

FACTORES PREDICTORES Y DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
RELACIONADOS CON EL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL EN
LAS COMUNAS 8 Y 9 DE SINCELEJO - SUCRE

HERAZO TOVAR DENISE PAOLA
LOMBANA PÉREZ YADIRA ROSA
OSORIO VITAL GISSELLE LORENA

UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SINCELEJO
2014

FACTORES PREDICTORES Y DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR
RELACIONADOS CON EL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL EN
LAS COMUNAS 8 Y 9 DE SINCELEJO - SUCRE

HERAZO TOVAR DENISE PAOLA
LOMBANA PÉREZ YADIRA ROSA
OSORIO VITALGISSELLE LORENA

Tesis para optar por el título de Enfermera.

Director: Clarybel Miranda Mellado
Enfermera, Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD DE SUCRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
SINCELEJO
2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Sincelejo, 24 de noviembre de 2014.

**“Únicamente los autores son responsables del contenido expuesto en es te
trabajo”**

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación estuvo motivado por las ganas de superación que inspiran nuestras metas como personas y como profesionales, por lo que deseamos agradecer infinitamente a nuestro señor JESUS quien nos brindó todas las fuerzas necesaria para cumplir con este objetivo.

A la UNIVERSIDAD DE SUCRE por brindarnos todos el apoyo necesario y por darnos la oportunidad de formarnos como profesionales de la salud.

A nuestra directora, Enfermera Clarybel Miranda Mellado, por brindarnos todos sus conocimientos, disponibilidad, paciencia, motivación, confianza, haber creído en nosotras y sobre todo, por permitirnos realizar nuestros sueños y con ellos terminar nuestros estudios de manera satisfactoria.

Reconocemos la gran influencia de todo el gremio de docentes que conocimos a lo largo de nuestra carrera, lo cual marcó nuestras vidas de manera positiva, viéndolos a ellos como un gran ejemplo a seguir.

Son demasiadas las razones que nos motivaron a seguir adelante y emprender nuevos objetivos siempre con la visión de alcanzarlos, por lo tanto agradecemos infinitamente a todas aquellas personas que siempre confiaron en nosotras.

Atte: Denise Paola Herazo Tovar

Yadira Rosa Lambona Pérez

Gisselle Lorena Osorio Vital

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	
1. OBJETIVOS.....	16
1.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
2. ESTADO DEL ARTE.....	17
2.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	17
2.2 MARCO DE REFERENCIA.....	20
2.2.1 Control prenatal.....	20
2.2.2 Factores predictores.....	22
2.2.3 Funcionalidad familiar.....	233
4. METODOLOGÍA.	25
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
3.2 POBLACIÓN	25
3.3 MUESTRA Y MUESTREO.....	26
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
3.6 VARIABLES.....	27
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	27
3.8 PROCEDIMIENTOS	28
3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	29
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	29
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	29

4.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	32
4.3. PROPORCIÓN DEL USO DEL CONTROL PRENATAL EN EL GRUPO DE GESTANTES.	34
4.4. FACTORES PREDICTORES O PERSONALES EN EL USO DEL CONTROL PRENATAL ADECUADO EN GESTANTES DE SINCELEJO.	36
6.CONCLUSIONES	42
7.RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	44
ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes que asisten al control prenatal, comuna 8 y 9. Sincelejo, 2013.	30
Tabla 2. Información familiar y social de las gestantes que asisten al control prenatal, comuna 8 y 9. Sincelejo, 2013	31
Tabla 3. Asistencia al control prenatal en gestantes de Sincelejo, 2013.	35
Tabla 4. Factores predictores del uso adecuado de control prenatal. Sincelejo, 2013	40

LISTA DE GRAFICAS

	pág
Gráfica N°1: Número de embarazos en gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo.....	32
Gráfica N° 2: Número de partos de gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo.....	32
Gráfica N°3: Número de cesáreas de gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo.....	33
Gráfica N°4: Número de aborto de gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo.....	33

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A . Encuesta sociodemográfica	48
Anexo B. Valoración del apoyo familiar – APGAR	50
Anexo C. Formato de consentimiento escrito e informado para mujeres embarazadas mayores de edad de sincelejo.....	51
Anexo D. Formato de consentimiento escrito e informado para mujeres embarazadas menores de edad de sincelejo.	52

RESUMEN

En la ciudad de Sincelejo se llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar, relacionados con el uso de control prenatal; para lograr los objetivos específicos se utilizó un tipo de estudio descriptivo de corte trasversal, que permitió la medición concurrente del uso adecuado de control prenatal por parte de las gestantes y de los factores que predicen su uso, en el área de estudio que fueron las comunas 8 y 9, ubicadas en la zona suroriental de esta misma ciudad. La muestra probabilística estuvo conformada por 266 mujeres embarazadas, en la que se estudiaron las variables involucradas, utilizando una Encuesta Sociodemográfica y una Escala Apgar. Para la búsqueda de la relación entre las variables predictores y de funcionalidad familiar, y el uso de control prenatal, se utilizaron dos pruebas estadísticas para variables nominales: la Tau de Goodman y la prueba Kruskal. Entre los resultados más relevantes del estudio están: el promedio de edad de las gestantes es de 22,9 años; el rango de edad con mayor porcentaje de gestantes es el de 18 – 24 años (50.4%); el 82,7% de las gestantes viven en unión libre, el 80.8% ha cursado un nivel de secundaria, el 85% son amas de casa, el 98.1% pertenecen a los estratos sociales 1 y 2 y el 94,5% están afiliadas al régimen subsidiado de salud. Con relación a la información familiar, el 59,8% pertenecen a familias nucleares y el 51,5% recibe menos de 1 SMMLV. Acerca del uso de control prenatal, se halló que el 69.5% hizo uso adecuado de control prenatal y el 30,5% uso inadecuado. Como conclusión se señala que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores predisponentes y de funcionalidad familiar con el uso de control prenatal.

Palabras claves: *Control prenatal, factores predictores, funcionalidad familiar, embarazo.* Fuente: (DeCs).

ABSTRACT

A study was carried out in the city of Sincelejo in order to identify the predictors and family functionality factors related to the use of prenatal care; a descriptive cross-sectional study allowed the concurrent measurement of the appropriate use of prenatal care by pregnant women and the factors that predict its use in a study area covering communities 8 and 9, located in the southeastern part of Sincelejo. The probabilistic sample consisted of 266 pregnant women, variables involved were studied through a Sociodemographic Survey and the Apgar Scale. Two statistical tests, for nominal variables, Goodman and Kruskal's Tau, were used to study the relationship between predictive variables and the use of prenatal control. Some of the most important results are as follows: the average age of pregnant women was 22.9 years; the age range with the highest percentage of pregnant women was from 18 to 24 years (50%); 92.1% of the pregnant women were living in common-law; 80.8% had fulfilled highschool studies; 89.5% were housewives; 98.1% belonged to social strata 1 and 2, and 94.47% were affiliated to the subsidized health system. With regard to family information, 59.8% belonged to nuclear families, 28.2% had a monthly income below 1SMMLV and 28.2% had 1 SMMLV. About the use of prenatal care, 69.5% made adequate use of it and 30.5% an inappropriate use. In conclusion it is noted that no statistically significant association was found between predictors factors, family functioning and use of prenatal care.

Key words: Prenatal care, predictors factors, family functionality, pregnancy.
Source (DeCs)

INTRODUCCIÓN

El embarazo es tradicionalmente concebido como un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones y problemas que pueden ocurrir en este período y que pueden afectar a la madre y el niño por nacer, se considera que la gestación debe ser vigilada para identificar a tiempo dichos problemas. La mejor forma de monitorear el desarrollo de un embarazo es a través del programa de Control Prenatal; este se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, la atención óptima del parto¹.

Las mujeres del mundo en desarrollo que durante su embarazo recibieron al menos un control prenatal, aumentó, pasando de 54% en 1990 a 74% en el 2005. En América Latina, en estos mismos años, pasó de 77% a 95%. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 2010, el 89% de las gestantes tuvo 4 o más visitas de control prenatal, 6% entre 2 y 3 visitas y el 1% sólo una visita². Las mujeres que no tuvieron controles prenatales, según la misma encuesta, son menores de 20 años y mayores de 34 años con más de tres hijos, residentes en el área rural, sin educación y con un índice de riqueza muy bajo. En términos generales, la cobertura de control prenatal muestra una tendencia ascendente, al pasar de 90% en el 2000 a 93,6% en el 2005 y a 97% en el 2010³.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-2010), da cuenta que para el Departamento de Sucre, el porcentaje de nacimientos vivos con 4 o más controles prenatales en el año 2011 fue de 82.7%, cifra similar a lo encontrado para Colombia (83,6%); no obstante lo anterior, estas siguen por debajo de la meta de desarrollo del milenio que es de 89%, lo que resalta la necesidad de reforzar el programa, para elevar el indicador de uso de control prenatal adecuado en el departamento⁴.

El inadecuado uso del control prenatal puede reflejarse en las tasas de mortalidad materna. Este, es un indicador reconocido internacionalmente como evidencia de la situación de salud de la población de mujeres, y está sensiblemente relacionado con la calidad de los servicios de salud que se les brindan. La mayoría de muertes maternas que se consideran evitables se asocian con deficiencias en el acceso a

¹PARRA PINEDA, Mario Orlando; Müller, Edith Ángel. El Control Prenatal. En: Obstetricia integral siglo XXI. Bogotá: M.D. MSc, 2009, p. 76-80. ISBN: 978-958-44-6067-7. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

²PROFAMILIA. Salud materno-infantil. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, p. 210.

³ASÍ VAMOS EN SALUD. Seguimiento al sector salud en Colombia. Cobertura de Control Prenatal, 2012.

⁴SUCRE. GOBERNACIÓN. Ordenanza 066 (1, Junio, 2012). Por la cual se establece el Plan Departamental de Desarrollo de Sucre 2012-2015. Sincelejo, junio de 2012.

servicios de control prenatal y en general a servicios de salud de calidad, dado que más del 95% de los partos son institucionales⁵. En el departamento de Sucre, persiste la tendencia al aumento de la mortalidad materna, a pesar de la puesta en marcha de programas de choque como la Estrategia de Maternidad Segura⁶.

El control prenatal no es el único factor que contribuye a disminuir las muertes maternas, pero el buen cumplimiento de este por parte de las gestantes ayudaría a disminuir el número de muertes maternas en Sucre; por ello es importante conocer las razones o factores que llevan a las gestantes a la inasistencia o a un uso inadecuado al control prenatal, porque a partir de dicho conocimiento, los organismos de salud públicos y privados, pueden desarrollar intervenciones para aumentar el uso de este servicio, ya que el control inadecuado puede tener consecuencias fatales como la mortalidad de la madre en etapa de embarazo, parto y puerperio o la muerte de su bebé⁷. En los últimos años se han incrementado los factores que predisponen a las madres a no asistir al control prenatal, entre los cuales encontramos: factores sociodemográficos (residencia, educación, estado civil, edad), factores económicos (no tiene dinero para cancelar el transporte o para comprar medicinas), factores educativos (falta de motivación, desconocimiento de la importancia del control), factores institucionales (la afiliación a un régimen de seguridad social en salud, institución de salud lejos del hogar, horario inapropiado, personal de salud insuficiente) y factores del personal médico (consulta de baja calidad, trato inadecuado, ausentismo laboral); cada uno de estos factores suele tener un peso muy importante al justificar cualquier falta en la asistencia de la madre. En América Latina y en Colombia, se han realizado algunos estudios que dan cuenta de la existencia de factores asociados a la utilización del control⁷ tales como la paridad, el estado civil, la condición socioeconómica⁸, la distancia y los ingresos⁹, y la funcionalidad familiar.

⁵COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 15, Marzo, 2013. p.60. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.

⁶SUCRE. GOBERNACIÓN. Secretaría de Salud Departamental. Concertación del Plan de Acción para una Maternidad segura. Datos estadísticos. Junio de 2013.

⁷BASSANI, Diego; SURKAN, Pamela y OLINTO, Maria. Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: El rol de las características maternas. En: Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010, p. 10–15. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3601010S.pdf>

⁸ HERNÁNDEZ PARDO, Liliانا; CALA NAVARRO, Carlos Antonio. 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. Tesis de grado Especialista en Auditoría en Salud. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina. Especialización en Auditoría en Salud, 2009. 13-18p. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/handle/123456789/646>

⁹CASTILLO ÁVILA, Irma Yolanda, et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena, 2011. En: XIX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC. 2012, p. 29-32. Disponible en: <http://www.anec.org.co/images/DocumentosANEC/1erpuesto.pdf>

Por otra parte, en el contexto de Sincelejo no existen evidencias de estudios sobre el tema; sin embargo, a partir de las prácticas de proyección social que desarrolla el Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre en la zona suroriental de la ciudad, y en cumplimiento de la su misión, los estudiantes y docentes siempre han estado atentos a los problemas de salud de la población asentada en esta zona, dadas sus características de vulnerabilidad, pobreza y limitación social y económica.

En atención a lo anterior y motivados por crecer en la formación investigativa, el grupo de investigación se propuso realizar un estudio que permitiera resolver la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de los servicios de control prenatal en gestantes de las Comunas 8 y 9 de la ciudad de Sincelejo?

La comprensión de estos factores propiciará a los profesionales de Enfermería del departamento de Sucre, mejorar la atención a las gestantes que requieren de control prenatal, a partir de la puesta en práctica de estrategias e intervenciones de cuidado a la mujer durante su gestación. De igual manera, permitirá una mejor comprensión sociocultural de la gestante para negociación de decisiones que ayuden a mejorar las conductas de autocuidado en la etapa reproductiva de la gestante.

1. OBJETIVOS.

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso de control prenatal en las Comunas 8 y 9 de Sincelejo - Colombia. 2013.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la muestra desde algunas variables de salud sexual y reproductiva: gestaciones, partos, cesáreas, abortos y edad gestacional.
- Medir la proporción del uso de control prenatal en el grupo de gestantes en estudio.
- Identificar la presencia de factores predictores en el grupo de gestantes: edad, estado marital, educación, ocupación, empleo e ingreso familiar.
- Valorar la funcionalidad familiar en el grupo de gestantes.
- Explorar la relación entre el uso adecuado de control prenatal y los factores estudiados.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Sobre el uso de control prenatal se tienen varios estudios realizados en Colombia y en otros países de Suramérica. En una investigación con embarazadas realizada en Perú entre 2010 y 2011, Arispe halló que el 66.05% recibieron 6 o más controles prenatales y sólo el 7.36% tuvo control prenatal adecuado; los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de control prenatal inadecuado fueron paridad mayor a dos y gestación no planificada¹⁰.

En un estudio realizado en México por Martínez et al, se consideró utilización inadecuada de la atención prenatal, cuando la mujer inició la atención después del primer trimestre de embarazo o cuando habiendo iniciado en el primer trimestre, no acumuló el número mínimo de consultas prenatales acordes con el número de semanas de gestación en la que terminó el embarazo. En este estudio se halló que el 75% de las embarazadas inició la atención prenatal en el primer trimestre, pero de ellas, sólo el 23.8% hizo un uso adecuado del control; es decir, no acudió a 9 consultas como mínimo¹¹.

Una investigación desarrollada por Bassani en las tres maternidades principales de Porto Alegre – Brasil, en el que participaron 611 mujeres, mostró que la edad media fue de 25.5 años y el ingreso per cápita mensual medio fue de US\$63.3 dólares; la cantidad media de años de educación fue 8.2; el 22% de las mujeres eran adolescentes, aproximadamente el 40% eran primíparas y más del 15% de las participantes no convivía con los padres de sus hijos. En términos generales, el 61% de las mujeres cumplieron con los criterios de haber recibido una adecuada atención prenatal, mientras que el 4% no había tenido atención prenatal alguna y el 21% informaron haber recibido una atención prenatal parcialmente inadecuada. El inicio tardío, más que la frecuencia de las visitas, contribuyó a niveles inferiores de atención prenatal; alrededor del 69% de las 235 mujeres que recibieron atención inadecuada o parcialmente inadecuada, realizó su primera visita en el segundo o tercer trimestre¹².

¹⁰ARISPE, Claudia, et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. En: Revista Médica Herediana. Diciembre, 2011, vol. 22, no. 4, p. 159-160.

¹¹MARTÍNEZ GONZALEZ, Lidia; REYES FRAUSTO, Sandra y GARCÍA PEÑA, Maria del Carmen. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Salud Pública Méx. 2009, vol. 38, no. 5, p. 341-351. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=0009>

¹²BASSANI. Op. Cit., p. 11.

Támez, en su estudio realizado en México, observó que el nivel socioeconómico interviene como predictor en la utilización de servicios de atención prenatal; así como la escolaridad. Se encontraron otras variables que intervienen, según el estrato social; en el estrato bajo, las variables relacionadas fueron la escolaridad y la seguridad social; el estrato medio mostró un comportamiento atípico difícil de caracterizar, y en el estrato alto una de las principales variables fue pago de bolsillo¹³.

En el estudio de prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes de Sincelejo – Colombia, realizado por García, se halló que el 79,38% son gestantes adolescentes y el 81,70% son gestantes adultas que conviven en unión libre, situación que deja ver que existen más gestantes adolescentes que gestantes adultas que no cuentan con el apoyo de su compañero¹⁴.

En otro estudio realizado por Bassani, se encontró que los ingresos, la paridad y el hecho de si la madre convivía con el padre del niño, mantuvieron su asociación con la atención prenatal inadecuada¹⁵.

El estudio sobre utilización adecuada de la atención prenatal realizado por Martínez y et al, en México, demostró que el 37% de las embarazadas desarrolla actividades remuneradas fuera del hogar, y de ellas el 72% eran empleadas y el resto obreras¹⁶.

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – 2010, se realizó una pregunta a las mujeres sobre cómo había terminado su último embarazo, encontrándose que el 28% de las gestantes finalizaron su embarazo, el 16% tuvieron pérdida y el 8% tuvieron aborto¹⁷.

Otro de los factores que se consideran relacionados con el uso de control prenatal es la funcionalidad familiar. La ausencia de control prenatal y el inicio tardío de este, podría deberse a oposición de personas agresoras en la familia (compañero, hermanos y otros familiares); también podría deberse a temores que puede sentir la mujer a que en el examen médico se descubran huellas de abuso físico o sexual, a la falta de comunicación y al bajo nivel de confianza entre miembros de la familia. Cuando la embarazada pertenece a una familia funcional, esta favorece y permite un adecuado control prenatal y buen pronóstico para el futuro de la

¹³TÁMEZ-GONZÁLEZ, Silvia, et al. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. En: Salud Pública México. Septiembre, 2006, vol.48, no.5, p. 418-419.

¹⁴GARCÍA GARCÍA, Luz Marina. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. En: av.enferm. 2008, vol. 26. p. 22-35.

¹⁵BASSANI. Op. Cit., p. 12.

¹⁶MARTÍNEZ GONZALES. Op. Cit., p. 345.

¹⁷PROFAMILIA. Salud matero-infantil. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, p. 210.

gestante. Las investigaciones sobre funcionalidad familiar y el uso de control prenatal son escasas; en un estudio ecuatoriano realizado con adolescentes, se encontró que el 45% de las adolescentes fueron acompañadas por sus padres en la primera consulta, debido a que el 36% de las parejas de las gestantes trabajaban, lo que les impedía acompañarlas al control prenatal¹⁸.

Jiménez encontró que el apoyo familiar proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes, obteniéndose como resultados la minimización de riesgos debidos a la falta de apoyo de la pareja.¹⁹

El estudio más reciente realizado en Colombia, por Castillo et al, da cuenta de que el 67,5% de las gestantes hace uso adecuado de control prenatal, identificándose como variables explicativas de este, tener afiliación en salud (70.5%), tener estudios secundarios o superiores (73.5%) y pertenecer a una familia funcional (72.6%)²⁰.

¹⁸COBOS MARTÍNEZ, Libeth Esther. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal – Santa Elena. 2012 – 2013. Tesis de grado Licenciada en Enfermería. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Carrera de Enfermería, 2013. 27-28 p

¹⁹JIMÉNEZ MARTINEZ, Aida Aleyda, et al. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes en el control prenatal. En: Ciencia UANL. Enero- Marzo, 2015, no. 57, p.84-88.

²⁰CASTILLO. Op. Cit., p. 30.

2.2 MARCO DE REFERENCIA

2.2.1. Control prenatal. Según Rivera, el control prenatal se define como el 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 nacimiento y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia. Mediante el Control Prenatal, se puede vigilar el desarrollo del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De ahí la importancia de la asistencia de las gestantes a cada cita de control²¹.

El Control Prenatal se concibe como un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en consultas, entrevistas e intervenciones con el fin de identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. La atención prenatal constituye uno de los grandes pilares para propiciar que las mujeres y sus recién nacidos culminen el período de gestación, en un óptimo estado de salud; por ello, a nivel mundial todos los gobiernos han adquirido el compromiso de apoyarlo con acciones e intervenciones definidas en cada país, de acuerdo con las necesidades de su entorno.²¹

En Colombia, el Ministerio de Salud estableció la Norma Técnica para la Detección temprana de las alteraciones del embarazo, y la define como “Una serie de acciones para identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo”. Sobre las consultas durante el embarazo, esta norma indica el número de controles que la gestante debe recibir por parte de los profesionales de la salud, así: médica (de 9 – 10 consultas, si se trata de un embarazo de alto riesgo); consulta enfermera (de 9 – 10 consultas si se trata de un embarazo de bajo riesgo); la misma norma establece los parámetros de cada una²².

²¹RIVERA MONTIEL, Angélica. Materiales de apoyo para el aprendizaje -Control Prenatal 2008. Trabajo de grado Materiales de apoyo para el aprendizaje del Control Prenatal. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Enfermería .Departamento de enfermería, 2008. 1-17 p. Disponible: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf>

²²MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Disponible en: www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf

²¹ RIVERA. Op. Cit., p. 15.

Rivera dice que para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables de la salud materna, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

- **Precoz.** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.
- **Periódico.** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.
- **Completo.** Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional²³.

Para efectos del presente estudio se adoptan las siguientes definiciones de Control prenatal adecuado y de control prenatal inadecuado:

Control prenatal adecuado. Embarazada que reporta un número de controles prenatales acordes con la edad gestacional en meses e inicio del primer control antes de la semana 12 o en el primer trimestre del embarazo.

Control prenatal inadecuado. Embarazada que reporta dos controles menos que el tiempo de gestación en meses y que inició su primer control después de la semana 12 del embarazo.

Objetivos y actividades del Control Prenatal. Según la Norma Técnica Colombiana ya citada, el control prenatal tiene varios objetivos:

- Vigilar la evolución del proceso de gestación, para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo que incidan en dicho proceso.
- Detectar oportunamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo desde la gestación²⁴.

El protocolo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo incluye tres actividades básicas:

²³RIVERA Op. Cit., p. 16.

²⁴COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p. 20

- **Identificación e inscripción de las gestantes en el Control Prenatal.** Que idealmente debe lograrse después de la primera falta menstrual y antes de la semana 12 de gestación. Este proceso implica: ordenar prueba de embarazo si este no es evidente, promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal e informar a la embarazada o a la pareja, la importancia del Control Prenatal, su periodicidad y características²⁵.
- **Consulta de primera vez por medicina general.** Para evaluar el estado de salud, los factores de riesgo asociados a la gestación y determinar el número de controles necesarios. Esta consulta incluye: elaboración de historia clínica (datos de identificación de la gestante y anamnesis o antecedentes personales y obstétricos), examen físico, solicitud de exámenes para-clínicos, administración de toxoide tetánico y diftérico, formulación de micronutrientes, remisión a consulta odontológica, educación a la madre, compañero y familiares, y elaboración y entrega de carné.
- **Consultas de seguimiento y control por parte de médico y enfermera.** Los controles deben realizarse uno cada mes hasta la semana 36-38 cada 15 días y de ahí en adelante cada 8 días o según criterio médico hasta el momento del parto. El médico deberá realizar el control a las embarazadas cuyas características indiquen una gestación de alto riesgo. Estos controles incluyen los mismos procedimientos de la consulta médica de primera vez (excepto la elaboración de la historia clínica), adicionando los siguientes procedimientos: análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media; remisión a curso de preparación del parto; información y educación sobre signos de alarma (sangrado vaginal, ruptura prematura de membranas, edema, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, y cambios en la orina); información y educación acerca de planificación familiar y lactancia materna, e instrucciones sobre la institución donde se le atenderá el parto.

La enfermera deberá realizar Control Prenatal a las embarazadas clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer. El control de enfermería debe incluir las mismas actividades realizadas por el médico en las consultas de seguimiento, enumeradas en el párrafo anterior.

2.2.2 Factores predictores. Se refiere a factores que están presentes antes de un proceso patológico y que son inherentes a la persona, y por tanto se consideran inmodificables por cambios en las políticas de salud. Para el abordaje de esta dimensión del estudio, se utilizó como referencia el modelo de Andersen, que es reconocido especialmente por sus estudios sobre acceso equitativo y

²⁵COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p.22.

utilización de los servicios de salud , que le han permitido mejorar cada vez el manejo de las variables involucradas en su modelo. Este incluye tres dimensiones: Factores Predisponentes, Factores Mediadores y Factores de Necesidad. En esta investigación se consideró sólo la primera dimensión, que para este estudio se denominan Factores Predictores, la que incluye un conjunto de variables, entre las que están: características demográficas (edad y estado marital) y estructura social (afiliación a la seguridad social, educación, ocupación, empleo, ingreso familiar y estrato social).²⁶

2.2.3 Funcionalidad familiar. Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Las familias necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar; el incumplimiento de alguna de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares, se conoce como disfuncionalidad familiar²⁷

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa²⁸. En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura son expresados en forma libre, al igual que los sentimientos de rabia, y se tiene la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal; en una familia disfuncional, por el contrario se oculta la frustración o el enojo o bien se expresa indirectamente; esto produce un aumento de tensión que llega a la explosión y al temor de una destrucción de la familiar. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo²⁹.

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción.

El APGAR familiar, es un Instrumento elaborado por Smilkstein en 1979, que tiene en cuenta las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y

²⁶GELBERG, L; ANDERSEN, RM y LEAKE, BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. En: Health Services Research, Febrero, 2000, vol. 34, no.6, p. 232-238.

²⁷ MARTINEZ NAVARRO, Maria del Pilar. Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia (perspectiva de la psicoterapia familiar). En: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Septiembre, 2010, vol.13, no.3, p. 319-326. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>.

²⁸SMILKSTEIN, Gabriel. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. En: J Fam Pract. Junio, 1978, no 6, p. 1231-9. Disponible en: <http://utcas.org/uto/castellano/infotrasornos/infoapgarfamiliar.asp>.

²⁹MARTINEZ NAVARRO. Op. cit. 322.

recursos, para dividir las familias en funcionales y disfuncionales. Este test es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado³⁰.

- **Componentes del APGAR familiar**

- **Adaptación (Adaptation):** Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante un periodo de crisis.
- **Participación-Poder (Partnership):** Es la participación en la toma de decisiones y responsabilidades; define el grado de poder de los miembros de la familia.
- **Crecimiento (Growth):** Se refiere a la posibilidad de maduración emocional y física, y de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.
- **Afecto (Affection):** Es la relación de amor y atención que existen entre los miembros de la familia.
- **Recursos (Resolve):** Es el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea al entrevistado como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis; dando una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar dichos problemas familiares³¹.

³⁰SMILKSTEIN. Ibid., p. 24.

³¹ SMILKSTEIN. Ibid., p. 24.

3. METODOLOGÍA.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Las estrategias, actividades y procedimientos que se utilizaron para abordar el problema planteado, se enmarcan dentro del tipo de estudio cuantitativo. De los diseños metodológicos que se manejaron en esta corriente, se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal, que permitió la medición simultánea del uso adecuado de control prenatal por parte de las gestantes y de los factores que predicen su uso. El área donde se desarrolló el estudio es en las Comunas 8 y 9, ubicadas en la zona suroriental de la ciudad de Sincelejo.

Estas comunas están conformadas por cinco sectores, que incluyen 34 barrios:

La comuna 8 (SUR) está conformada por tres sectores y 20 barrios: La Manga, Villa Mady I, Villa Mady II, El Cocuelo, Santa Marta, La Campiña, Simón Bolívar, Uribe Uribe, La Victoria, Divino Niño, La Esmeralda, Nueva Esperanza, Olaya Herrera, Uribe Uribe II, La Paz, Gran Colombia, Normandía, Antonio Nariño, Villa María y Minuto De Dios.

La comuna 9 (SURESTE) conformada por dos sectores y 14 barrios: Verbel I, Verbel II, Trinidad, Costa Azul, Progreso, Santa Cecilia, Bogotá, Mano De Dios, Bella Vista, Aprodex, Colegio Las Mercedes, Postobón, Piaget y Panamericano.

3.2 POBLACIÓN

Para la población de referencia se partió de las 5.605 gestantes reportadas por la Secretaría de Salud de Sincelejo, para el año 2012. Con base en la información contenida en el Plan de Desarrollo Municipal 2012– 2015, acerca de la distribución de comunas, barrios y población de cada comuna, se estimó una población de referencia de 612 gestantes para la Comuna 8 y 561 para la 9, para un total de 1.173 gestantes como población de referencia.

3.3 MUESTRA Y MUESTREO

A partir de la población de referencia se estimó una muestra probabilística y representativa, de 266 mujeres embarazadas, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Tamaño de la población: 1.173 gestantes.
- Proporción de exposición para las gestantes que hacen uso adecuado de los servicios de control prenatal: se tendrá en cuenta una proporción de 67.5%, tomada de Castillo et al, por ser un estudio realizado en el contexto Caribe, cuyas condiciones sociales, económicas políticas y culturales son similares al medio de Sincelejo.
- Nivel de confiabilidad: 95% = coeficiente de confianza de 1.96.
- Error de muestreo máximo permitido: 3%.
- Para la selección de la muestra se utilizó el diseño de muestreo Estratificado, el cual garantiza una participación representativa de las comunas seleccionadas, de acuerdo con el número de barrios y habitantes de cada una.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión fueron gestantes mayores de 16 años de edad en cualquier mes de gestación

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestantes con patologías asociadas con el embarazo referenciadas en el carnet de control prenatal

3.6 VARIABLES

Para la consecución de los objetivos planteados se estudiaron las siguientes grandes variables:

- **Características sociodemográficas y familiares de la gestante.** Entre ellas están: edad, estado civil, nivel educativo, estrato social, ocupación, ingreso familiar mensual y tipo de familia.
- **Características relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva.** Número de embarazos, número de partos, número de cesáreas, número de abortos y edad gestacional en meses.
- **Uso de control prenatal.** Asistencia o no al control prenatal, meses de embarazo al inicio del control prenatal, número de controles prenatales recibidos a la fecha de la encuesta, razones de asistencia e inasistencia al control prenatal e institución donde le realizan el control prenatal.
- **Factores predictores.** Edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, estrato social, ingreso familiar y afiliación a la seguridad social.
- **Funcionalidad familiar.** La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. En una familia funcional se expresa amor y ternura de forma libre, al igual que los sentimientos de rabia; se tiene la convicción de que nadie será destruido por discusiones temporales; en una familia disfuncional, por el contrario, se oculta la frustración o el enojo, o bien, se expresa indirectamente; esto produce un aumento de tensión que llega a la explosión y al temor de una destrucción familiar.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Por el tipo de estudio, la técnica esencial que se utilizó fue la Encuesta, diseñada con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud que se aplicó en Colombia, en la cual se acopió información socio-demográfica (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, empleo, estrato social), afiliación a la seguridad social, datos referidos a edad gestacional, inscripción al programa, número de consultas realizadas y algunas otras variables que conforman los factores predictores del uso de control prenatal. (Anexo A)

Igualmente, para la obtención de la información relacionada con funcionalidad familiar, se empleó el instrumento de Valoración de la funcionalidad familiar (APGAR Familiar). Existen varias versiones, generalmente con tres o cinco categorías de respuesta. En esta investigación se utilizó la escala con tres ítems de respuestas (Anexo B):

ÍTEM	VALOR
Nunca o casi nunca	0
A veces	1
Siempre o casi siempre	2

Fuente: HERAZO, Denise; LOMBANA, Yadira y OSORIO, Giselle. Realizado a partir de la información analizada.

Los puntajes de los ítems se suman; el puntaje de la escala total fluctúa entre 0 y 10 puntos. Puntajes altos indican mayor satisfacción o funcionalidad familiar y se califica así:

- De 0-6 puntos: Disfuncionalidad familiar.
- De 7- 10 puntos: Funcionalidad familiar.

3.8 PROCEDIMIENTOS

La encuesta fue aplicada directamente en el sitio de residencia de la gestante. En la encuesta se integró la Escala de APGAR Familiar, y estos fueron piloteados antes de su aplicación con el número de gestantes necesarios, hasta garantizar que las preguntas tuvieran un alto nivel de comprensión. La encuesta se inició con una explicación acerca del objetivo de la investigación y los resultados que se obtendrían, haciendo énfasis en los beneficios para la población de embarazadas; luego de obtener el consentimiento informado se procedió a su diligenciamiento.

Seleccionados los barrios para ubicar la manzana de donde se inició la búsqueda de las embarazadas, se aplicó un procedimiento aleatorio; ubicada la primera gestante, se procedió a continuar la búsqueda alrededor de las manzanas, siguiendo el sentido de las manecillas del reloj (siempre hacia la derecha del hogar inicialmente seleccionado); complementando la búsqueda con información de otras gestantes referidas por la que ya se había entrevistado. La recolección de los datos se hizo durante tres meses.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La calidad de la información estuvo garantizada por la revisión de las encuestas, que inició desde el mismo momento en que finalizó la aplicación de estas; al culminar cada semana el grupo volvió a realizar una revisión para detectar inconsistencias y poder realizar las correcciones requeridas. Luego de revisar la encuesta se procedió a sistematizar la información en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2010, donde se organizó por variables para su posterior análisis estadístico. Como las variables involucradas son de tipo nominal se realizaron pruebas de: Lambda, Chi-cuadrado de Pearson, Tau de Goodman y Kruskal y el coeficiente de incertidumbre, tomando como principal la Tau de Goodman y Kruskal, para establecer la asociación estadística entre las variables independientes y la variable dependiente (uso de control prenatal).

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

En el estudio participaron 266 mujeres embarazadas del área urbana de Sincelejo, con edades comprendidas entre 16 y 40 años y un promedio de edad de 22,9 años; el rango de edad con mayor porcentaje de gestantes es el de 18 – 24 años 134 (50.4%). El 82,7% (220) de las gestantes viven en unión libre, el 80.8% (215) ha cursado algún nivel de secundaria, el 85% (226) son amas de casa, el 98.1% (261) pertenecen a los estratos sociales 1 y 2 y el 94,5% (251) están afiliadas al régimen subsidiado de salud. (Tabla 1). Con relación a la información familiar, el 59,8% (159) pertenecen a familias nucleares, con una mediana de 3 integrantes por familia; el 64,7% (172) de las familias de las gestantes son normofuncionales y el 51,5% (137) recibe menos de 1 SMMLV de ingreso familiar. (Tabla 2)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes que asisten al control prenatal, comuna 8 y 9. Sincelejo, 2013.

CARACTERÍSTICAS	No.	%
EDAD		
De 16 – 17 años	41	15,4
De 18 – 24 años	134	50,4
Mayores de 24 años	91	30,4
ESTADO CIVIL		
Casada	25	9,4
Unión libre	220	82,7
Soltera/Separada	21	7,9
NIVEL EDUCATIVO		
Analfabeta	3	1,1
Primaria incompleta	4	1,5
Primaria completa	12	4,5
Secundaria incompleta	109	41,0
Secundaria completa	106	39,8
Técnico	22	8,3
Tecnólogo	2	0,8
Universitario	8	3,0

Tabla 2. CONTINUACION

OCUPACIÓN		
Ama de casa	226	85,0
Empleada, trabajo independiente	17	6,4
Estudiante	11	4,1
Desempleada	12	4,5
ESTRATO SOCIAL		
1	211	79,3
2	50	18,8
3 en adelante	5	1,9
SEGURIDAD EN SALUD		
Contributivo	15	5,6
Subsidiado	251	94,4

Fuente: Miranda, Clarybel y Castillo, Irma. Factores Asociados Al Uso Adecuado del Control Prenatal En Gestantes De Sincelejo. 2013

Tabla 3. Información familiar y social de las gestantes que asisten al control prenatal, comuna 8 y 9. Sincelejo, 2013.

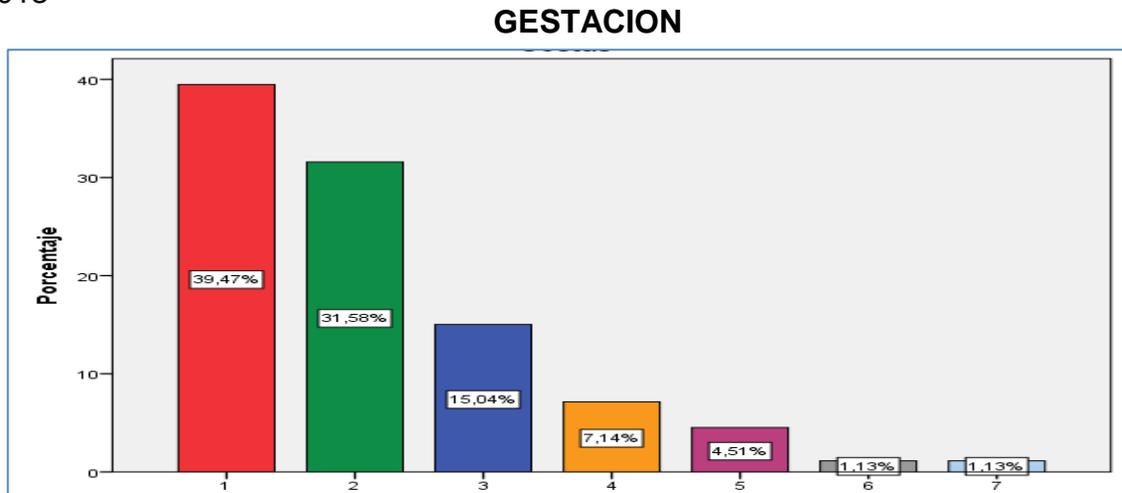
CARACTERISTICAS	No.	%
INGRESOS FAMILIAR		
Menos de 1 SMMLV	137	51,5
1 SMLV	75	28,2
Entre 1 y 2 SMMLV	43	16,2
2 SMLV	6	2,3
Entre 2 y 3 SMMLV	3	1,1
3 SMLV	2	0,8
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	159	59,8
Extensa	70	26,3
Monoparental	29	10,9
Reconstituida	8	3,0
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Familia Normofuncional	172	64,7
Familia Disfuncional	94	35,3

Fuente: Miranda, Clarybel y Castillo, Irma. Factores Asociados Al Uso Adecuado Del Control Prenatal En Gestantes De Sincelejo. 2013

4.2 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DELA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

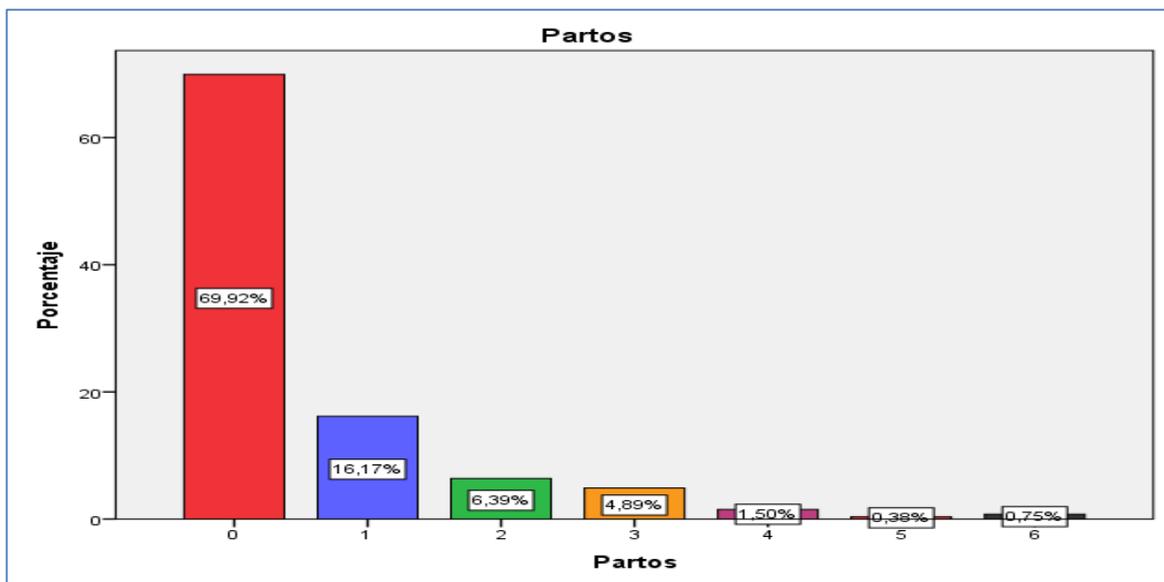
En cuanto a estas características se consideraron el número de gestaciones, Partos, cesáreas, abortos y edad gestacional en meses. El Gráfico 1 da cuenta que la gran mayoría de las gestantes en estudio ha tenido entre 1 y dos embarazos (70,5%).

Gráfica N°1: Número de embarazos en gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo. 2013



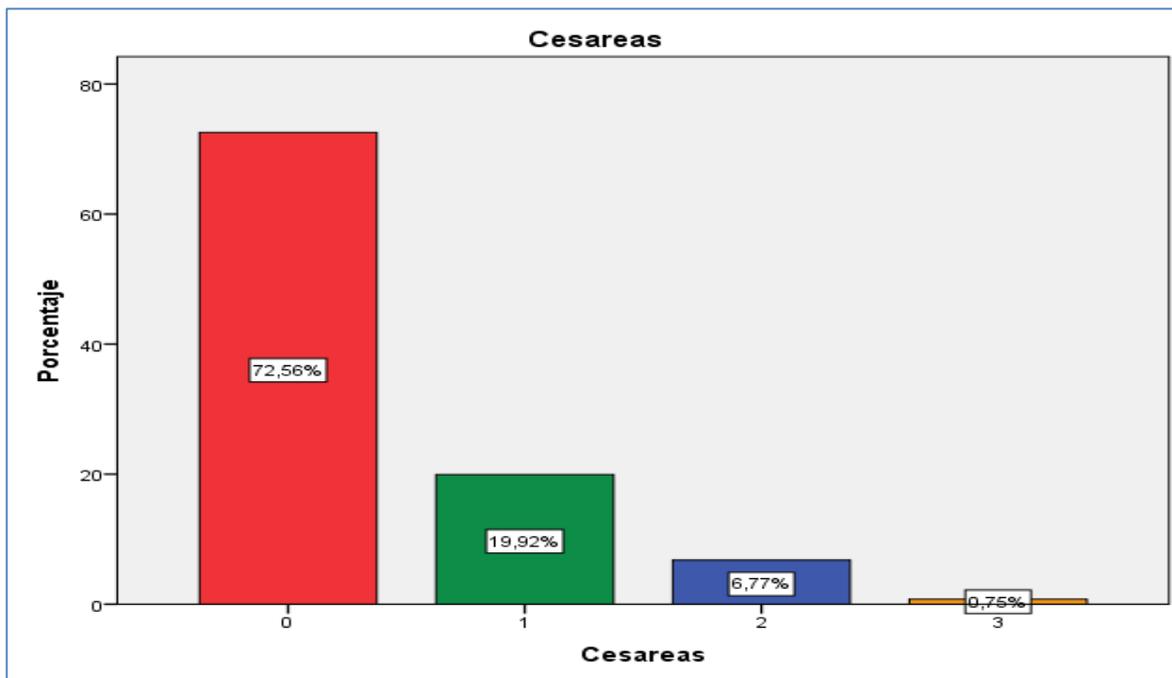
Fuente: HERAZO, Denise; LOMBANA, Yadira y OSORIO, Giselle. Realizado a partir de la información analizada.

Gráfica N°2: Número de partos de gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo.



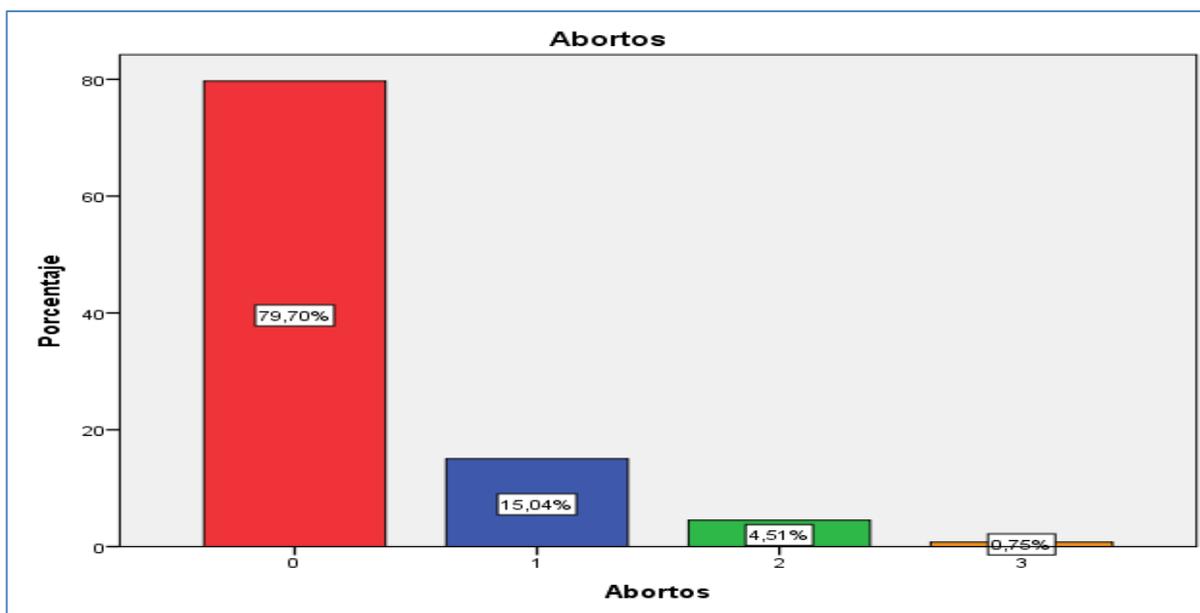
Fuente: HERAZO, Denise; LOMBANA, Yadira y OSORIO, Giselle. Realizado a partir de la información analizada.

Gráfica N°3: Número de cesáreas de gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo



Fuente: HERAZO, Denise; LOMBANA, Yadira y OSORIO, Giselle. Realizado a partir de la información analizada.

Gráfica N°4: Número de aborto de gestantes de Comuna 8 y 9 de Sincelejo



Fuente: HERAZO, Denise; LOMBANA, Yadira y OSORIO, Giselle. Realizado a partir de la información analizada.

4.3. PROPORCIÓN DE USO DE CONTROL PRENATAL EN EL GRUPO DE GESTANTES.

Se les preguntó si asistían al control prenatal, hallándose que el 98,9% (263) sí lo hacían, con una mediana de 4 controles prenatales; 3 (1,1%) gestantes respondieron que no asistían. En cuanto al inicio del control prenatal, el 83,1% (221) lo iniciaron en el primer trimestre; es de resaltar que el 29,7% (79) lo habían iniciado en el primer mes de embarazo y el 3,4% (9) del sexto mes en adelante. Teniendo en cuenta la edad gestacional y el inicio del primer control (hasta la semana 12), se encontró que la mayoría de las gestantes hicieron uso adecuado del control prenatal (83,1%), mientras que el 16,9% hizo un control inadecuado de su embarazo (Tabla 3). Esta última cifra está por encima de lo hallado por otros autores, Martínez, González³² lo que indica que se debe continuar insistiendo en estrategias o formas alternativas de educar a las madres sobre la necesidad de asistir al número completo de controles para una mayor protección de la salud de ellas y de sus niños, durante la gestación, el parto y el puerperio.

El alto porcentaje de mujeres que **asistieron al control prenatal** en el estudio realizado en Sincelejo, es superior a lo observado en Haití por Alexandre (2005), que para la zona urbana reportó un 87.1% de uso de este servicio; también es mayor a las coberturas descritas en la ENDS-2010 para el departamento de Sucre (87.4%) y a las cifras de asistencia reportadas por Castillo et al³³ (2011) en Cartagena (82.2%). Este hecho puede coincidir con el impulso de la política de Maternidad Segura que el municipio y el departamento emprendieron como estrategia para disminuir las altas tasas de mortalidad materna; la Secretaría Departamental de Salud de Sucre, lanzó dos campañas en el 2013: “Unidos por la Maternidad” y “Maternidad segura con acciones claras para dejar huellas”.

Las tres (3) gestantes que reportaron no haber asistido a la consulta prenatal, citaron las siguientes razones de no asistencia: una, creía que no estaba embarazada, otra, dijo que no necesitaba el control porque había tenido hijos sin problemas, y otra manifestó que perdió la cita y no fue más.

³²MARTÍNEZ. Op. Cit., p. 345.

³³CASTILLO. Op. Cit., p. 31.

Tabla 4.Gestación y asistencia al control prenatal en gestantes de Sincelejo, 2013.

VARIABLE	No.	%
ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL		
Si	263	98,9
No	3	1,1
INICIO DEL CONTROL PRENATAL		
1 Mes	79	29,7
2 Meses	83	31,2
3 Meses	59	22,2
4 meses	23	8,6
5 meses	10	3,8
6 meses y más	9	3,4
No lo iniciaron	3	1,1
USO ADECUADO E INADECUADO		
Adecuado	185	69,5
Inadecuado	81	30,5
RAZÓN DE ASISTENCIA AL C. PRENATAL		
Para detectar alteraciones	226	85,9
Por recomendación de alguien	33	12,5
RAZÓN DE INASISTENCIA		
Creía que no estaba embarazada	1	0,4
Creía que no lo necesitaba porque había tenido hijos sin problemas	1	0,4
Perdió la cita y no fue más	1	0,4

Fuente: Miranda, Clarybel y Castillo, Irma. Factores Asociados Al Uso Adecuado Del Control Prenatal En Gestantes De Sincelejo. 2014

4.4 FACTORES PREDICTORES O PERSONALES EN EL USO DEL CONTROL PRENATAL ADECUADO EN GESTANTES DE SINCELEJO.

En la investigación se consideraron como factores predictores la edad, el estado marital, la educación, la ocupación, el empleo y el ingreso familiar. El promedio de edad de las gestantes del estudio fue de 22.9 años, similar a lo encontrado por Bassani³⁴ en Brasil (25,5 años) y por Castillo³⁵ en Colombia (23 años). Al contrastar la **edad** con el uso de control prenatal se halló que 137 (70,6%) tiene menos de 25 años de edad y 48 (66,7%) tienen 25 y más años, hallándose relación no significativa con la variable edad (OR: 1,202; INF: 673; SUP: 2,145); las embarazadas menores de 25 años usan 1,2 veces más el control prenatal que las mayores de 25 años. Estos resultados son diferentes a lo encontrado por otros autores; Arispe en Perú³⁶ y Castillo en Colombia³⁷, no hallaron relación significativa entre la edad y el uso de control prenatal; Támez³⁸ en México afirma que la edad es la principal variable predisponente de dicho uso pero en el estrato alto. En el estudio de prácticas de cuidado realizado por García³⁹ en Sincelejo, se halló mayor porcentaje de buenas prácticas en gestantes adultas (71,24%) que en gestantes adolescentes (55,67%), de lo que podría deducirse que la edad está indirectamente relacionada con el uso de control prenatal adecuado, ya que muchos de los cuidados y conocimientos, son adquiridos por la gestantes en el control prenatal, a través de intervenciones educativas ofrecidas por el personal de enfermería.

Haciendo referencia al **estado civil**, el 172 (70,2%) de las gestantes conviven con su pareja y el 13(61,9%) no tienen pareja; estas cifras son similares a las arrojadas en el estudio de Castillo⁴⁰, donde se halló un 87% de mujeres con pareja.

Estos dos grupos presentaron altos porcentajes de uso adecuado de control prenatal, (70,2%) y (61,9%) respectivamente. La prueba estadística aplicada da cuenta de que el estado civil con pareja presentan 1,4 veces más que las que no conviven con la pareja por lo tanto no tiene asociación significativa con el uso de control prenatal (OR: 1,450; INF: ,577; SUP:3,647) (Tabla 4). Frente al estado civil

³⁴BASSANI. Op.cit., p. 14.

³⁵CASTILLO. Op.cit., p. 31.

³⁶ARISPE. Op.cit., p. 159.

³⁷CASTILLO. Op.cit., p. 32.

³⁸TÁMEZ. Op.cit., p. 418.

³⁹GARCÍA. Op.cit., p. 24.

⁴⁰CASTILLO. Op.cit., p. 29.

de la gestante, Castro⁴¹ dice que la falta de asociación entre estas variables, puede estar relacionada con la afiliación derivada del trabajo de las parejas o compañeros; en el régimen subsidiado y vinculado se concentra el grupo de madres en unión libre, quienes tienen menor probabilidad de ser afiliadas por no tener un compañero estable, que les permita depender de su ocupación para acceder al aseguramiento. El 70,2% de las gestantes de Sincelejo se encuentran en unión libre y el hecho de encontrar tantas mujeres de este grupo sin afiliación al régimen contributivo (5,6%), puede reflejar la situación laboral de sus compañeros, que al no estar trabajando no tiene afiliadas a sus compañeras.

En cuanto a **educación** tercer factor predisponente asociado al uso de control prenatal en Sincelejo, Las de mayor nivel educativo reportaron 1,3 veces mayor uso de control prenatal adecuado (74,2%) que las embarazadas de menor educación (68,7%), presentando se diferencias no significativas entre estos dos grupos (OR:1,360; INF:;583;SUP:3,172). (Tabla 4). Támez⁴² calificó la escolaridad como la variable de mayor peso en el uso de servicios de control prenatal en los estratos bajos en México, afirmando que en las clases pobres, el nivel educativo es el que media en la utilización de los servicios de salud. Los resultados de Aguado⁴³ en Colombia, dan cuenta de que el bajo nivel educativo de las madres tiene efectos negativos en la atención prenatal; el hecho de que una madre aumente su nivel educativo de secundaria a educación superior, aumenta la probabilidad de tener una atención prenatal calificada en 28% aproximadamente.

Recientemente, el estudio realizado por Castillo⁴⁴ en Cartagena, también encontró asociación significativa entre el uso de control prenatal y el nivel de escolaridad; las mujeres que cursaron bachillerato completo en adelante (73,5%) refirieron mayor uso de control prenatal que las mujeres sin completar secundaria.

Respecto a la **ocupación**(OR:;948; INF: ;323; SUP: 2,786) se encontró que la mayoría de las gestantes no trabaja, desempeñándose como amas de casa (85%), al explorar la relación entre esta variable y el uso de control prenatal, se halló asociación no significativa entre ellas. Las mujeres que trabajan hacen uso adecuado (69,5) reportaron 1.0 veces más uso de control prenatal adecuado que no trabajan (70,6%). (Tabla 4). Los resultados son consistentes con lo encontrado por Martínez-González⁴⁵, quien sostiene que las mujeres que trabajan fuera de la

⁴¹CASTRO HERNANDEZ, Mónica. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007. Tesis de Magister en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, 2009. 1-85 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>

⁴²TÁMEZ. Op.cit., p. 419.

⁴³AGUADO, Luis Fernando, et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. En: Rev.latioam.cienc.soc.niñez juv. 2007, vol.5, no.1, p.1-36.

⁴⁴CASTILLO. Op.cit., p. 30.

⁴⁵MARTÍNEZ GONZALEZ. Op.cit., p. 345.

casa tienen mayor probabilidad de atención prenatal adecuada que aquellas que no lo hacen. En los estudios realizados con gestantes, la mayoría de esta población son amas de casa, sin embargo se ha podido demostrar que tener trabajo fuera de la casa puede facilitar el recibo de ingresos por el desempeño de una ocupación y la afiliación a un régimen de seguridad en salud.

El **estrato social** (OR: ,566; INF: ,062; SUP: 5,141); las de estrato social más alto (3 en adelante), presentaron mayor uso de control prenatal adecuado (80%) que las de estrato 1 y 2 (69,3%); estos datos son consistentes con los resultados del estudio realizado en México por Támez⁴⁶, quien afirma que el nivel socioeconómico actúa como una variable predisponente en la utilización de servicios de atención prenatal, estableciendo diferencias en el uso de estos servicios, en el sentido de que los utilizan más aquellas embarazadas que tiene mejor condición socioeconómica. De forma similar, en el estudio realizado en el pacífico colombiano, se halló que las madres que tiene mejor condición económica, concretamente aquellas que están en un nivel medio, presentan mayores tasas de atención prenatal óptimo (97.4%), en comparación con las madres que tienen bajo nivel socioeconómico (81.6%).

Considerando los esfuerzos realizados por el estado en ampliar la cobertura de los servicios de salud tanto en los programas de prevención como en los planes de atención, (aumento de beneficios del POS – Subsidiado, por ejemplo), el estrato social no debería ser un factor diferenciador en el uso del control prenatal, pues se supone que cada vez más, la brecha de la oferta de servicios tiende a cerrarse entre las poblaciones pobres y las de mejor situación económica; la Ley 1438 de 2011, plantea unificación del Plan de beneficios para toda la población y el aseguramiento universal; no obstante lo anterior, los resultados de Sincelejo indican que las gestantes de estratos altos hacen mayor uso del control prenatal, no sólo por la oferta en sí misma del programa, sino por otros factores como contar con mejor nivel educativo, contar con mayores ingresos que les facilita asistir a consultas privadas, tener con quien dejar a sus hijos pequeños y en general contar con mayor apoyo social, lo que les permitiría acceder y usar más veces las consultas de control prenatal, que las de estratos bajos. Estos resultados indican que las funciones de enfermería relacionadas con la búsqueda e inscripción de gestantes, así como de promoción del programa, deben ser mayormente enfocadas a los estratos 1 y 2 de Sincelejo.

En referencia al **ingreso familiar**, el 51,5% (137) tienen un ingreso familiar menor 1 SMMLV y el 28,2% (75) 1 SMMLV. No se encontró asociación significativa Bassani⁴⁷ en su estudio concluyo que un mayor ingreso se asoció, en gran medida, con menores probabilidades de atención prenatal inadecuada y parcialmente inadecuada. (OR: ,851; INF: ,439; SUP: 1,651)

⁴⁶. TÁMEZ. Op.cit., p. 419.

⁴⁷. BASSANI. Op.cit., p. 14.

Con relación a la **afiliación en salud** el 93,2% de las gestantes pertenecían al régimen subsidiado (Ver tabla 4), superior a las cifras halladas por Castillo⁴⁸ en Cartagena (63.1%). Respecto a la relación con el uso de adecuado de control prenatal, no presentaron diferencias significativas entre los dos regímenes de afiliación (OR: 1,149; INF: ,396; SUP: 3,336) las gestantes que están afiliadas al régimen contributivo hacen mayor uso adecuado de control prenatal (72,2%) que las que están en el régimen subsidiado (69,4%) (Ver tabla 4). La afiliación a la seguridad social en salud marca de manera importante la utilización de los servicios de control prenatal, como lo muestran varios autores, Castillo⁴⁹ (2011) encontró una alta diferencia entre afiliadas y no afiliadas a un régimen de; Aguado⁵⁰ encontró que las madres que tienen afiliación al régimen subsidiado, tienen un 25% más de probabilidad de tener atención prenatal calificada, con respecto a las madres no afiliadas a algún régimen de seguridad social; Támez⁵¹ identificó la afiliación como una de las variables mediadoras de mayor peso en el uso adecuado de control prenatal.

Con respecto a la **funcionalidad familiar**, en Sincelejo se halló que el 64,7% de las familias de las gestantes son funcionales; no se encontró asociación de esta variable con el uso adecuado de control prenatal (Tabla 4); estos resultados difieren de lo encontrado por Castillo en Cartagena, en donde se halló un mayor porcentaje de familias normo-funcionales (75,5%) y relación significativa entre el uso de control prenatal y pertenecer a este tipo de familias (OR: ,772; INF: ,450 SUP: 1,325) Partiendo de que una familia normo-funcional está en capacidad de brindar mayor apoyo familiar, Jiménez⁵² encontró que el apoyo familiar proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes, obteniéndose como resultado la minimización de riesgos asociados a la falta de apoyo de la pareja. Esta constituye un soporte importante en cuanto al uso de servicios de salud, especialmente si se trata de control del embarazo. Moya encontró mayor proporción de embarazos de bajo riesgo en gestantes que fueron acompañadas o hubo participación del padre en el proceso, por ello se sugiere a la enfermera del programa y como

⁴⁸CASTILLO. Op.cit., p. 31.

⁴⁹ CASTILLO. Ibid., p. 32.

⁵⁰ AGUADO. Op.cit., p. 36.

⁵¹ TÁMEZ. Op.cit., p. 36.

⁵² JIMÉNEZ. Op.cit., p. 36.

comunicadora en salud por excelencia, promover la vinculación y participación de la pareja en el desarrollo del embarazo (22, 30,79).

Tabla 5. Factores predictores del uso adecuado de control prenatal. Sincelejo, 2013

FACTORES	USO ADECUADO				OR	INF	SUP
	SI	%	NO	%			
EDAD							
>= 25 años	137	70,6	57	29,4	1,202	673	2,145
< 25 años	48	66,7	24	33,3			
Tabla 6.Continuacion	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
Con pareja	172	70,2	73	29,8	1,450	,577	3,647
Sin pareja	13	61,9	8	38,1			
NIVEL EDUCATIVO	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
Estudios técnicos o universitarios	24	75,0	8	25,0	1,360	,583	3,172
Hasta bachillerato	161	68,8	73	31,2			
OCUPACIÓN	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
Trabaja	12	70,6	5	29,4	,948	,323	2,786
No trabaja	173	69,5	76	30,5			
ESTRATO SOCIAL	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
1 y 2	181	69,3	80	30,7	,566	,062	5,141
3 en adelante	4	80	1	20			
INGRESO FAMILIAR	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
Hasta 1 SMMLV	146	68,9	66	31,1	,851	,439	1,651

Tabla 4. CONTINUACION

Más de 1 SMMLV	39	72,2	15	27,8			
AFILIACION EN SALUD	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
Contributivo	13	72,2	5	27,8	1,149	,396	3,336
Subsidiado	172	69,4	76	30,6			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	SI	%	NO	%	OR	INF	SUP
Funcional	123	71,5	49	28,5	,772	,450	1,325
Disfuncional	62	66,0	32	34,0			

Fuente: Clarybel Miranda e Irma Catillo Factores Asociados Al Uso Adecuado Del Control Prenatal En Gestantes De Sincelejo. 2014

CONCLUSIONES

- Los resultados de esta investigación explican el uso adecuado del servicio de control prenatal en las gestantes de las Comunas 8 y 9 de Sincelejo, en la medida en que la mayoría había iniciado su control prenatal durante el primer trimestre y contaba con el número de controles prenatales acordes con la edad gestacional que tenía al momento de la encuesta.
- Las cifras de uso de control prenatal son altas, sin embargo, las de uso adecuado siguen siendo bajas, en comparación con los objetivos de desarrollo del milenio.
- Las pruebas estadísticas utilizadas permitieron establecer que los factores predictores y la funcionalidad familiar no presentan relación estadísticamente significativa con el uso adecuado de control prenatal.
- La falta de relación con algunos predictores como el estrato social, la ocupación y el nivel educativo, podría entenderse desde la homogeneidad de la muestra de las embarazadas en estudio, en cuanto a sus características sociodemográficas.
- La investigación constituye un aporte para mejorar el desarrollo de los programas de control prenatal de las zonas vulnerables de Sincelejo y del departamento de Sucre, ya que ofrece información valiosa sobre el uso del control prenatal, lo que facilitará la adecuación y aplicación de intervenciones de salud y de enfermería, que ayuden a incrementar el uso adecuado de este programa.

7. RECOMENDACIONES

- A pesar de la falta de relación entre las variables estudiadas, es necesario considerar las diferencias porcentuales halladas entre grupos de gestantes, puesto que esta información es valiosa para la aplicación y ajustes de políticas de salud municipales y departamentales, con los programas de Control Prenatal.
- Al grupo de Cuidado de la Salud, se sugiere organizar sesiones de socialización de los resultados, con el personal que desarrolla los programas de control prenatal de la Secretaría de Salud Municipal, Secretaría de Salud Departamental y EPS de Sincelejo, para propiciar mejor toma de decisiones en la gestión de estos programas.
- Sería conveniente que el Grupo Cuidado de la Salud continuara profundizando sobre ciertos factores que por sus características, deberían abordarse a través de estudios cualitativos en el que participen preferiblemente, enfermeras de los programas de control prenatal. Esto, seguirá fortaleciendo las líneas y grupos de investigación en la facultad ciencias de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO, Luis Fernando, et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. En: *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv.* 2007, vol.5, no.1, p.1-36.

ANDERSEN, Ronaldo. Health Status Indices and Access to Medical Care. En: *American Journal of Public Health.* Mayo, 1978, vol. 68, no. 5, p. 458-463. Disponible: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.68.5.458>.

ARISPE, Claudia, et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. En: *Revista Médica Herediana.* Diciembre, 2011, vol. 22, no. 4, p. 159-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf>

ASÍ VAMOS EN SALUD. Seguimiento al sector salud en Colombia. Cobertura de Control Prenatal, 2012.

BASSANI, Diego; SURKAN, Pamela y OLINTO, Maria. Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: El rol de las características maternas. En: *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2010, p. 10–15. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3601010S.pdf>

CASTILLO ÁVILA, Irma Yolanda, et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena, 2011. En: XIX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC. 2012, p. 29-32. Disponible en: <http://www.anec.org.co/images/DocumentosANEC/1erpuesto.pdf>

CASTRO HERNANDEZ, Mónica. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007. Tesis de Magister en Salud Publica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, 2009. 1-85 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>

COBOS MARTÍNEZ, Libeth Esther. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal – Santa Elena. 2012 – 2013. Tesis de grado Licenciada en Enfermería. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. Carrera de Enfermería, 2013. 27-28 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Disponible en: www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 15, Marzo, 2013. p.60. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.

GARCÍA GARCÍA, Luz Marina. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. En: *av.enferm.* 2008, vol. 26. p. 22-35. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_3.pdf

GELBERG, L; ANDERSEN, RM y LEAKE, BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. En: *Health Services Research*, Febrero, 2000, vol. 34, no.6, p. 232-238.

HERNÁNDEZ PARDO, Liliana; CALA NAVARRO, Carlos Antonio. 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. Tesis de grado Especialista en Auditoria en Salud. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Facultad de Medicina. Especialización en Auditoria en Salud, 2009. 13-18p. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/handle/123456789/646>

JIMÉNEZ MARTINEZ, Aida Aleyda, et al. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes en el control prenatal. En: *Ciencia UANL*. Enero- Marzo, 2015, no. 57, p.84-88.

MARTÍNEZ GONZALEZ, Lidia; REYES FRAUSTO, Sandra y GARCÍA PEÑA, Maria del Carmen. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En: *Salud Pública Méx.* 2009, vol. 38, no. 5, p. 341-351. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000962>.

MARTINEZ NAVARRO, Maria del Pilar. Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia (perspectiva de la psicoterapia familiar). En: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Septiembre, 2010, vol.13, no.3, p. 319-326. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>.

MEJÍA MEJÍA, Aurelio; SÁNCHEZ GANDUR, Andrés Felipe y TAMAYO RAMÍREZ, Juan Camilo. Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia. En: *Revista Salud Pública*. Febrero, 2007, vol. 9, no 1, p. 26-38. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a05.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Informe Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2003. 1-40p.

PARRA PINEDA, Mario Orlando; Müller, Edith Ángel. El Control Prenatal. En: Obstetricia integral siglo XXI. Bogotá: M.D. MSc, 2009, p. 76-80. ISBN: 978-958-44-6067-7. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

PROFAMILIA. Salud matero-infantil. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, p. 210.

RIVERA MONTIEL, Angélica. Materiales de apoyo para el aprendizaje -Control Prenatal 2008. Trabajo de grado Materiales de apoyo para el aprendizaje del Control Prenatal. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Enfermería .Departamento de enfermería, 2008. 1-17 p. Disponible: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf>

SMILKSTEIN, Gabriel. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. En: J Fam Pract. Junio, 1978, no 6, p. 1231-9. Disponible en: <http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoapgarfamiliar.asp>.

SUCRE. GOBERNACIÓN. Ordenanza 066 (1, Junio, 2012). Por la cual se establece el Plan Departamental de Desarrollo de Sucre 2012-2015. Sincelejo, junio de 2012.

SUCRE. GOBERNACIÓN. SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Concertación del Plan de Acción para una Maternidad segura. Datos estadísticos. Junio de 2013.

TÁMEZ-GONZÁLEZ, Silvia, et al. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. En: Salud Pública México. Septiembre, 2006, vol.48, no.5, p. 418-419.

YEPES MARULANDA, Roger, et al. Aplicación de la teoría de enfermería de los cuidados culturales en las gestantes pertenecientes a un resguardo indígena de Nariño en los años 2008-2009. En: Revista Unimar. Agosto, 2011, no. 53, p. 107-117.

ANEXOS

**FACTORES ASOCIADOS AL USO ADECUADO DEL CONTROL PRENATAL
EN GESTANTES DE SINCELEJO. 2014**

Anexo A. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Encuesta N° _____ Barrio: _____ Dirección: _____														
Nombre y apellidos de la gestante: _____														
a) Variables socio demográficas														
1. Edad: _____ años cumplidos.														
2. Procedencia: rural _____ urbana _____														
3. Estado civil: Soltera _____ Casada _____ Viuda _____ Divorciada _____ Separada _____ U. libre _____														
4. Nivel educativo: Analfabeta _____ Primaria incompleta _____ Primaria completa _____ Bach. Incompleto _____ Bach. completo _____ Técnico _____ Tecnólogo _____ Universitario _____.														
5. Seguridad social: vinculado _____ subsidiado _____ contributivo _____ especial: _____														
6. Estrato social: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____														
7. Ocupación: ama de casa _____ empleada _____ independiente _____ desempleada _____ estudiante _____														
8. Ingreso familiar mensual _____ ingreso personal si _____ no _____ cuanto _____														
9. Número de personas en la familia: _____ Tipo de familia _____														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Integrantes de la familia</th> <th style="width: 20%;">Edad</th> <th style="width: 30%;">Parentesco</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Integrantes de la familia	Edad	Parentesco									
Integrantes de la familia	Edad	Parentesco												
b) Uso del control prenatal														
10. Presenta usted alguna patología si: _____ no: _____ cual: _____														
11. Formula gestacional: G _____ P _____ C _____ A _____														

12. Edad gestacional en meses: _____ Fecha de última menstruación: _____

13. Asiste usted al control prenatal: si ___ no ___

14. Cuántos meses (semanas) de embarazo tenía usted, cuando recibió su primer control prenatal: Semanas: _____ meses: _____ no sabe: _____

15. Cuántos controles prenatales ha tenido usted durante el embarazo? _____

Para el diligenciamiento de este ítem se tomara como referencia y única constancia de uso el carnet del control prenatal, ira asociado a la edad gestacional.

1º trimestre 1 ___ 2 ___ 3 ___

2º trimestre 4 ___ 5 ___ 6 ___

3º trimestre 7 ___ 8 ___ más _____

16. Fecha última consulta: _____

17. Dónde le realizan el control prenatal: hospital/clínica: _____ centro/puesto de salud del gobierno: _____ EPS/ ARS: _____ consultorio particular: _____ profamilia: _____ otros: _____

18. En alguno de sus controles prenatales, tuvo que pagar por el servicio?

Si, pago total _____ Si, pago parcial _____ No pago nada _____

19. Quien asumió los costos del control prenatal?

Entidad de seguridad social a la que está afiliada _____ Secretaria de salud/alcaldía _____

Medicina prepagada _____ Plan complementario _____

20.Cuál es la razón por la cual usted asiste al control prenatal:

por recomendación : _____ para detectar alteraciones: _____ otros: _____

Si la respuesta a la pregunta 13 es **NO**, responda la siguiente pregunta.

21. Por qué no se hizo control prenatal?

Demasiado lejos _____ Muy costoso _____ Inseguridad _____ Mucho trámite EPS/ ARS _____

No confía en los médicos _____ Personal médico la maltrata _____ No existe intimidad o reserva de información _____ Demora en la asignación de citas _____

No sabía que tenía derecho _____ Esposo/compañero no la dejó _____ Creía que no necesitaba porque había tenido hijos sin problema _____ Otros _____

22. Si usted ha tenido embarazos anteriores, cuántos se ha controlado? _____

Anexo B. VALORACIÓN DEL APOYO FAMILIAR – APGAR

Por cada ítem contenido en el siguiente formato, debe seleccionar la opción que corresponda según su condición.

APGAR	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio.			

Anexo C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARAMUJERES EMBARAZADAS DE SINCELEJO.

Todos los pacientes llenarán el siguiente formato, previo a la realización de los procedimientos. Esta es una forma de aceptación legal para participar en la investigación, que usted puede libremente firmar si está de acuerdo en los siguientes aspectos:

Yo _____, con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ y Teléfono _____, para los efectos legales que corresponden, declaro que he recibido información amplia y suficiente sobre el estudio, titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN ADECUADA DEL CONTROL PRENATAL POR GESTANTES DE SINCELEJO. 2013**, en el cual se pretende: Determinar los factores asociados al uso del control prenatal en mujeres embarazadas de Sincelejo.

- Se me ha explicado que me realizaran, una encuesta asistida que indaga sobre los controles que he realizado durante mi embarazo.
- Soy consciente que los resultados obtenidos favorecerán a otros seres humanos; se me ha explicado que estos ayudarán a identificar los factores que perjudican o afectan el uso del servicio de control prenatal y a crear estrategias que mejoren la calidad de atención y disminuyan las barreras de accesibilidad y cobertura de este servicio.
- Entiendo que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador.
- Soy consciente de los compromisos que adquiero con el proyecto y que en todo momento seré libre de continuar o de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es).

Yo, con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ y Teléfono _____, asumo el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en Sincelejo el día ____ mes ____ del año _____. **(Testigo No.1)**

Yo, con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ Teléfono _____, asumo el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en Sincelejo, el día ____ mes ____ del año _____. **(Testigo No.2)**

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma y cédula. _____

Anexo D. FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARA MUJERES EMBARAZADAS MENORES DE EDAD DE SINCELEJO.

Todos los pacientes llenarán el siguiente formato, previo a la realización de los procedimientos. Esta es una forma de aceptación legal para participar en la investigación, que usted puede libremente firmar si está de acuerdo en los siguientes aspectos:

Yo _____ con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ y Teléfono _____, actuando como representante legal del menor _____ para los efectos legales que corresponden, declaro que he recibido información amplia y suficiente sobre el estudio, titulado: **“FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN ADECUADA DEL CONTROL PRENATAL POR GESTANTES DE SINCELEJO. 2013”**, en el cual se pretende: Determinar los factores asociados al uso del control prenatal en mujeres embarazadas de Sincelejo.

- Se me ha explicado que me realizaran, una encuesta asistida que indaga sobre los controles que ha realizado mi representada durante embarazo.
- Soy consciente que los resultados obtenidos favorecerán a otros seres humanos; se me ha explicado que estos ayudarán a identificar los factores que perjudican o afectan el uso del servicio de control prenatal y a crear estrategias que mejoren la calidad de atención y disminuyan las barreras de accesibilidad y cobertura de este servicio.
- Entiendo que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador.
- Soy consciente de los compromisos que adquiero con el proyecto y que en todo momento seré libre de continuar ó de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es).

Yo, con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ y Teléfono _____, asumo el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en Sincelejo, el día _____ mes _____ del año _____. **(Testigo No.1)**

Yo, con Cédula de Ciudadanía No. _____ con dirección _____ y Teléfono _____, asumo el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en Sincelejo, el día _____ mes _____ del año _____. **(Testigo No.2)**

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma y cédula.