muestran la relación directa entre la deficiencia de la Atención prenatal y la Morbilidad materna en la adolescente embarazada, distinguiéndose que la mayoría

de adolescentes inician tardíamente su Atención Prenatal y que las complicaciones más resaltantes son: infección de vías urinarias, anemia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y retardo en el crecimiento intrauterino⁸³.

Según Pécora, San Martín, Cantero, Furfaro, Jankovic, Llompart⁸⁴, desarrollaron un estudio a 401 embarazadas que asistieron a su primera consulta prenatal en el consultorio de admisión del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" durante los meses de septiembre-octubre del 2007, donde concluyendo que las principales causas por las cuales las pacientes no concurren precozmente al CPN son las barreras en el sistema de salud.

Continuando el análisis, la mala atención a familiar durante la gestación, expresaron comportamiento predictor del inicio tardío del CPN, esto porque, se suscitó que algún familiar tuvo la experiencia mala de maltrato o peor aún el fallecimiento de un familiar en el establecimiento de salud, o que el familiar presentó alguna complicación. Los hallazgos de este estudio son relevantes al confirmar que cuando la experiencia de la familia circunda por historia de embarazos de adolescentes, tanto en madre o hermana o entre ambos, la probabilidad de inicio tardío es mayor.

Un estudio que coincide con el hallazgo de la investigación desarrollada, por Aguilera⁸⁵, quien observó que 77.7% de las gestantes que presentan disfuncionalidad familiar, presentan menos controles prenatales y el inicio del mismo es tardío.

Chavarría⁸⁶; en su investigación desarrollada sobre las causas del no cumplimiento de las citas en la atención prenatal de las embarazadas de los Centros de Salud de Francisco Buitrago en Nicaragua, mediante la metodología cualitativa con grupos focales y entrevistas a profundidad, identificó que el trato inadecuado que reciben del personal de salud que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, los largos tiempos de espera, la no prioridad para su atención, la inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, y los gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido), la dificultad para obtener permiso durante el trabajo, el cuidado de los niños y de la casa, los quehaceres domésticos y el poco apoyo de la familia fueron los más relevantes.

Asimismo, se encontró que algunas olvidaban su cita, así mismo las actitudes de desánimo fueron asociadas. Finalmente la percepción general para no acudir es porque consideran que el servicio es incompleto porque parte de los gastos son asumidos por las pacientes como los exámenes de laboratorio, ultrasonido, multi-vitaminas y otro medicamento a comprar.

Finalmente, se han estudiado las causas que operan en el inicio tardío del CPN con el propósito de brindar atención adecuada, acorde a las necesidades, demandas y conforme a la capacidad del sistema de salud estudiado, lo que ha dado lugar al diseño de diversos modelos que intentan explicar los motivos por los cuales la población hace uso, o no, de estos servicios^{87,88}. Frente a tal situación se recomienda a futuros

investigadores que les interese la temática, seguir explorando sobre los predictores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad, satisfacción, conocimientos, percepciones, prácticas y creencias frente a CPN en adolescentes.

Creemos que este estudio debe dar pie a que se realicen más investigaciones de tipo analítico que puedan medir adecuadamente causalidad entre los factores de riesgo y el CPN en nuestro medio.

CONCLUSIONES

Luego de presentar los resultados de la investigación, se arriba a las siguientes conclusiones.

1. Se comprobó mediante la regresión logística que las características individuales: bajo nivel de escolaridad, fueron predictores del inicio tardío del CPN ($p \leq 0,05$)
2. Con el mismo modelo se observó comportamiento predictor las características familiares: expresadas en el antecedente de contar con familiar con experiencia de embarazo adolescente ($p \leq 0,05$).
3. También se observó comportamiento predictor la presencia de violencia en el hogar ($p \leq 0,05$).
4. La falta de expresiones de cariño y afecto también fue comportamiento predictor ($p \leq 0,05$).
5. Entre las características institucionales que fueron predictores del inicio tardío del CPN tenemos: la deficiente calidad de atención percibida ($p \leq 0,05$).
6. También fueron predictores del inicio tardío del CPN las demoras en la atención de salud ($p \leq 0,05$).
7. Las falencias en el examen integral, también fueron predictores del inicio tardío del CPN ($p \leq 0,05$).
8. La experiencia mala de atención a familiar durante la gestación, expresaron comportamiento predictor del inicio tardío del CPN ($p \leq 0,05$).

9. Además, el coeficiente R cuadrado de Negelkerke de este modelo es .684, de esta manera, puede decirse, que alrededor de un 68% de la varianza es explicada por las variables predictoras incluidas en el modelo.
10. En resumen, los coeficientes de regresión expresados en términos de razones de chance confirman los resultados del análisis bivariado en términos de porcentajes y son coherentes con los resultados indicados en la literatura sobre el mismo; dichos predictores significativos aumentan la probabilidad del inicio tardío del CPN.

RECOMENDACIONES

Las siguientes son algunas recomendaciones que se realizan basándose en los hallazgos de este estudio:

A las autoridades del Centro de Salud de Ambo

- ✓ Considerar la prestación de servicios de salud a la gestante como una prioridad local y regional.
- ✓ Es necesario desarrollar programas de educación acerca de los beneficios del inicio temprano del CPN.
- ✓ Es necesario implementar medidas para los procesos de mejora, mediante círculos de mejora continua.
- ✓ Dado que los predictores al inicio tardío del CPN fueron diversos, es necesario implementar medidas para facilitar el acceso a opciones de planificación familiar de las mujeres.

A la comunidad científica

- ✓ Los instrumentos usados fueron adaptados de cuestionarios usados en otras realidades, por lo que sería conveniente continuar poniéndolos a prueba para mejorar su adaptación a la población de Huánuco.
- ✓ Sería beneficioso realizar un estudio con grupos comparativos que difieran en características abordadas para verificar cuales de estas son las que están influyendo más marcadamente la conducta de inicio tardío del CPN en la Región de Huánuco.

- ✓ Este estudio sólo investigó el inicio tardío del CPN; sin embargo la utilización del CPN incluye las visitas regulares que realizan las embarazadas, fenómeno que sería recomendable observar.
- ✓ Realizar investigaciones observacionales con diferencias socioculturales y comparadas en lugares donde haya menor porcentaje de consultas prenatales como las zonas de la sierra de la región, para así tener un patrón de diferencias de los predictores encontrados, pues la información indicada aquí correspondería más a gestantes del áreas periurbanas, pero no serían igual en gestantes de áreas rurales.

A los profesionales de obstetricia

- ✓ Se sugiere que los resultados de esta investigación sean tenidos en cuenta por el Centro de Salud de Ambo para contribuir con el mejoramiento de sus programas de atención prenatal, principalmente enfocados a la población adolescente.
- ✓ Este estudio ha mostrado que se requiere de esfuerzos por parte del sistema de salud para incrementar el inicio temprano del CPN. Los profesionales de obstetricia preocupados de la promoción de conductas que busquen mejorar la salud de los individuos, debe participar activamente en la promoción del inicio precoz del CPN; sin olvidar que cuando participa en el cuidado de la salud de la embarazada, directamente impacta la salud de futuras generaciones.

- ✓ Incluir la atención integral familiar, mediante visitas domiciliarias, la idea es lograr un involucramiento de todos los miembros de la familia de una embarazada, reafirmar y recomendar los nuevos roles familiares por efecto de este nuevo estado fisiológico en la vida de los humanos.
- ✓ Motivar y concientizar a todas las mujeres de la importancia de cuidar su estado de salud, asistiendo a las instituciones médicas, en especial durante el embarazo, a fin de evitar problemas en su persona y, por ende, en el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira, Martha Beatriz. Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes. Instituto Nacional De Enfermería Departamento Materno Infantil. Uruguay- 2002.
2. Manrique de Lara Suárez, Digna Amabilia. “Factores obstétricos, sociales y culturales asociados a la participación de la gestante en el Control Prenatal en dos establecimientos de salud, Huánuco, 2004”. Tesis Mg. en Obstetricia. UNMSM-2006.
3. Ponce L Juan M, Melgarejo V Esperanza D, Rodriguez B Yolanda M, Guibovich A Diana G. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Ancash, Perú. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012
4. Barrera Huamán P. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007. [Tesis de grado Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2007.
5. Schwarcz Ricardo. Obstetricia. Editorial “El Ateneo”. 6º Edición Argentina.2005. Pág.:175-179.
6. Barrera H Patricia. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007. [Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia; 2007.
7. Moya-Plata Delia, Guiza-Salazar Ingrid Johana, Mora-Merchán Mayra Alejandra. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES. 2010; 1(1):44-52
8. Padilla de Gil. “Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia”- Rev. Sogia 2000; 7 (1): 16- 25.
9. Barrera Patricia H. óp., cit, 6.
10. Sarrazola San Juan Mauricio, Maldonado Maritza, Calderón Correa Marcela Alexandra, Torrado Correa Yamid Rolando, Tudela Nuñez Kerell, Villamizar Boada Maria Juliana. Op, cit, p. 3

11. Electra A, Temístocles G, Adela Montero V, Vania N. óp., cit, 2.
12. Barrera Patricia H. óp., cit. 7.
13. Ibid, p. 13
14. Ibid, p. 9
15. Martínez Cobos LE. Óp. , cit, 75.
16. Barrera Patricia H. Op., cit, 13.
17. Perú, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Materna y Perinatal. Plan nacional de acción para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 1998-2001. Lima: MINSA; 2002.
18. Moya-Plata Delia, Guiza-Salazar Ingrid Johana, Mora-Merchán Mayra Alejandra. Op, cit, p. 2
19. Moya-Plata Delia, Guiza-Salazar Ingrid Johana, Mora-Merchán Mayra Alejandra. Op, cit, p. 8
20. Sandoval Falcón Vilma. Op, cit, p. 5
21. Barrera Patricia H. Op., cit, 16.
22. Moya-Plata Delia, Guiza-Salazar Ingrid Johana, Mora-Merchán Mayra Alejandra. Op, cit, p. 1
23. Sarrazola San Juan Mauricio, Maldonado Maritza, Calderón Correa Marcela Alexandra, Torrado Correa Yamid Rolando, Tudela Nuñez Kerell, Villamizar Boada Maria Juliana. Factores socioculturales que influyen en el inicio oportuno del control prenatal de las gestantes usuarias del programa en la unidad básica de la libertad de la ESE IMSALUD - Cúcuta en el periodo comprendido entre junio y noviembre de 2012
24. Moya-Plata Delia, Guiza-Salazar Ingrid Johana, Mora-Merchán Mayra Alejandra. Op, cit, p. 1
25. Hernández P Liliana, Navarro CA Cala. Factores asociados al abandono del programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ese hospital integrado san juan de cimitarra, Santander. Segundo semestre de 2008. [Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en Auditoria en Salud]. Bucaramanga: convenio universidad ces universidad autónoma de Bucaramanga Facultad de medicina especialización en auditoria en salud Bucaramanga; 2009.

26. Pacto L Erodita. Causas que determinen la inasistencia continua de las gestantes a control prenatal en el hospital Walter khon Oruro Bolivia 2006. [Tesis de grado para optar el titulo magister Scientiarum en salud publica mención gerencia de salud]. Oruro: Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición, y Tecnología Médica; 2008.
27. Cobos Martínez LE. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentral de salud zapotal - santa Elena 2012-2013. [Previa a la obtención del Título de: licenciada en enfermería]. La libertad: Universidad Estatal Península de santa Elena Facultad de ciencias sociales y de la salud escuela de ciencias de la salud carrera de enfermería; 2013.
28. Arispe Claudia, Salgado Mary, Tang Giuliana, González Carmen, Rojas José Luis. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev. Med Hered; 2011, 22(4): 169-175
29. Barrera Patricia H. Op., cit, 8.
30. Moya-Plata Delia, Guiza-Salazar Ingrid Johana, Mora-Merchán Mayra Alejandra. Op, cit, p. 2
31. Barrera Patricia H. óp., cit, 9.
32. Martínez LE Cobos. Óp. , cit, 19.
33. Barrera Patricia H. óp., cit, 9.
34. Martínez LE Cobos. Óp. , cit, 19.
35. Barrera Patricia H. Op., cit, 14.
36. Ibis, p. 12
37. Tamez González, Silvia y otros. Adaptación del modelo de Andersen al contexto Mexicano: Acceso a la Atención Prenatal. Salud Pública Méx 2006; Vol. 48(5):418-429.
38. Urrego Z, Gonzales E, Fernandez R. Evaluación del control prenatal en el Hospital Kennedy Primer Nivel E.S.E. Bogotá 1999-2000 [online]. Caracas: Federación Pana-mericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.
39. Sandoval Falcón Vilma. Atención prenatal, parto institucional y atención posparto en el peru: efectos individuales y de la comunidad.

[internet]. [Consultado año mes día]. Disponible en:
<http://iussp2005.princeton.edu/papers/50273>.

40. Barrera Patricia H. óp., cit, 15.
41. Ibid, p. 16
42. Sandoval Falcón Vilma. Op, cit, p. 7
43. Barrera Patricia H. Pp., cit, 15.
44. Ibid, p. 19
45. Ibid, p. 20
46. Fernández, Liliam Susana. Caracterización De La Gestante Adolescente - Rev Cubana Obstet Ginecol 2004;30(2)
47. Mirabal Martínez Grisell y otros. "Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia". Rev Cubana Enfermer v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
48. Baeza w. Bernardita y otros. "Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región". Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2):76-81.
49. Núñez Rivas, Hilda - Ana Elizondo Ureña. Artículo: El control prenatal en adolescentes embarazadas en costa rica - bol méd hosp infant méx 2002; vol. 59(9):555-561
50. Calderón Jully S, Alzamora de los Godos U Luis. "Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes". Rev. Perú. Med. exp. salud publica v.23 n.4 Lima oct./dic. 2006.
51. Mirabal Martínez Grisell y otros. Op, cit, p. 1
52. Tejada Álvarez y otros. "Influencia de algunos factores socioeconómicos y educacionales en la actitud de la primigesta adolescente hacía su embarazo" -Hospital Maternidad de Lima enero-febrero 1993.
53. Pacora Percy; Elena Capcha y otros. "La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido". Anales de la Facultad de Medicina. 2005.
54. Sandoval Falcón Vilma. Op, cit, p. 3
55. Cobos Martínez LE. Óp. , cit, 40.

56. MotherCare Matters. En: Sandoval Falcón Vilma. Op, cit, p. 7
57. Barrera Huamán P. Op, cit, p. 23
58. Foets M, Frans B, Janssens L. The primary health care project in Belgium: Survey on the utilization of health services. *Soc Sci Med* 1985; 20: 181-90.
59. Habib OS, Vaughan JP. The determinants of health services utilization in southern Iraq: A household interview survey. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 395-403.
60. Coplamar: En: Mendoza-Flores, María Eugenia; Sánchez-Jiménez, Bernarda; García-Cardona, Mercedes; Ávila-Rosas, Héctor. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 26-34
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr021-04.pdf>
61. Dean K. Self-Care Components of lifes-tyles: The importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29: 137-52.
62. Alfaro N, Valadez I, Aldrete G, Sánchez H. En: Mendoza-Flores, María Eugenia; Sánchez-Jiménez, Bernarda; García-Cardona, Mercedes; Ávila-Rosas, Héctor. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 26-34
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr021-04.pdf>
63. Secretaría de Salubridad y Asistencia: En: Mendoza-Flores, María Eugenia; Sánchez-Jiménez, Bernarda; García-Cardona, Mercedes; Ávila-Rosas, Héctor. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16: 26-34
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr021-04.pdf>
64. Belizán, Villar, Belizán, Garrote citado por Córdoba, Escobar, Guzmán
65. Cáceres, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev. colomb. obstet. ginecol*, 60(2), 165–170. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=519254&indexSearch=I>
D
66. Barrera Huamán P. Op, cit, p. 23
67. Abou-Zahr CL, Wardlaw T. ARISPE, Claudia et al . Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia:

- Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *Rev Med Hered*, Lima, v. 22, n. 4, oct. 2011 . Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 jul. 2015.
68. Faneite, P., Rivera, C., Rodríguez, F., Amato, R., Moreno, S., & Cangemi, L. (2009). Consulta Prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstet Ginecol Venez*, 69(3), 147–151. Retrieved from <http://sogv.org/ROGV/2009Vol69N3.pdf#page=7>
69. Quelopana del Valle, Ana Maria. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del área metropolitana de Monterrey, México. Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Subdirección de Posgrado e Investigación Universidad Autónoma de Nuevo León <http://core.ac.uk/download/pdf/11002028.pdf> P 99
70. Rangel, L., De Souza, N., & Christoffel, M. (2006). La enfermera obstetra y la política de humanización del parto: en busca del cambio en el modelo asistencial. *Enfermería Global*, (9), 1–13. Retrieved from <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/307/285>
71. Reyes, S., Valderrama, O., Ortega, K., & Chacón, M. (2010). Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009. *Rev. Aporte Santiaguino*, 3(2), 214–221.
72. Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., Massey, Z., & Ickovics, J. R. (2008). Prenatal health care beyond the obstetrics service: utilization and predictors of unscheduled care. *Am J Obstet Gynecol*, 198(1), 75.e1–7. doi:10.1016/j.ajog.2007.05.040
73. Chavarría J. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de Salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua. Periodo Octubre 2005–. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+cumplimiento+a+citas+en+atención prenatal+de+las+embarazadas.+Centros+de+salud+Francisco+Buitrago+y+Ticuantepe.+Managua.+Periodo+octubre+2005+-+junio+2006#0>
74. Mirabal Martínez Grisell y otros. “Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia”. *Rev Cubana Enfermer* v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
75. Núñez Rivas, Hilda, Elizondo Ureña ana. Artículo: El control prenatal en adolescentes embarazadas en costa rica - bol méd hosp infant méx 2002; vol. 59(9):555-561

76. Quelopana del Valle, Ana Maria. Op, cit, p. 99
77. Núñez Rivas, Hilda, Elizondo Ureña ana. Artículo: El control prenatal en adolescentes embarazadas en costa rica - bol méd hosp infant méx 2002; vol. 59(9):555-561
78. Ferreira, Martha Beatriz. Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes. Instituto Nacional De Enfermería Departamento Materno Infantil. Uruguay- 2002.
79. Calderón Jully S. y Luis Alzamora de los Godos U. "Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes". Rev. Perú. Med. exp. salud publica v.23 n.4 Lima oct./dic. 2006.
80. González MA, Zurita B, Frenk J, Franco F, Arredondo A, Queisser M y cols. En: Mendoza-Flores, María Eugenia; Sánchez-Jiménez, Bernarda; García-Cardona, Mercedes; Ávila-Rosas, Héctor. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. Perinatol Reprod Hum 2002; 16: 26-34
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr021-04.pdf>
81. Starfield, B. En: Quelopana del Valle, Ana Maria. Op, cit, p. 1
82. Ponce L Juan M, Melgarejo V Esperanza D, Rodriguez B Yolanda M, Guibovich A Diana G. Op, cit, p. 3.
83. Simon Pereira, Luis. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Méx 2002; Vol. 70(6):270-274.
84. Pécora A, San Martin M, Cantero A, Furfaro A, Jankovic M, Llompart V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud?. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008;27 (3): 114-119.
85. Aguilera Camacho, Juan Pablo. Control prenatal insuficiente y control prenatal en mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Cumbe, en el año 2011. Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, Universidad de Azuay. Cuenca Ecuador, 2011.
86. Chavarría J. Op, cit, p. 1
87. Laguna García J. Organización para el desarrollo de la ISS en México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 3ª edic, México: 1983, p. 225-8.
88. Belizán JM, Villar J, Belizán MZ, Garrote N. En: Mendoza-Flores, María Eugenia; Sánchez-Jiménez, Bernarda; García-Cardona,

Mercedes; Ávila-Rosas, Héctor. Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. Perinatol Reprod Hum 2002; 16: 26-34
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr021-04.pdf>

ANEXOS

Código:

Fecha: ___ / ___ / ___

ANEXO 01
CUESTIONARIO DE LOS PREDICTORES A LA INASISTENCIA
CONTINUA DEL CONTROL PRENATAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

OBJETIVO: Identificar mediante la entrevista dirigida a las gestantes los predictores que se asocian a la inasistencia continua del control prenatal por gestantes de los Establecimientos de Salud.de la Microred de Ambo.

INSTRUCCIONES: Señor, señora, señorita encuestadora, le solicito cordialmente que interrogue a la gestante para pueda responder con mayor sinceridad posible la presente entrevista estructurada relacionada a la temática de los predictores individuales, familiares e institucionales que se asocian al inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes de los Establecimientos de Salud.de la Microred de Ambo. La precisión de los registros de las respuestas que emita la adolescente en estudio, será de gran valor, ya que la información que se obtenga se utilizara para fines de mejora de la atención del programa control pre-natal en el grupo de adolescentes que se caracterizan por ser vulnerables.

Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

Gracias por su colaboración.

I. PREDICTORES INDIVIDUALES

A. DEMOGRÁFICAS

Edad materna de adolescente temprana

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted a la fecha?

Procedencia rural

2. ¿Usted procede de la zona rural?

Si () No ()

Profesar alguna religión

3. ¿Profesa usted alguna religión?

Si () No ()

Domicilio lejano al establecimiento de salud

4. ¿Su casa se encuentra muy distante en relación al establecimiento de salud?

Si () No ()

B. SOCIALES**Baja escolaridad**

5. ¿Hasta qué grado de estudios alcanzó a la fecha?

- Ninguna ()
 Primaria completa ()
 Primaria incompleta ()
 Secundaria incompleta ()
 Secundaria incompleta ()
 Nivel superior ()

Realiza trabajo durante la gestación

6. ¿Actualmente usted se encuentra trabajando?

Si () No ()

De ser afirmativa su respuesta indique, en qué se encuentra trabajando-----

Condición civil de conviviente

7. ¿Cuál es su estado civil actual?

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

C. ECONÓMICOS**Estrato social bajo/pobre/muy pobre**

8. ¿Cuánto es el ingreso económico de su familiar, mensualmente?

- Alto S/. 1.000 ()
 Mediano S/. 800 ()
 Bajo S/. 600 ()
 Pobre S/. 400 ()
 Muy pobre < 300 ()

Jefe de familia desempleado

9. ¿El jefe de su familia tiene trabajo remunerado actualmente?

Si () No ()

Costo inaccesible del transporte al establecimiento de salud

10. ¿El costo del transporte para trasladarse desde su casa al establecimiento de salud le es inaccesible?

Si () No ()

D. CULTURALES**Escasa información prenatal durante embarazo**

11. ¿Usted buscó información del personal de salud del establecimiento sobre la importancia del control prenatal continuo durante su gestación?

Si () No ()

Escasa educación sobre situación actual en los controles que realiza

12. ¿Usted buscó explicación del personal de salud del establecimiento sobre su situación actual en los controles que realiza?

Si () No ()

Desconocimiento de los riesgos de un embarazo

13. ¿Usted sabe que el embarazo en la adolescencia presenta riesgos?

Si () No ()

Si su respuesta es SI, indique algunos riesgos del embarazo.

Desconocimiento de la gratuidad de la atención de salud durante el embarazo

14. ¿Usted sabe que el control prenatal y otras prestaciones durante el embarazo, parto y puerperio es gratuito, es decir que cubre el AUS?

Si () No ()

Desconocimiento de los temas de embarazo, parto y puerperio

15. ¿El personal de salud le da charlas sobre diferentes temas relacionados a su embarazo, parto y después que haya tenido a su bebe?

Si () No ()

II. PREDICTORES FAMILIARES

E. PAREJA

Desacuerdo de la pareja en la atención del control prenatal

16. ¿Su pareja muestra desacuerdo en relación a su control prenatal en el establecimiento de salud?

Si () No ()

17. ¿Cuánto tiempo de unión (relación) tienes con tu pareja?

.....

18. ¿Qué edad tiene tu pareja?____

19. ¿Qué grado de instrucción tiene tu pareja?

1 Primaria incompleta___ 2 Primaria completa___

3 Secundaria incompleta___ 4 Secundaria completa___

5 Superior técnico___ 6 Superior universitario___

20. ¿Qué ocupación tiene tu pareja?

1 Trabaja___ 2 Estudia___ 3 Estudia y trabaja___ 4 Sin ocupación___

21. ¿Cómo es la relación con tu pareja?

1 Buena___ 2 Regular___ 3 Mala___ 4 Ya no lo veo___

22. ¿Cuál fue la actitud de tu pareja al enterarse de tu embarazo?

1 Aceptación___ 2 Rechazo___ 3 No sabe aun___

23. ¿Durante el embarazo, su pareja se preocupa por su salud y la apoya afectivamente?

1 Si___ 2 No___

F. FAMILIA

24. ¿Con quiénes vives Actualmente?

1 Con mis padres (papá + mamá) ___ 5 Con mis suegros + pareja___

2 Con mis padres + pareja___ 6 Con mi pareja___

3 Sólo vivo con mi mamá___ 7 Otros:_____

4 Sólo vivo con mi papá___

25. Estado civil de tus padres:

Casados ___ 2 Convivientes___ 3 Separados___ 4 Viudos___

26. Antecedente de embarazo adolescente:

1 Hermana___ 2 Madre___ 3 Hermana + madre ___ 4 Ninguno___

27. ¿Actualmente tu familia (tus padres) se preocupan por tu salud durante el embarazo? 1Si___ 2No___ 3 No saben del embarazo ___

28. En cuanto al ambiente familiar y la relación con los padres:

		Siempre	Casi siempre	A veces	Pocas o sólo algunas veces	Casi nunca o nunca
1	Frecuencia en cuanto a las actitudes o actos de violencia en el hogar.					
2	Conversación y comunicación con los padres.					
3	Hay confianza hacia los padres al					

	conversar sobre sus vivencias en cuanto a sexualidad y/o otros aspectos de la vida.					
4	Expresiones de afecto y cariño en el hogar.					

III. PREDICTORES INSTITUCIONALES.

Mala calidad de la atención de salud

29. ¿Usted considera que la atención de salud en el establecimiento de salud es mala?

Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa, responda la siguiente pregunta:

30. ¿En qué servicio es malo?

En el servicio de admisión ()
 Servicio de enfermería ()
 Médico ()
 Personal de limpieza ()
 Otros ()
 Todos ()

Maltrato en la atención del personal de salud que realiza la atención prenatal

31. ¿Cómo le atiende el personal de salud?

Amablemente ()
 Algunas veces amabilidad ()
 De mal humor ()
 Algunas veces de mal humor ()
 Con indiferencia ()
 Algunas veces con indiferencia ()

Demoras en la atención por el personal del establecimiento

32. La atención en el hospital es:

Rápida ()
 Tardan moderadamente ()
 Tardan mucho ()

Razones de las demoras

32.1 ¿Por qué tardan mucho en la atención en el hospital?

Número elevado de pacientes ()

- Conversaciones largas por teléfono ()
 Conversaciones frecuentes con otras personas ()
 Abandono de funciones momentáneamente ()
 A y b ()
 A y c ()
 A y d ()

Preferencias discriminatorias en la atención

33. ¿Usted ha observado preferencias en la atención al paciente en el hospital?

Si () No ()

Si la respuesta es Sí, responda la siguiente pregunta:

Servicio donde ha observado la preferencias en la atención

33.1 ¿En qué servicio observo tal preferencia?

- a. Servicio de admisión ()
 b. Servicio de enfermería ()
 c. Consultorio médico ()
 d. a y b ()
 e. a y c ()
 f. b y c ()
 g. Todos ()

Falencias en el examen integral del control prenatal

34. ¿Cuándo usted realiza su control prenatal la examina su cuerpo en forma completa ?

Si () No ()

Falencias en el examen subjetivo del control prenatal

35. Cuando usted realiza su control, el personal de salud le pregunta si ha tenido alguna molestia (examen subjetivo).

Si () No ()

Falencias en la orientación del control prenatal

36. Cuando usted realiza su control, el personal de salud le explica detallada y comprensiblemente sobre aspectos de su embarazo y del control prenatal?

Si () No ()

Instalaciones físicas inadecuadas

37. ¿Las instalaciones del lugar donde le realizan o realizaron sus controles fueron adecuadas y cómodas?

Si () No ()

Atención fallida a familiar

38. ¿Usted o algún familiar ha tenido alguna mala experiencia en algún establecimiento de salud?

Si () No ()

Si la respuesta es Sí, responda la siguiente pregunta:

38.1 ¿La experiencia mala que tuvo usted fue por qué?

Le trataron mal	()
Falleció algún familiar	()
Presento alguna complicación	()
Otro	()

GRACIAS.

Código:

Fecha: ___ / ___ /

ANEXO 02
GUIA DE ENTREVISTA DE LA SITUACIÓN GESTACIONAL DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

OBJETIVO: Identificar mediante encuesta dirigida a las gestantes la situación gestacional de las mujeres en estudio.

INSTRUCCIONES: Señor, señora, señorita encuestadora, le solicito cordialmente que interrogue a la gestante para pueda responder con mayor sinceridad posible la presente entrevista estructurada relacionada a la situación del control prenatal en gestantes adolescentes de los Establecimientos de Salud de la Microred de Ambo. La precisión de los registros de las respuestas será de gran valor, ya que la información que se obtenga se utilizara para fines de mejorar la atención del programa control pre-natal.

Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

Gracias por su colaboración.

I. SITUACIÓN GESTACIONAL

Semanas de gestación

1. ¿Cuántas semanas de gestación tiene actualmente?
 :-----

Edad gestacional en la que inició el control prenatal:

2. ¿A qué edad gestacional inició su control prenatal en el establecimiento de salud?

3ra semana ()

4ta semana ()

5ta semana ()

Número de controles prenatales a los que asistió en el establecimiento de salud

3. ¿Cuántos controles prenatales se realizó hasta la fecha en el establecimiento de salud?

3 controles o < ()

4 ()

5 y más ()

Lugar de atención del control prenatal

4. ¿A dónde acude para realizarse su control prenatal?

Centro de Salud ()

Hospital ()

Particular ()
Empírica ()

Opinión por la continuidad de los controles prenatales en el establecimiento de salud

5. ¿Usted desea seguir asistiendo al programa de control prenatal?
Si () No ()

Satisfacción con la atención de salud

6. ¿Está usted satisfecho con la atención recibida durante sus consultas de control prenatal por?
- | | | | | |
|--------------------------|----|-----|----|-----|
| El medico | Si | () | No | () |
| El obstetra | Si | () | No | () |
| La enfermera | Si | () | No | () |
| El técnico de enfermería | Si | () | No | () |

Código: **ANEXO 03****CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO****Título del estudio.**

Predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Objetivo.

Determinar la relación que existe entre los predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo-2015.

Metodología.

Consistirá en un estudio de nivel relacional.

Seguridad.

El estudio no pondrá en riesgo la salud física ni psicológica.

Participantes en el estudio.

Se incluirán como unidad de información a las gestantes adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Compromiso.

Se le pedirá su consentimiento informado para poder aplicarle los instrumentos de recolección de datos (encuestas). En tal efecto es posible contar con su aprobación refrendándolo con su firma y la de un testigo de ser el caso. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Tiempo de participación en el estudio.

Solo tomaremos un tiempo aproximado de 20 a 25 minutos.

Beneficio por participar en el estudio.

El beneficio que usted obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre maternidad saludable.

Confidencialidad.

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Derechos como participante.

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

Responsables del estudio.

Comuníquese con:

Maria Z. Vilca Figueredo

Cel.: #0375639

Para obtener más información

Escribir al

Email: vilca@hotmail.com

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Participante.....firma.....

Investigadora.....firma.....

Fecha ____/____/____

ANEXO 4
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Predictores individuales, familiares e institucionales del inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los establecimientos de salud. Microred Ambo-2015.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones e indicadores	Metodología	Población y muestra	Técnicas
<p>Problema general ¿Existe relación entre los predictores individuales, familiares e institucionales con el inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo en el 2015??</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre los predictores individuales, familiares e institucionales con el inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo en el 2015</p>	<p>H0: Los predictores individuales, familiares e institucionales se relacionan con el inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos de Salud de la Microred Ambo.</p> <p>Ha: Los predictores individuales, familiares e institucionales se relacionan con el inicio tardío del control prenatal en gestantes adolescentes, usuarias de los Establecimientos</p>	<p>Variable dependiente Inicio tardío del control prenatal</p> <p>Variable independiente e Predictores del inicio tardío del control prenatal</p>	<p>Predictores del inicio tardío del control prenatal Predictores del inicio tardío del control prenatal</p> <p>Variable dependiente Inicio tardío del control prenatal</p> <p>Variable de caracterización del embarazo Edad gestacional de inicio del control Semanas de gestación Número de CPN Lugar de CPN</p>	<p>Será observacional, porque no habrá intervención del investigador. Será retrospectivo, porque se registrará la información que ya ocurrieron. Según el número de mediciones será transversal porque las variables serán medidas en una sola medición. Y, según el número de variables, será un</p>	<p>3ª población estará constituido por 677, gestantes usuarias de los establecimientos de salud, de la Microred Ambo., La muestra serán Se trabajará con una muestra de 245 gestantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • Guía de entrevista de los predictores de la inasistencia continua del control prenatal (Anexo 1). • Guía de entrevista de la situación gestacional de las mujeres en estudio (Anexo 1). <p style="text-align: center;">Consentimiento informado</p>

		s de Salud de la Microred Ambo.			estudio analítico		
		Hipótesis específicas					
Problemas específicos	Objetivos específicos	<p>Hi1: Existen predictores individuales: demográficos, sociales, económicos y culturales que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.</p> <p>Hi2: Existen predictores familiares:</p>					
¿Están relacionados los predictores individuales: demográficos, sociales, económicos y culturales con el inicio tardío del CPN en las	<p>existencia de relación entre los predictores individuales: demográficos, sociales, económicos y culturales que se relacionan con el inicio</p>						

<p>adolescentes gestantes en estudio?</p> <p>¿Existe relación entre los predictores familiares: desacuerdo de la pareja en la atención del CPN y experiencia de atención de salud fallida de familiar, con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio?</p> <p>¿Se relacionan los predictores institucionales: mala calidad de la atención de salud, maltrato en la atención por admisión, maltrato en la atención del personal de CPN, demoras en la atención, preferencias</p>	<p>tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> Examinar la existencia de relación entre los predictores familiares: desacuerdo de la pareja en la atención del CPN y experiencia de atención de salud fallida de familiar, con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio. Explorar la existencia de relación entre los predictores institucionales: mala calidad de la atención de salud, maltrato en la atención por admisión, maltrato en la 	<p>desacuerdo de la pareja en la atención del CPN y experiencia de atención de salud fallida de familiar, que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.</p> <p>Hi3: Existen predictores institucionales: mala calidad de la atención de salud, maltrato en la atención por admisión, maltrato en la atención del personal de CPN, demoras en la atención, preferencias discriminatorias en la atención, falencias en el examen integral del CPN, falencias en el examen subjetivo del</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>discriminatorias en la atención, falencias en el examen integral del CPN, en el examen subjetivo del CPN y en la orientación del CPN, e instalaciones físicas inadecuadas con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio?</p>	<p>atención del personal de CPN, demoras en la atención, preferencias discriminatorias en la atención, falencias en el examen integral del CPN, en el examen subjetivo del CPN y en la orientación del CPN, e instalaciones físicas inadecuadas con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.</p>	<p>CPN, falencias en la orientación del CPN, e instalaciones físicas inadecuadas, que se relacionan con el inicio tardío del CPN en las adolescentes gestantes en estudio.</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--