



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL
TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS

SCHREIBER LIMA- 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Autora

Leon Garriazo, Silvia Antonella

Asesor

Díaz Sánchez, Augusto Aquilino

ORCID: 0000-0001-7474-393X

Jurado

Huamaní Pedroza, Marcelina Daniela

Temoche Huertas, Abigail

Marcos Quispe, Myriam

Lima - Perú

2025



FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.dspace.espol.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	search.ndltd.org Fuente de Internet	1%
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
8	www.sibiup.up.ac.pa Fuente de Internet	1%
9	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL
TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS
SCHREIBER LIMA- 2024**

Línea de Investigación:

Salud Pública

Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

Autora:

Leon Garriazo, Silvia Antonella

Asesor:

DR. Díaz Sánchez, Augusto Aquilino
(ORCID: 0000-0001-7474-393X)

Jurado:

Huamaní Pedroza, Marcelina Daniela
Temoche Huertas, Abigail
Marcos Quispe, Myriam

Lima, Perú

2025

Dedicatoria

A mi padre, por su apoyo incondicional durante todo este largo camino que me inspiran y me dan la fuerza para seguir adelante. A mi madre, la mejor compañera de vida, por creer en mí y ser mi apoyo constante. A mis seres especiales que me acompañan desde el cielo, en especial a uno de ellos, tío Elías que siempre estuvo para mí en todo momento, motivándome cada día por continuar esforzándome para lograr mis objetivos.

Agradecimiento

Mi alma Máter,

La Universidad Nacional Federico Villarreal, por albergarme durante todos los años de mi preparación profesional.

A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

A todos los docentes que me inculcaron conocimientos y experiencias compartidas para mi formación profesional.

Al Centro de Salud Max Arias Schreiber, que permitieron la realización de la presente investigación.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen.....	8
Abstrac	9
I. Introducción	10
1.1. Descripción y formulación del problema	10
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Internacionales.....	14
1.2.2. Nacionales.....	16
1.3. Objetivos	19
1.3.1. Objetivo general.....	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. Justificación.....	20
1.5. Hipótesis.....	21
1.5.1. Hipótesis general	21
1.5.2. Hipótesis específicas	21
II. Marco teórico	23
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	23
2.1.1 Factores de riesgo en el control prenatal tardío	23
2.1.2. Control Prenatal Tardío	36
III. Método	38
3.1 Tipo de investigación	38
3.1.1. Tipo de investigación	38
3.1.2 Enfoque de la investigación	38
3.1.3. Método de investigación	38
3.1.4. Alcance de investigación.....	39
3.1.5. Diseño de investigación	39
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	39
3.2.1 Delimitación temporal	39
3.2.2. Delimitación espacial.....	40
3.3. Variables.....	40
3.4 Población y muestra	42

3.4.1.	<i>Población</i>	42
3.4.2.	<i>Muestra</i>	42
3.4.3.	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	43
3.5	Técnicas e instrumentos	44
3.6	Procedimientos	45
3.7	Análisis de datos.....	46
3.8	Consideraciones éticas	46
IV.	Resultados	47
4.1.	Resultados del cuestionario administrado por dimensiones.....	47
4.2.	Contraste de hipótesis (Análisis inferencial).....	59
V.	Discusión de resultados.....	63
5.1.	Identificar cómo los factores personales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro hospitalario Max Arias Schreiber, Lima-2024.....	63
5.2.	Conocer cómo los factores socioeconómicos influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.....	64
5.3.	Evaluar cómo los factores institucionales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.....	64
5.4.	Determinar cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.....	66
VI.	Conclusiones.....	69
VII.	Recomendaciones.....	71
VIII.	Bibliografía	72
IX.	Anexos.....	79

Índice de tablas

Tabla 1:	Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	43
Tabla 2:	Resultado promedio para la dimensión Factores socioeconómicos	48
Tabla 3:	Resultado promedio para la dimensión Factores personales	50
Tabla 4:	Resultado promedio para la dimensión Factores institucionales	52
Tabla 5:	Resultado Variable X: Factores de riesgo durante el embarazo	53
Tabla 6:	Resultado Probabilidad de complicaciones para la madre	55
Tabla 7:	Resultado Probabilidad de complicaciones para el feto	56
Tabla 8:	Resultado promedio para la Variable Y: Control prenatal tardío	58
Tabla 9:	Resultado contraste Factores personales VS Control prenatal tardío	60
Tabla 10:	Resultado contraste factores socioeconómicos VS Control prenatal tardío	60
Tabla 11:	Resultado contraste factores institucionales VS Control prenatal tardío	61
Tabla 12:	Resultado Variable X Factores de riesgo VS Control prenatal tardío	62

Índice de figuras

Figura 1:	Factores de riesgo en la gestante	26
Figura 2:	Indicadores de los factores de riesgo personales	28
Figura 3:	Indicadores institucionales según Navarro	30
Figura 4:	Acciones profesionales de la salud en la primera visita de la gestante	34
Figura 5:	Porcentajes obtenidos para la dimensión Factores socioeconómicos	49
Figura 6:	Porcentajes obtenidos para la dimensión Factores personales	51
Figura 7:	Porcentajes obtenidos para la dimensión Factores institucionales	53
Figura 8:	Porcentajes para la Variable X: Factores de riesgo durante el embarazo	54
Figura 9:	Porcentajes dimensión Probabilidad de complicaciones para la madre	56
Figura 10:	Porcentajes dimensión Probabilidad de complicaciones para el feto	57
Figura 11:	Porcentajes para la Variable Y: Control prenatal tardío	59

Resumen

El trabajo de investigación se efectuó con el objetivo de determinar cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024., teniendo como problema principal: ¿Cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024? La investigación es de tipo aplicada, porque se interesa esencialmente por la propuesta de solución; con un diseño no experimental - descriptivo explicativo, con un enfoque cuantitativo; para lo cual se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario; habiéndose elaborado un instrumento con 22 preguntas, administrado a una muestra de 76 gestantes con control prenatal tardío según estadísticas del Centro de Salud Max Schreiber, considerándose una población de 94 gestantes que comprendió todas las féminas embarazadas entre los 18 y 35 años, que acudieron al centro de salud Max Arias Schreiber del distrito de la Victoria, departamento y provincia de Lima-Perú, de manera tardía al control prenatal. Como conclusión relevante se ha establecido que los factores de riesgo de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; afirmación que ha sido corroborada por la realidad problemática, los aspectos teóricos citados y corroborado con el contraste de hipótesis Chi cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia del 0.000 y 4 grado de libertad; en consecuencia, a mayor presencia de factores de riesgo de las gestantes mayor incidencia de control prenatal tardío.

Palabras claves: Factores de riesgo, Control prenatal tardío, gestante.

Abstrac

The research work was carried out with the objective of determining how risk factors influence late prenatal control during pregnancy, at the Max Arias Schreiber Health Center, Lima-2024., having as main problem: How do risk factors influence late prenatal control, during pregnancy at the Max Arias Schreiber Health Center, Lima-2024? The research is of an applied type, because it is essentially interested in the proposed solution; with a non-experimental - descriptive explanatory design, with a quantitative approach; for which the survey was used as a technique and the questionnaire as an instrument; An instrument with 22 questions was developed, administered to a sample of 76 pregnant women with late prenatal control according to statistics from the Max Schreiber Health Center, considering a population of 94 pregnant women that included all pregnant women between 18 and 35 years old, who went to the Max Arias Schreiber health center in the district of La Victoria, department and province of Lima-Peru, late for prenatal control. As a relevant conclusion, it has been established that the risk factors of pregnant women directly influence late prenatal control, during pregnancy, at the Max Arias Schreiber health center, Lima-2024; an assertion that has been corroborated by the problematic reality, the theoretical aspects cited and corroborated with the Pearson Chi square hypothesis contrast, with a significance level of 0.000 and 4 degrees of freedom; consequently, the greater the presence of risk factors in pregnant women, the greater the incidence of late prenatal control.

Keywords: Risk factors, Late prenatal care, pregnant woman.

I. Introducción

1.1. Descripción y formulación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), un promedio de 303,000 féminas perdió la vida por motivos relacionadas con el embarazo; 2,7 millones de infantes fallecieron durante los 28 días iniciales de vida y el número de neonatos ascendió a 2,6 millones. Una atención sanitaria efectiva en el proceso del embarazo y parto podrían prevenir y evitar estas muertes; en este contexto, en todo el mundo el 64% de féminas reciben en promedio entre 4 o más atención prenatal, durante el proceso del embarazo.

Asimismo, la OMS (2019), ha informado que, el elevado número de madres fallecidas constituye un indicador de la problemática para ser atendida en los nosocomios estatales, el 99% de muertes de mujeres embarazadas se presentan en los estados subdesarrollados, más del 50% al África subsahariana y aproximadamente un tercio al Asia Meridional. Así también, más del 50% de estas muertes maternas suceden en ambientes frágiles y de crisis humanitaria; además, la mayor probabilidad de muertes materna se encuentra en las adolescentes menores de 15 años. En gran parte de los países en desarrollo, las dificultades del embarazo y parto constituyen una de las causas de muerte fundamentales en las adolescentes.

La OMS (2019) precisa que, un gran número significativo de féminas pierden la vida por complicaciones generadas en el periodo del embarazo, el parto o posteriormente. Estas dificultades surgen en el periodo de gestación y gran parte de ellas son prevenibles y atendidas; existen la posibilidad que estas complicaciones se presenten antes del embarazo; sin embargo, existen otras situaciones que se presentan o están presentes ya con anterioridad al embarazo; sin embargo, se empeoran con la gestación, más aún, si no se detectan y tratan en el proceso de atención prenatal a la fémina en gestación. Para Say et al. (2014) entre las complicaciones comunes causantes del 75% de estas muertes son las hemorragias graves (en su mayoría tras el

parto); las infecciones (generalmente tras el parto) son: la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), los abortos peligrosos y las complicaciones en el parto.

Wayka (2022) medio comunitario de información virtual señaló que, en el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud (MINSa) registró en el 2020, la cantidad de 430 muertes maternas en todo el país, representando un incremento del 42,4% con relación al 2019, constituyendo el registro más elevado desde el año 2012; de este total de fallecidas, el 7,2% eran jóvenes entre los 12 y 17 años. Asimismo, la pandemia y las acciones asumidas por el estado para limitar la expansión, generaron un significativo riesgo a la salud de las embarazadas, al suspenderse la atención primaria en los nosocomios estatales en el periodo de confinamiento; en consecuencia, las gestantes, aunque quisieran no tuvieron la posibilidad de practicarse los controles prenatales primordiales para identificar complicaciones y evitar la muerte. La relevante cifra de fallecidas maternas se localizó en Lima Metropolitana con 68 muertes, Loreto con 38, Ucayali registró 27, Lambayeque con 26, La Libertad registró 24, Junín con 22 y Cusco registró 22. Las regiones citadas registraron un aumento significativo de fallecidas con relación al 2019. En Lima, por ejemplo, se incrementó en 15 casos. Igual en Loreto; y, en Cusco se elevó en 13.

El Colegio de Obstetras del Perú, opinó que, la cantidad de fallecidas maternas observados durante la pandemia demuestran la exclusión social, el restringido uso de los servicios de salud y el mínimo acatamiento de los derechos humanos; al no tomar en cuenta el gobierno de turno, los riesgos de vida que produjo a las mujeres maternas, la suspensión de los servicios de salud (Ministerio de Salud [MINSa], 2022).

Por su parte, el Ministerio de Salud informó que el comité nacional de prevención de muertes de madres, fetos y neonatos, registró en el primer semestre del año 2022, un 51% en la reducción de muertes maternas a nivel nacional, comparado con el mismo periodo de tiempo del 2021; hasta la última semana de junio del 2022, se registró 136 muertes maternas en el

Perú, concentrándose en Lima Metropolitana, Piura, La Libertad, Loreto y Cajamarca más del 50 % de los fallecimientos; considerándose a las hemorragias y los trastornos hipertensivos como las causas comunes; asimismo, el 13 % de estas muertes se produjo en féminas menores a los 19 años (MINSA, 2011).

En este contexto problemático, es relevante precisar la importancia de la vigilancia epidemiológica de la muerte materna que, implica la difusión oportuna y la sensibilidad hacia las gestantes, lo que permitiría direccionar las políticas de prevención y control donde son más necesarias. La muerte materna constituye una tragedia social por las situaciones que devienen en el interior del seno familiar como en la sociedad donde reside y ocurre el evento; teniendo en cuenta que el Perú es un país pluricultural, en esta realidad problemática, no es posible pensar en una sola solución; Es decir, las políticas y estrategias deben considerar el grupo humano a cuál va dirigido; un principio que debe asumir el Ministerio de Salud para contribuir al desarrollo del país. La responsabilidad para disminuir la mortalidad materna, no es solo competencia del sector salud, sino todos los actores involucrados en el desarrollo social.

El centro de salud Max Arias Schreiber está ubicado en el Jirón Antonio Raymondi N°220 primer piso, es frontera por el Norte desde la avenida Grau llegando al Sur con la avenida Javier Prado, por el Oeste con la avenida Paseo de la República, asimismo, por el Este con la avenida Abtao; es relevante señalar que este centro de salud se encuentra cercano a las zonas de pobladores de clase C, D y E, los cuales ocupan recintos precarios denominados quintas y callejones. Por otro lado, El servicio de atención en los nosocomios se brindan todos los días de lunes a viernes en el espacio de tiempo de 8 de la mañana a 8 de la tarde; los sábados de 8am a 2 pm. Según el Minsa en su portal Web señala que este nosocomio cuenta con una tecnología, médicos, infraestructura y atención de la mejor calidad (MINSA, 2024). Asimismo, por Resolución Ministerial N°546 del Ministerio de Salud, por su nivel de complejidad ha sido clasificada en el nivel I3 (Centro de Salud). Comprende a esta clasificación los:

Para Valdés (2015) el centro o servicio de salud de primer nivel de atención con abordaje resolutivo, en régimen ambulatorio, debe contar necesariamente con la Unidad Productora de Servicios en salud (UPSS) Consulta Externa y la UPSS Patología Clínica; de esta forma podrá asumir las necesidades de salud de la población en el contexto individual, familiar o comunal; a través de actividades intramurales, extramurales y acciones de promoción de la salud,; tales como la prevención de riesgos, control de daños a la salud y la atención y su rehabilitación oportuna en problemas de salud.

Asimismo, el centro de salud actualmente cuenta con dos profesionales en la especialidad de ginecología y dos Obstetras; quienes, de la entrevista preliminar se mostraron voluntariamente activas a colaborar con el presente estudio. Por otro lado, se identificaron limitaciones específicas en cuanto la obtención de la información significativa que existe en el servicio sanitario Max Arias Schreiber, hecho que ha sido superado con los requerimientos correspondientes de la Facultad de Medicina de la Universidad Federico Villarreal. En cuanto, a la focalización de las gestantes que acuden al centro de salud de manera tardía, existe una limitación respecto a la identificación de las mismas y poder aplicarles el cuestionario correspondiente; sin embargo, esta limitación ha sido superado con el apoyo de los médicos y obstetras en servicio cuando se practicó el trabajo de campo.

El presente estudio involucra específicamente a la mujer gestante que acudió tardíamente al control prenatal y se intenta conocer los factores de riesgo que influyeron en este suceso, no se está considerando a la gestante que ha cumplido con el control prenatal desde el inicio pero que, por otras causas dejó de asistir; en consecuencia, es necesario la construcción de un cuestionario; y, los resultados contrastarán con las estadísticas existentes en el centro de Salud Max Arias Schreiber y otras investigaciones señaladas los antecedentes de estudio.

En este escenario se planteó como problema principal ¿Cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación en el centro de salud Max Arias

Schreiber, Lima-2024?; asimismo, se plantearon como problemas específicos i) ¿Cómo los factores personales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024?, ii) ¿Cómo los factores socioeconómicos influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024?; y, iii) ¿Cómo los factores institucionales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Valdés (2015) realizó el trabajo de investigación Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de embarazadas atendidas en los centros de salud de la Región Metropolitana de la Salud en el año 2015, para obtener el grado de Maestro en salud estatal, en la Universidad de Panamá; se planteó como objetivo general: Identificar los factores asociados al inicio tardío del control prenatal de embarazadas atendidas en los Centros de Salud de la Región Metropolitana de la Salud en el año 2015. Utilizó como metodología de estudio el diseño analítico retrospectivo de casos y controles, el universo estuvo compuesto por 5,279 embarazadas que ingresaron a los centros de salud de la región metropolitana de salud para sus controles prenatales, el año 2015. Como conclusiones relevantes se estableció que, la asociación estadística entre el inicio tardío de los controles prenatales y la edad menor de 20 años, son condicionantes de un factor de riesgo; además el no tener pareja, está asociado al inicio tardío del control prenatal; y, las embarazadas con un precario nivel educativo presentan más riesgo de iniciar tardíamente sus controles prenatales.

Acero et al. (2015) desarrollaron la investigación Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al centro de salud Carlos Elizalde-Cuenca 2015, para la obtención del título de licenciadas en Enfermería, en la

Universidad de Cuenca-Ecuador; se plantearon como objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud —Carlos Elizaldel en el periodo 2015. Como metodología se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el universo estuvo comprendido por 150 adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años, la muestra correspondió a sesenta jóvenes menores de 18 años; escogidas de forma aleatoria considerando el valor de la muestra; investigación cuantitativa, se utilizó como técnica a la encuesta; como conclusión relevante se determinó que, el 63% de gestantes adolescentes se presentaron al centro de salud para el control correspondiente, en el primer trimestre de embarazo; asimismo, el 33% lo hicieron en el segundo trimestre; y, el 14% al tercer trimestre. Estas cifras permiten precisar que se logró reducir a más del 50% los riesgos de salud o dificultades que podrán presentarse para la madre o para el niño.

Delgado y Fariño (2021) elaboraron la tesis para obtener la licenciatura en Enfermería, “Factores que intervienen en las pacientes embarazadas en abandonar los controles prenatales” en la Universidad de Guayaquil-Ecuador. Se plantearon como objetivo general: Describir los elementos que se presentan en las mujeres gestantes al abandonar el control prenatal, de la Maternidad Matilde Hidalgo De Procel. La metodología asumida se enmarcó en el enfoque fenomenológico, cualitativo, descriptivo; habiéndose aplicado entrevistas a las embarazadas que llegaron al nosocomio para su atención; a través de un conjunto de ítems con preguntas abiertas; entre los hallazgos se encontró que las causas de abandono son por problemas económicos, recursos para movilizarse al hospital, miedo al contagio por COVID-19, falta de tiempo y malestares físicos por síntomas del embarazo. Como conclusión relevante se estableció que, un número significativo de gestantes si mostró tener conocimiento respecto a las dificultades o problemas que se presentan en la mujer embarazada e hijo, por dejar de concurrir a los controles prenatales, precisando que esta situación puede conllevar a riesgos

prenatales como: La muerte materna-neonatal, deficiente peso del niño a la ocurrencia del nacimiento, preeclampsia, deformaciones, posibilidad de aparecer infecciones e hipertensión arterial; asimismo, existe otro grupo de gestantes que, de estos conocimientos y en consecuencia no cumplen con los cuidados prenatales.

Machado et al. (2017) elaboraron la tesis Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017, para obtener el título de enfermera, en la Universidad de Sincelejo-Sucre-Colombia; se plantearon como objetivo general: Establecer los elementos que se relacionan con la inasistencia al control prenatal por parte de las gestantes y las posteriores complicaciones en el binomio madre-hijo en embarazadas empadronadas al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo en IPS de Sincelejo. Como metodología de estudio emplearon el enfoque cuantitativo, nivel retrospectivo descriptivo, correlacional-transversal, desarrollado con información de embarazadas inscritas como beneficiarias que no asistieron al programa de promoción y prevención - control prenatal; la muestra estuvo constituida por 170 embarazadas que se les aplicó una encuesta con un grupo de preguntas vía telefónica. Como conclusión relevante se estableció que, el número de controles prenatales influye en los resultados obstétricos; por ello, es necesario la observación de más de 4 controles que establece la norma actual; así también, debe definirse el periodo del embarazo y las condiciones que se debe dar. Además, se determinó que, los factores personales es la razón principal de no concurrencia a los controles prenatales.

1.2.2. Nacionales

Meza (2017) realizó el trabajo de investigación Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino 2017, obteniendo el título de Licenciada en Obstetricia en la Universidad Particular San Martín de Porres. Se planteó como objetivo principal: establecer los elementos de riesgo de un control

prenatal inapropiado en féminas que concurrieron al Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino, 2017. Como metodología de estudio se asumió el diseño descriptivo, retrospectivo, transversal y de casos y controles, tipo cuantitativo. Respecto a la población está la conformó las madres que realizaron controles prenatales impropios y también adecuados, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; asimismo, la muestra estuvo representada por 30 madres en estado puerperal con control impropio y 60 con control normal (grupo control). Entre las conclusiones relevantes se estableció que, en los factores personales las féminas que no tuvieron la aceptación o colaboración de cónyuge o concubino y tuvieron problemas para la atención propias de sus demás menores hijos; fueron proclives a un mayor riesgo de tener control prenatal inadecuado; asimismo, en los factores sociales, la dificultad de obtener permiso en el trabajo, así como los ambientes inadecuados para la consulta del centro de salud, produjo que las féminas posean mayores posibilidades de riesgo de tener un control prenatal impropio.

López (2018) elaboró el trabajo de investigación Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016, obteniendo el grado de Bachiller, en la Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú; se planteó como objetivo general establecer la asociación entre las cifra numérica de controles prenatales y alumbramiento distócico, en la sala de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, de Enero–diciembre 2016. En cuanto a la metodología, el presente estudio correspondió a una investigación donde se puso de manifiesto la observación. El análisis y la retrospección de eventos y el control de los mismos. La población la conformó todas las mujeres embarazadas que fueron tratadas en el trabajo de parto, durante Enero–Diciembre del 2016; asimismo, la unidad de observación se limitó al registro de actas de nacimientos del servicio de Gineco Obstetricia que obra en el libro correspondiente del citado nosocomio y la muestra fue de 200 pacientes; donde se tomaron 100 gestantes no controladas con parto distócico (casos) y 100 gestantes no controladas con parto eutócico

(controles). Se realizó un muestreo por conveniencia. Como conclusión relevante estableció que hay asociación relevante entre el la cifra numérica de controles prenatales inadecuados y los alumbramientos distócicos, con un OR de 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no contiene la unidad, significando que la asociación es estadísticamente relevante.

Farje (2018) elaboró la tesis Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Julio 2018, recibiendo el título de Médico Cirujano, en la Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú. Se planteó como objetivo principal establecer los elementos que se asocian a los controles prenatales insuficientes, en mujeres embarazadas del Hospital Santa Rosa, de enero – julio 2018. Se desarrolló una metodología de estudio por medio de la observación, el análisis, la retrospectión, eventos y el control; asimismo, el análisis de data secundaria, desde el registro y observación de historias clínicas y carnet de control prenatal de mujer embarazada; se identificaron 242 casos y 242 controles; como conclusión relevante se estableció que, el ser haber tenido más de dos partos, tener la condición de soltera y residir lejos del distrito del servicio sanitario, son elementos de riesgo permanente en mujeres embarazadas, del Hospital Santa Rosa, de enero – julio 2018.

Mamani (2018) realizó la Factores asociados al control prenatal tardío en gestantes que acuden al hospital Antonio Lorena Cusco, 2016-2018, obteniendo el título de Médico Cirujano, en la Universidad Nacional De San Antonio Abad del Cuzco-Perú; se planteó como objetivo principal establecer los factores intervinientes al control prenatal tardío en mujeres embarazadas. Como metodología de investigación asumió el enfoque cuantitativo, de corte transversal, observacional y analítico; encuestó a 98 gestantes correspondiente a la muestra y que acudieron al Hospital Antonio Lorena durante el primer trimestre del año 2018. Como conclusión relevante estableció que, hay una correlación estadística relevante entre los factores obstétricos, socioculturales e institucionales y el control prenatal.

Avelino (2019) realizó la investigación Control prenatal inadecuado como factor de

riesgo para la morbimortalidad neonatal en un hospital de referencia de Lima octubre - diciembre 2018, obteniendo el título de Médico Cirujano; en la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú; se plateó como objetivo principal establecer la relación entre el control prenatal deficiente y la morbilidad-mortalidad neonatal. En cuanto a la metodología asumida, se consideró el enfoque cuantitativo-analítico-casos y controles, retrospectivo, transversal; por otro lado, la población estuvo comprendida por todos los neonatos a consecuencia de un alumbramiento eutócico, entre Octubre y Diciembre del 2018, en el Instituto Nacional Materno Perinatal igual a 2,223; la población estuvo constituida por el número total de casos igual a 495 entre fallecidos neonatos tempranos y neonatos que presentaron diferentes patologías; además, la muestra estuvo representada por 217 casos neonatos; la técnica utilizada para el recojo de información ha sido la encuesta. La conclusión relevante estableció que, hay una correlación relevante entre los controles prenatales deficientes (menores a seis controles prenatales o que no iniciaron sus controles prenatales anterior a las 14 semanas de embarazo), se identificó la presencia de alguna morbilidad neonatal (OR= 28.0); y, las muertes neonatales (OR= 4.3).

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

Determinar cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

1.3.2. *Objetivos específicos*

Identificar cómo los factores personales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Conocer cómo los factores socioeconómicos influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Evaluar cómo los factores institucionales influyen en el control prenatal tardío, durante

la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

1.4. Justificación

El control del embarazo prenatal es significativamente importante; toda vez que, implica la vida de dos personas, de la gestante y del ser por nacer; sin embargo, este proceso se encuentra influido por diferentes factores que reducen, limitan e incluso eliminan toda posibilidad que la mujer embarazada logre realizar su control prenatal en un centro sanitario, incluyendo aquellas que inician formalmente el control, pero no lo culminan; es decir, estamos en la situación de una gestante con control insuficiente. La presente investigación ha asumido específicamente, el estudio de la influencia de los factores de riesgo en el control prenatal tardío; en este contexto, se justifica desde el punto de vista teórico, toda vez que, proporciona nuevos elementos teóricos respecto a esta influencia en un nuevo escenario luego de la pandemia del COVID 19 que se padeció en el país durante el año 2019 y 2020; ello trae consigo, el incremento del acervo teórico que posteriormente es posible incorporarlo a una teoría científica; desde el punto de vista metodológico, el estudio ha permitido elaborar un cuestionario de opinión aplicado a las gestantes respecto a los factores de riesgo personales, socioeconómicos e institucionales que padecieron cuando tuvieron conocimiento de su embarazo y las posibilidades de acudir a un centro de salud; el mismo que, ha sido sometido a los procesos de confiabilidad y validez; de esta manera, este instrumento de recolección de datos puede ser utilizado en otras investigaciones con similares características de población y muestra; desde el punto de vista práctico, los resultados y conclusiones del estudio permitirán que el centro de salud Max Arias Schreiber de Lima a través del director, pueda ejecutar las recomendaciones propuestas desarrollando programas o acciones que permitan disminuir y eliminar el control prenatal tardío; desde el punto de las gestantes del sector se verán beneficiadas con las acciones que han de desarrollarse en su distrito por parte del centro de

salud Max Arias Schreiber de Lima, favoreciendo de alguna manera el incremento de la concurrencia al control prenatal y eliminar toda posibilidad de riesgo de la vida para la gestante y el ser por nacer.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Ho: Los factores de riesgo no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha: Los factores de riesgo influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

Ho1: Los factores personales de las gestantes no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha1: Los factores personales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ho2: Los factores socioeconómicos de las gestantes no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha2: Los factores socioeconómicos de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ho3: Los factores institucionales de las gestantes no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha3: Los factores institucionales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal

tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

II. Marco teórico

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1 *Factores de riesgo en el control prenatal tardío*

La psiquiatra Ana María Zamalloa indicó que entre los eventos que incrementan el riesgo del estrés en el proceso del embarazo se encuentran la agresión familiar, ingesta de alcohol de la gestante y la pareja, las dificultades económicas, deficiente apoyo de los familiares, amigos, asumir la condición de madre soltera, ser menor de edad; y, asumir una gestación no deseada. Teniendo en cuenta estos eventos condicionantes, se presenta la probabilidad de un riesgo latente en la gestante que ponga de manifiesto hechos depresivos al posparto, teniendo como efecto, un inadecuado desarrollo y convivencia entre la vida de la madre y el recién nacido, provocando un deficiente cuidado y exponiendo al bebé a contraer enfermedades, por no recibir o no haber sido vacunado a tiempo, etc. (MINSA, 2021).

Una definición clara de los factores de riesgo asociados al control pre natal tardío nos la dan Quijaite et al. (2019) precisando que, estas corresponden a las diferentes causas inherentes a las gestantes, como la intervención de sus familias, aspectos sociales y culturales, así como, aspectos que guardan relación con el centro de salud donde son atendidas

Pender et. al. (2015) proponen y describen el modelo de Promoción en Salud (MPS) que tiene sus bases teóricas en la Teoría de la Expectativa de Valor (TEV) y la Teoría Cognoscitiva Social (TCS), en el contexto de la especialidad de enfermería. El MPS expone la génesis multidimensional de los sujetos que interaccionan con su medio interpersonal y corporal en la búsqueda de salud; además, precisan y aclaran la distinción entre promoción y protección en salud; donde la principal convergencia se ubica en la motivación que asume la persona para ejecutar un determinado comportamiento. Los autores asumen la promoción en salud, aquel comportamiento que conlleva una motivación reflejada en la pretensión de

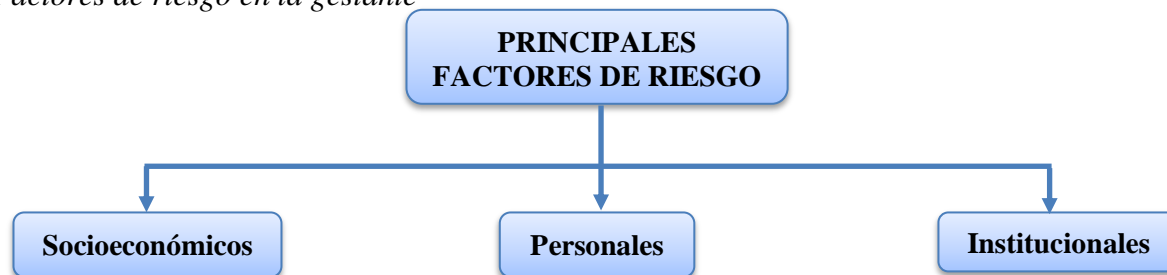
incrementar el bienestar y optimizar la fuerza interna de salud de la persona; asimismo, la protección en salud implica los comportamientos que conllevan una motivación expuesta en la voluntad de soslayar de manera activa la enfermedad, intentando descubrirla oportunamente o conservar la funcionalidad al interior del escenario de la enfermedad.

Además los autores citados señalan 3 significativas divergencias teóricas entre promoción y protección en salud; la primera precisa que, la promoción no guarda ninguna relación con la enfermedad o daño particular; asimismo, la protección sí; en segundo lugar, la promoción se encuadra en aproximarse a una situación positiva de salud; asimismo, la protección en salud conlleva a escaparse de la enfermedad; en tercer lugar, la promoción en salud busca difundir el potencial de salud; asimismo, la protección se refiere a la prevención de una posible aparición de alguna dolencia. Los citados autores precisan que los comportamientos de promoción y de protección en salud constituyen procesos complementarios; sin embargo, las dos situaciones son examinadores para la calidad de vida en las fases del progreso de la persona (Quijaite et al., 2019).

En el MPS la persona asume un compromiso crítico para establecer su singular estado de salud; toda vez que, diferentes decisiones individuales se realizan en el día afectando el estado de salud; específicamente si una gestante quiere ser partícipe del CPN en forma precoz, constituye un criterio de promoción de salud en el sentido que, al no existir una enfermedad, la gestante ejecuta actividades de promoción de su bienestar y el de su hijo. Chinn y Kramer (1995) sugieren que un estudio de investigación no debe exponerse a prueba los conceptos de una teoría; por el contrario, es relevante y óptimo identificar los conceptos que se relacionan y que expliquen de forma efectiva el fenómeno en estudio. El MPS propone los conceptos y sus interrelaciones de la experiencia con las particularidades personales, cogniciones y afecto particulares del comportamiento y comportamiento efecto. Para el primer par de conceptos el MPS asume que cada persona ya cuenta con experiencias pasadas y particularidades

individuales únicas que afectarán en los comportamientos personales siguientes.

Estas experiencias y particularidades podrían intervenir como promotoras o barreras para ejecutar el comportamiento deseado. La consecuencia observable directa se pondría de manifiesto en la elaboración de hábitos, que inducen a la persona a ejecutar un comportamiento automático, sin darle mayor importancia a los efectos de su realización; pero también, esta experiencia previa podría causar efectos de manera indirecta en el comportamiento promotor de salud, por medio de beneficios y barreras observables; si los beneficios se experimentan al iniciar la ejecución del comportamiento, entonces sería posible que ésta persista; por el contrario, si se presentan en el inicio de la ejecución del comportamiento, entonces estas experiencias limitantes se acopian en la memoria como obstáculos; sin embargo, cuando éstos obstáculos son superados, la persona puede asumir el compromiso de ejecutar con éxito el comportamiento. Por ello, la experiencia previa como un modelador de los saberes y consecuencias específicas del comportamiento, puede incrementar o reducir la posibilidad de verse comprometido en un comportamiento específico de promoción en salud (Chinn y Kramer, 1995). En este contexto, para nuestro estudio la experiencia relacionada se presenta como una experiencia previa positiva o negativa. Pécora et al. (2008) y Sunil et al. (2010) señalaron que, conforme a sus estudios realizados, coincidieron en identificar los relevantes e importantes elementos o componentes o factores de riesgo, asociados o tienen relación con el inicio tardío de la atención prenatal, son:

Figura 1*Factores de riesgo en la gestante*

Nota: Elaboración propia con información del Pécora et al. (2008).

Wolde et al. (2019) agregan que, constituyen factores de riesgo, la falta de conocimiento respecto a la importancia del CPN para la madre y el feto (factor personal), los costos en el transporte al centro de salud (factor económico), las actividades propias de la casa o del trabajo y la falta de planificación del embarazo. Asimismo, Weldemariam et al. (2018) precisan que, el factor económico como la remuneración mensual mínima o sueldo básico, las prioridades quehaceres del hogar, la falta de tiempo disponible (factor personal), la lejanía del centro sanitario y la excesiva demora en la atención de los galenos o personal de salud (factor institucional), son elementos importantes y relevantes que influyen con mayor probabilidad en la mujer embarazada para que esta concorra de forma tardía al control prenatal

Factores Socioeconómicos

Córdoba et al. (2021) definieron los factores socioeconómicos como situaciones determinantes internas que condicionan en el medio de vida de la gestante; y que, tienen la particularidad de motivar o no motivar en la decisión de concurrir a un centro hospitalario para dar inicio al control prenatal; estos elementos serían: la edad, estado civil, grado de estudios, quehacer diario, lugar de procedencia, situación laboral y soporte e ingresos económicos.

Para Lee et. al. (1988), Alexander y Kotelchuk (1996) un control prenatal es considerado óptimo entre 10 a 12 consultas; sin embargo, es aceptable entre 5 a 7 visitas prenatales como mínimo, de esta manera no se hablaría de un control pre natal tardío; Silva et

al. (1993), Bedics (1994) y Duarte et al. (1993) señalaron que es increíble que, pese a ser pocas las consultas necesarias y aparentemente no existir algún impedimento para su concurrencia, en diferentes países, es significativo el control prenatal tardío; debiendo ser considerado un problema de salud pública. En ese escenario Bedics (1994) y Duarte et al. (1993) precisan que, se han elaborado diferentes trabajos para excluir los determinantes de esa incompatibilidad; proponiéndose, la deficiente situación socioeconómica, origen y naturaleza, el desconocimiento respecto a la relevancia del control prenatal, etc.

Faneite et al. (2009) señalaron que, estos contextos socioeconómicos son relevantes y significativos para determinar las posibilidades de error en la atención hospitalaria; en el contexto social, la mitad de sus pacientes entrevistados señalaron que, vivir alejado de un centro de salud constituye una seria condición de desventaja para acudir al control prenatal; la cuarta parte de la muestra precisó que tuvieron que cambiar de lugar de residencia. Respecto al factor económico, un tercio de los pacientes expresó no contar con trabajo; y, la quinta parte de ellos expresó el elevado precio de los exámenes clínicos y medicinas. Otro factor relevante han sido las deficiencias o desconocimiento de la educación en salud; ello se puso de manifiesto en las respuestas de casi la mitad de los entrevistados quienes señalaron que, no tienen conocimiento sobre la necesidad e importancia de la atención prenatal; y, más del tercio de gestantes precisó que no mostraban ninguna motivación para concurrir a esta modalidad de atención médica. Si reseñamos lo encontrado en el trabajo antecesor, se nos revela que las repuestas fueron casi idénticas, con escasas variaciones porcentuales.

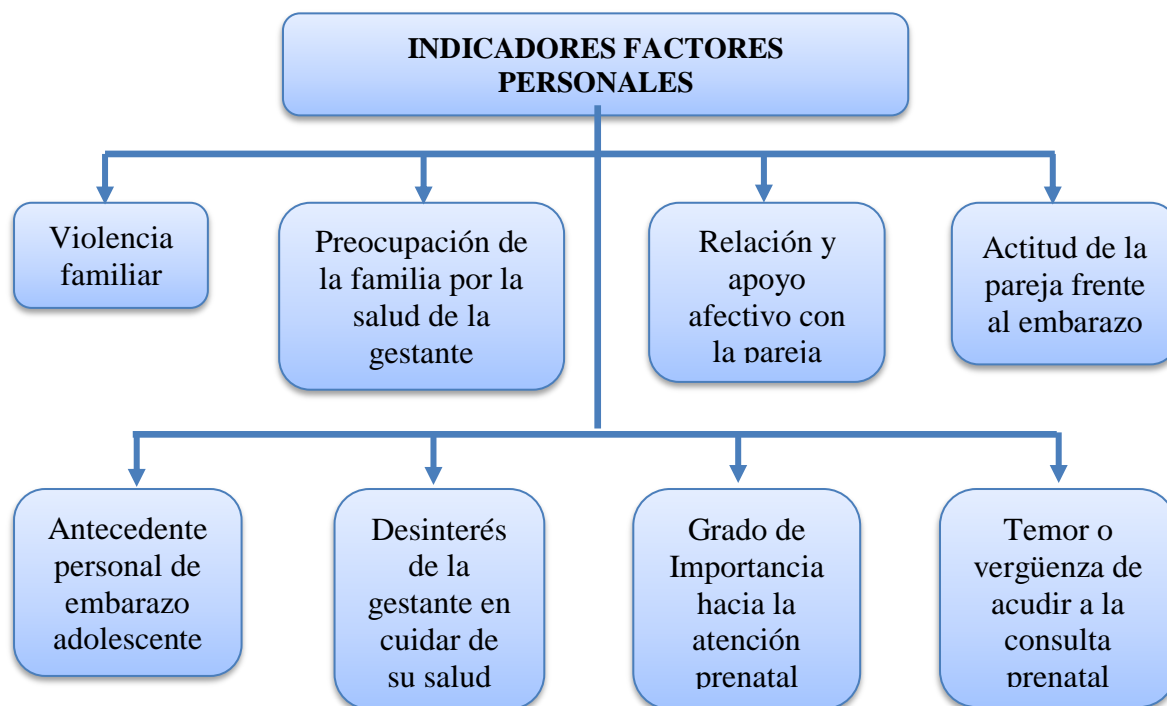
Factores Personales

Murdaugh et al. (2018) define los factores personales a los comportamientos, dogmas o actitudes de las embarazadas asumidas por la influencia de amigos, familiares, las cuales afectan el comportamiento de las embarazadas; poniéndose de manifiesto, mediante las coerciones sociales o indicaciones para ejecutar una determinada acción. Se asumen como

indicadores para el presente estudio teniendo en cuenta el Modelo de Promoción en Salud, lo expuesto por Pender et al. (2015):

Figura 2

Indicadores de los factores de riesgo personales



Nota: Elaboración propia. Modelo de Promoción en Salud de Pender et. al. (2015)

Factores Institucionales

Faneite et al. (2009) en sus estudios en 1,500 gestantes que se atendieron en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara de Venezuela, durante el período 2001; identificaron como factores institucionales observables los siguientes: Centro de salud lejano, horario de atención inadecuado, pocos profesionales e inasistencia de los mismos, huelga de salud, atención clínica deficiente, inadecuada imagen hacia la consulta, no proporcionan medicamentos; asimismo, evaluaron la calidad de la consulta, el tratamiento al paciente y el ausentismo laboral; los resultados fueron contundentes el 39,2% señalaron el ambiente inapropiado de la consulta y el 19,3 la ubicación lejana de mismo; el 9,0% opinaron conjuntamente ambos indicadores; el 7,2% no proporcionan medicinas, el 13,3% es muy corto el tiempo de atención, el 8,1%

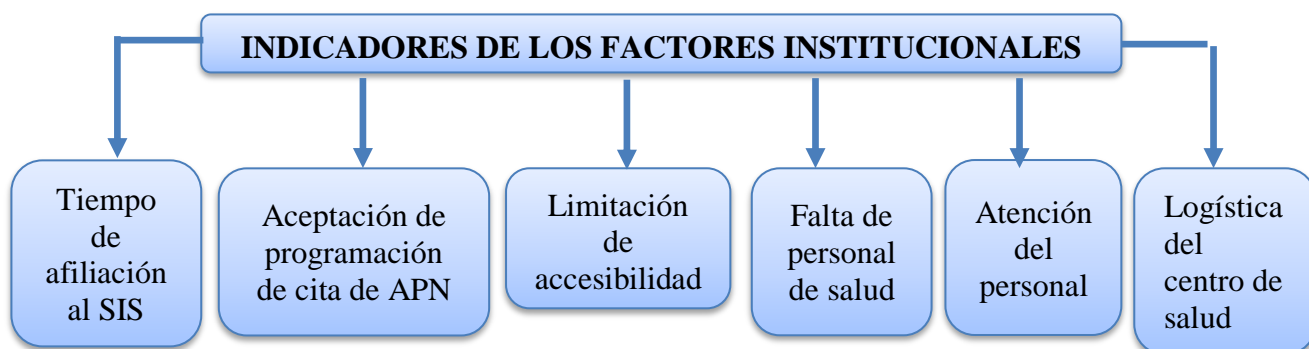
horarios inadecuados de atención, el 10,3% señalaron la falta de equipos, y otras consideraciones el 0,6%; por otro lado, el 29,8% precisaron una atención de baja calidad, el 23,2% pocas horas de atención, opinaron conjuntamente ambos indicadores el 9,0%; por huelga médica, el 8,3% maltrato médico; y, el 10,0% sin observaciones.

Pécora et al. (2008), Sunil et al. (2010) y Córdoba et al. (2012) en sus estudios han asumido lo señalado por Nola Pender respecto a los factores institucionales, que se encontrarían integradas por situaciones intrínsecas del sistema o centro de salud que, afectan y son determinantes ante la decisión de una gestante para que acuda al inicio de la atención prenatal.

Uno de los factores sería la prohibición de la familia gestante a ingresar a los servicios de salud; en este escenario, se debe considerar al profesional de la salud como objeto de estudio y que, por la distancia demográfica y psicológica que concurren para atender a la población que demanda atención también son sujetos de estrés y cambios de conducta laboral. En este escenario, Navarro (2015) expresa que, si una embarazada percibe o ve que el centro de salud y los funcionarios de la salud no ofrecen un servicio óptimo, satisfactorio, que transmita cordialidad, compromiso, consideración y voluntad para asegurar a la futura madre un proceso de maternidad segura; entonces no es de esperar que las gestantes concurren oportunamente para el control pre natal normal; para su investigación, la autora asumió los siguientes indicadores:

Figura 3

Indicadores institucionales según Navarro



Nota: Elaboración propia con información de Navarro (2015). Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015.

Jessup et al. (2003) identificaron que, la mayoría de las mujeres embarazadas de California – Estados Unidos, pensó en acudir al Control Pre Natal; sin embargo, apareció el temor de acciones de amenazas, represalia, llamadas de atención por los profesionales de las instituciones de salud y proveedores de salud, provocando una decisión de no asistir oportunamente al control pre natal.

Chavarría (2006) identificó la poca o nula prioridad para la atención de las gestantes que determina en la paciente dejar de concurrir al CPN; esta atención tiene varias fases como inicialmente la atención por turnos y horarios, en este inicio no se toma en cuenta la disponibilidad de las embarazadas que se relacionan con situaciones económicas o sociales; y cuando llegan al departamento de citas, le informan que ya no hay cupos para los días disponibles o ya están fuera de hora de atención o si llegaron a tiempo, les informan que llegaron a tiempo pero por problemas administrativos, es imposible la consulta y no puede ser atendida.

Asimismo, Pécora et al. (2008) en sus estudios realizados, con el propósito de conocer los elementos de riesgo que se asocian o correlacionan con el inicio de la atención prenatal, concretamente los que intervienen de forma directa en las mujeres embarazadas, para que

resuelvan no acudir al centro sanitario o empezar de manera tardía el control prenatal son: familiares, personales, institucionales y otros, incidiendo en que por estos factores las gestantes deciden no ser atendidas oportunamente.

Castro y Sandesara (2009) señalaron que, en un significativo número de gestantes integrantes de grupos sociales comunales de pocos recursos del Perú consideran que, la atención prenatal implica un gasto económico e inmediato, acción que se incrementa, si el distanciamiento de la vivienda de la gestante al centro de salud es considerablemente lejano; y que, es innecesario y constituye una pérdida de tiempo la atención prenatal; entonces, el pensamiento de la gestante y de la posible compañía al centro de salud asumen que, es innecesario interrumpir las actividades cotidianas, que podrían ser de trabajo, de hogar, atención de familiares enfermos, ancianos o discapacitados; e incluso les es imposible conseguir dinero para el transporte. Asimismo, se ha observado en la praxis clínica, que un número significativo de embarazadas se han quejado respecto a las esperas prolongadas, generando que la paciente se reitre del centro de salud sin ser atendidas.

Ineludiblemente existen otros indicadores que afectan la decisión de acudir al control prenatal de forma tardía; Biddlecom et al. (2007) y Espejo et al. (2008) identificaron limitaciones y viabilizadores para acudir al primer control prenatal y asegurar la concurrencia; entre ellos se encuentran el temor y la vergüenza a buscar atención médica, los precios de los servicios de salud, desconocimiento en qué lugar acudir, nulos ambientes de privacidad, maltrato; y, las limitaciones de carácter administrativo. En cuanto a la segunda, entre las que viabilizan la concurrencia al control prenatal se tiene la confidencialidad, la consideración y voluntad de trabajo, acceso territorial, periodos de espera y citas coordinadas con la gestante coordinando la disponibilidad de horas.

Es consecuencia, es relevante señalar que se deben continuar realizando investigaciones para establecer factores de riesgo, específicamente aquellos que se relacionan directamente y

de forma negativa con el proceso prenatal y una maternidad segura, escenario elemental en el cuidado de la salud reproductiva.

Control Prenatal

El control prenatal según las Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno perinatal (2010) se define como el control y apreciación exhaustivo de la mujer embarazada y el feto, con actividades planificadas, ordenadas y por periodos establecidos, con la finalidad de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento oportuno a situaciones clínicas que condicionen morbimortalidad en la madre o perinatal.

Schwarcz et al. (2005) definieron el control prenatal como un conjunto de actividades clínicas y asistenciales que implican entrevistas o visitas proyectadas por el personal de salud, con la finalidad de efectuar el control del avance del embarazo y programar un apropiado desarrollo del parto y la formación del neonato; de esta forma, reducir los riesgos de este proceso fisiológico.

Atención prenatal reenfocada

Acciones sanitarias orientadas a prevenir, evaluar, vigilar diagnosticar y manejar de manera oportuna los eventos que afecten el embarazo desde su inicio hasta el alumbramiento; ello conlleva a la intervención integral de la mujer embarazada y el que está por nacer; asumiendo la importancia de iniciar estas acciones de forma ideal con anterioridad a las 14 semanas; se considera la orientación en salud materna, promoviéndose el autocuidado y la intervención directa de la familia; con un enfoque de género e interculturalidad de respeto a los derechos de las personas; respecto a la continuidad de los chequeos prenatales, tiene que considerarse 13 controles como un control óptimo al mes hasta las 32 semanas, por quincena entre las 33 y 36 semanas, por semana desde las 36 semanas; y, un esquema normal de 6 chequeos; la primera antes de las 14 semanas, la segunda entre las 14 a 21 semanas, la tercera

entre las 22 a 24 semanas, la cuarta entre las 25 a 32 semanas, la quinta entre las 33 a 36 semanas y la última atención a partir de las 37 semanas (MINSAs, 2014).

Consulta en la atención prenatal reenfozada. Conforme a la Norma Técnica de Salud N°105-MINSAs/DGSP.V.01, la consulta prenatal óptima se inicia con dar la información total, real, clara y oportuna respecto a la relevancia del CPN a la gestante; asimismo, precisar sobre las probabilidades de que nazca un niño con anomalías hereditarias, específicamente cuando se tienen casos familiares o factores de riesgo (MINSAs, 2014).

Las intervenciones o acciones clínicas que se deben realizar de manera general, son las siguientes:

➤ Examen vaginal

i) Especuloscopia, ii) Toma y recepción de muestra Papanicolaou, iii) Evaluación o valoración de pelvis

➤ Análisis de laboratorio sangre y orina completo.

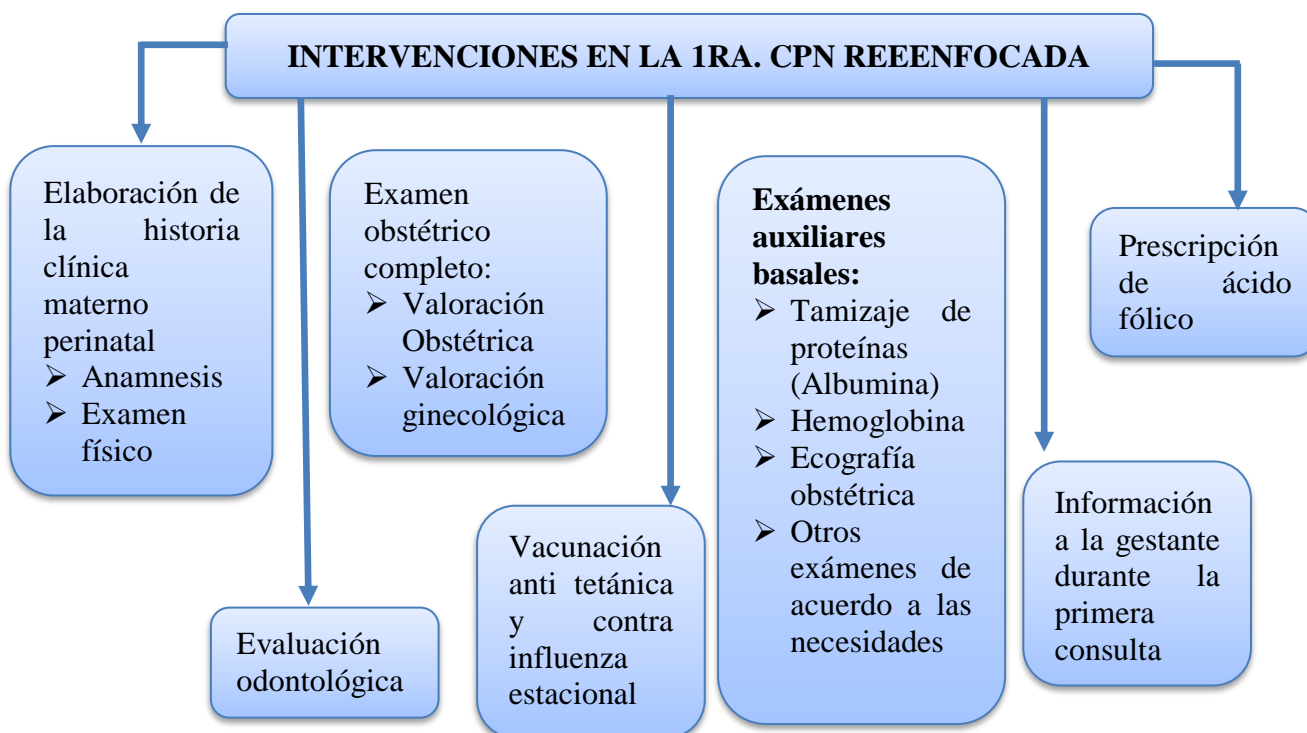
➤ Informar a la persona acompañante la importancia de las atenciones necesarias durante el embarazo.

➤ Identificación de sintomatologías e indicios de alarma.

El procedimiento de la primera atención prenatal constará de las siguientes intervenciones o actividades.

Figura 4

Acciones profesionales de la salud en la primera visita de la gestante



Nota: Elaboración propia con información del MINSA (2014). Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP.V.01

➤ **Elaboración de la historia clínica materno perinatal**

i) Anamnesis, ii) Examen corporal: Funciones vitales, medidas antropométricas, edema, cifras hipertensivas y reflejos osteotendinosos.

➤ **Examen obstétrico completo**

i) Valoración obstétrica: Altura del útero, número de fetos, pulsaciones cardíacas y movimientos fetales; registro incremento de altura uterina y gráfico en la tabla CLAP/OPS; ii) Valoración ginecológica: Examen de mamas, examen ginecológico, toma de muestras cérvico uterino (Papanicolaou).

➤ **Exámenes auxiliares basales**

i) Tamizaje de proteínas (Albumina), ii) Hemoglobina, iii) Ecografía obstétrica, iv) Otros exámenes de acuerdo a las necesidades

- **Prescripción de ácido fólico**
- **Evaluación dental**
- **Vacunación anti tetánica y contra influenza estacional**
- **Información a la gestante durante la primera consulta**

Asimismo, el procedimiento los chequeos prenatales siguientes son:

- Preguntar por indicios o sintomatologías de alarma relacionados al embarazo y valoración total o integral.
- Preguntar respecto al acatamiento de las disposiciones sanitarias, exámenes complementarios y de laboratorio.
- Evaluación del peso de la madre, funciones vitales, reflejos y aparición de edemas.
- Evaluación del incremento del tamaño fetal
- Examen de proteinuria
- Valoración de la edad gestacional (en las 20 semanas)

Prosiguiendo con el proceso de control prenatal de la gestante en las 28 semanas se deben de practicar las siguientes intervenciones o acciones:

- Evaluación del feto: Cual es su estado, posicionamiento, como se le observa y número de fetos.
- Evaluación de latidos cardiacos del feto.
- Preguntar respecto a la aparición de latidos del feto.
- Efectuar la prueba de Gant o Rollover Test (28 a 32 semanas)
- Requerir un nuevo examen de sangre: Hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, Elisa o para VIH y urocultivo (33 semanas)
- Prueba para la identificación de diabetes gestacional (entre las 25 y 33 semanas)

De igual forma, a partir de las 35 semanas se deben de realizar las siguientes intervenciones:

- Pelvimetría interna y valoración
- Establecer el encajamiento fetal
- Establecimiento de la presentación fetal
- Reevaluación de estado general de la gestante
- Actualización de exámenes auxiliares
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante
- Indicar a la embarazada el control de los movimientos fetales
- De vivir lejos sugerir la espera del parto en una casa cercana a un centro de salud.

2.1.2. Control Prenatal Tardío

Para el MINSA (2014), se entiende por inicio tardío de atención prenatal, a la primera atención prenatal realizada a la madre embarazada en la 14 semana o posterior a ella.

Se consideran los cuidados prenatales a una fémina embarazada inadecuados, si este se practica a partir del tercer trimestre, o si posiblemente se le haya practicado antes de esta 14 semana; sin embargo, solo ha tenido menos de 4 atenciones, cuando el embarazo es a término; o entre 1 y 3 atenciones si el alumbramiento ha sido prematuro. Las demás combinaciones de inicio o de atenciones superiores a cero, se consideran en una categoría intermedia. Así mismo, una tercera categoría es considerada si se produce en el inicio de la atención prenatal normal; y, asume el valor de 1 si las atenciones se dan en el primer trimestre, o 0 en caso no se de este evento (Balsa, 2011).

Sin embargo, para Khan y Gulmezoglu (1998) y McCaw et al. (1995) han puesto de manifiesto que siempre ha existido controversias para precisar el número aceptable de controles prenatales (CPN) y la periodicidad de ellas; cuestionamiento que continúa en nuestros días. El 2007 la OMS (2010) estableció que el mínimo de CPN para las gestaciones de bajo riesgo obstétrico serían cuatro. El MINSA (2004) asume a una embarazada con un control prenatal óptimo, si ha tenido por lo menos seis visitas en el orden y espacio de tiempo siguiente: Dos

visitas antes de cumplir las 22 semanas, la tercera visita entre las 22 y 24 semanas, la cuarta visita entre la 27 a 29 semanas, la quinta visita entre la 33 y 35 semana y la sexta visita entre la 37 y la última semana de gestación.

Al no existir una definición exacta o precisa sobre el control prenatal tardío, partiendo de las definiciones dadas para el control prenatal por el Instituto Nacional Materno perinatal (2010) y Schwarcz et al. (2005); esta puede definirse como el deficiente o nulo control y apreciación de la mujer embarazada y el feto; trayendo consigo la probabilidad de una inadecuada o nula prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en la gestante y el feto.

III. Método

3.1 Tipo de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Según Hernández y Mendoza (2018), la investigación puede tener dos propósitos primordiales: la que tiene por finalidad producir conocimiento y construir nuevas teorías, denominada investigación básica; y, la que tiene como propósito dar solución a los problemas, llamada investigación aplicada. En este caso, el estudio a realizar se considera de tipo básico, ya que tiene como objetivo aumentar el conocimiento teórico sobre las variables de estudio y el problema identificado.

3.1.2 Enfoque de la investigación

Hernández y Mendoza (2018) señalan que, el enfoque asumido se denomina cuantitativo porque implica un conjunto de fases o etapas determinadas de manera secuencial, con el propósito de demostrar eventos supuestos esbozados. Este enfoque no permite pasar de una fase o etapa a otra, es inexorable, se plantea un esquema para comprobar o desechar las hipótesis planteadas; usa estrategias estadísticas; y, las conclusiones a las que se arriban se respaldan en las hipótesis. En consecuencia, para la presente investigación se asume el enfoque cuantitativo; por cuanto, se han asumido dos variables de estudio y la influencia de una variable sobre la otra: la primera variable independiente viene a ser los factores de riesgo; asimismo, la segunda variable la conforma el control prenatal tardío durante la gestación; por otro lado, este tipo de enfoque implica la elaboración de un cuestionario para el recojo de información.

3.1.3. Método de investigación

La ruta cuantitativa utiliza el razonamiento deductivo, la misma que analiza inicialmente la teoría planteándose las hipótesis que serán sometidas a prueba. Es decir, se desarrolla un análisis de lo general a lo particular (Hernández y Mendoza, 2018).

3.1.4. Alcance de investigación

Hernández y Mendoza (2018) precisan que, los alcances en las que se ubican las investigaciones cuantitativas son: Exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. Asimismo, los autores asumen que el alcance explicativo determina las causas de los sucesos, establecen relaciones de causa-efecto entre las variables; Por ello, el presente estudio corresponde al alcance correlacional; toda vez que, se describirá la influencia de la variable independiente factores de riesgo durante la gestación sobre la variable dependiente: Control prenatal tardío.

3.1.5. Diseño de investigación

Asumir un diseño implica la asunción de un plan o estrategia que se emplea con la finalidad de conseguir data significativa que viabilice el estudio y proporcione respuestas a los objetivos planteados. El diseño cuantitativo se emplea con el propósito de valorar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas. Los diseños se clasifican en experimentales y no experimentales; además la característica fundamental de la segunda clasificación es que, las variables no son manipuladas; su aplicación implica la investigación de eventos que ya sucedieron de forma natural sin la participación directa del investigador; este diseño no experimental a la vez se clasifica en transversal y longitudinal; el transversal realiza el recojo de información mediante la observación o administración en un solo momento; asimismo, el segundo se realiza en 2 o más observaciones o administraciones; es decir en dos tiempos; por lo tanto, la investigación se identifica plenamente en la clasificación del diseño no experimental y transversal (Hernández y Mendoza, 2018).

3.2 Ámbito temporal y espacial

3.2.1 Delimitación temporal

En el ámbito temporal, la investigación comprende el periodo del 01 de enero al 30 de

junio del 2024.

3.2.2. Delimitación espacial

En el ámbito espacial, el estudio se desarrollará en el centro de salud Max Arias Schreiber categoría I-3, ubicado en el jirón Antonio Raimondi N°220, primer piso del distrito de La Victoria.

3.3. Variables

Como variables de estudio se tiene a la variable independiente: Factores de riesgo del embarazo y la variable dependiente: Control prenatal tardío.

Variable independiente: Factores de riesgo

Definición conceptual. Como se ha señalado, la definición clara de los factores de riesgo asociados al control pre natal tardío nos la dan Quijaite et al. (2019) precisando que, estas corresponden a las diferentes causas inherentes a las gestantes, como la intervención de sus familias, aspectos sociales y culturales, así como, aspectos que guardan relación con el centro de salud donde son atendidas.

Asimismo, Wolde et al. (2019) agregan que, constituyen factores de riesgo los factores personales, factores socioeconómicos), asimismo, Weldemariam et al. (2018) corrobora y complementa que además existen factores institucionales; los mismos que, hacen más probable que la gestante inicie tardíamente el CPN.

Definición operacional. Situación socioeconómica, personal e institucional que limita a la gestante a concurrir a un centro de salud para iniciar su control prenatal, realizándolo en la 14 semana de gestación o después; exponiendo a riesgo su salud, el desarrollo del proceso de embarazo y del feto.

Dimensiones.

- Factores socioeconómicos

- Factores personales
- Factores institucionales

Indicadores.

Factores socioeconómicos.

- Creencias y dogmas
- Ingreso económico mensual

Factores personales.

- Desconocimiento por parte de la gestante de la importancia de la APN
- Dependencia hacia su pareja varón
- Dependencia hacia la familia

Factores institucionales.

- Capacidad de atención del Centro de Salud
- Trato del personal de salud

Variable dependiente: Control Prenatal Tardío

Definición conceptual. Atención inicial prenatal realizada desde las 14 semanas o posterior a ella (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010). La presente definición reduce el control prenatal tardío, a solo una determinación de tiempo en semanas; por ello, como ya se ha redactado en el marco teórico, se asume la definición dada por el Instituto Nacional Materno perinatal y Schwarcz et al. (2005) en sentido negativo; en consecuencia, el control prenatal tardío queda definido como aquella que produce un deficiente o nulo control y apreciación de la mujer embarazada y el feto; trayendo consigo la probabilidad de una inadecuada o nulo diagnóstico y tratamiento oportuno en la gestante y el feto.

Definición operacional. Atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después, trayendo consigo la probabilidad de complicaciones en el proceso de embarazo para la madre o el feto.

Dimensiones.

- Probabilidad de alteraciones en la madre
- Probabilidad de alteraciones en el feto o niño

Indicadores.

Probabilidad de alteraciones en la madre.

- Embarazo con complicaciones para la madre
- Embarazo sin complicaciones para la madre

Probabilidad de alteraciones en el feto o niño.

- Embarazo con complicaciones para el feto
- Embarazo sin complicaciones para el feto

3.4 Población y muestra

3.4.1. Población

En cuanto a la población, están comprendidas todas las féminas embarazadas que han acudido al centro de salud Max Arias Schreiber del distrito de la Victoria, departamento y provincia de Lima-Perú, de manera tardía al control prenatal; y que, de acuerdo con el registro del centro; corresponde a 94 gestantes atendidas entre los 18 y 35 años.

3.4.2. Muestra

La muestra es probabilística; toda vez que, se aplica la formula estadística desarrollada en base a la teoría de probabilidades; en consecuencia; luego de los cálculos correspondientes, la muestra corresponde a 76 féminas gestantes con control de embarazo tardío, entre los 18 y 35 años.

Formula estadística en base a la teoría de probabilidades; utilizando el programa Versión 3 del programa OpenEpi, que efectúa el cálculo de código abierto SSpropor:

Población considerada (para el factor de corrección de la población finita o fcp) (N): 94

Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50% +/-5

Límites de confianza como % de 100 (absoluto +/-%) (d): 5%

Efecto de diseño (para encuestas en grupo-*EDFF*): 1

Tabla 1

Tamaño muestral (n) para diferentes grados de Confianza

INTERVALO DE CONFIANZA (%)	TAMAÑO DE LA MUESTRA
95%	76
80%	61
90%	70
97%	79
99%	83
99.9%	87
99.99%	89

Nota: Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

Resultado de OpenEpi, versión 3, calculadora de código abierto SSPropor

Considerando, el Intervalo de confianza al 95% el tamaño de la muestra que se asume para el presente estudio es de 76 gestantes.

3.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Entre los juicios de inclusión se considera a la muestra ser gestante de dieciocho a treinta y cinco años, que viven en el distrito La Victoria y que concurren al centro de salud Max Arias a partir de la décima cuarta semana de gestación o después para el control prenatal. Asimismo, el fundamental criterio incluyente es específicamente, los factores socioeconómicos, personales e institucionales.

Como criterios de exclusión no se ha tomado en cuenta a las gestantes con control prenatal reenfocado, además se excluyó cualquier factor de riesgo diferente a los señalados; además como factor excluyente se ha tomado en cuenta a las gestantes que realizaron un control prenatal normal y a gestantes que realizaron un control prenatal tardío entre los 12 y 17 años, así como 36 años a más de edad. Por otro lado, la gestante

cualquier zona de la jurisdicción solo se considera el haberse atendido en el citado centro de salud.

3.5 Técnicas e instrumentos

El análisis documental y la encuesta son las técnicas utilizadas en la presente investigación.

El análisis documental exige la exploración y lectura de fuentes de información primaria; obteniendo información específica y pertinente para el estudio realizado; asimismo, la técnica de la encuesta constituye una herramienta que viabiliza la obtención de data, administrando un cuestionario de preguntas cerradas específicas previamente elaboradas y se administró a una muestra representativa de la población (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Hernández y Mendoza (2018) precisan que, simplemente encuestas de opinión, son estimadas como un diseño, es una herramienta para el proceso de investigación no experimental transversal o transaccional descriptiva o correlacional-causal; toda vez que, asumen propósitos de unos u otros diseños o de ambos.

Para la obtención de información se ha elaborado un cuestionario con un total de 22 ítems; de los cuales 15 corresponde a la medición de la variable X: Factores de riesgo durante la gestación y 7 corresponde a las variable Y: Control prenatal tardío; asimismo, las preguntas responden a las dimensiones e indicadores establecidos; las mismas que han sido *validadas* por un grupo de tres expertos; asimismo, para la *confiabilidad* del instrumento, se ha realizado una prueba piloto con 20 féminas gestantes que acudieron al centro sanitario Max Arias Schreiber durante los días 15 al 20 de marzo del 2024 ; las respuestas obtenidas fueron valoradas y expuestas al análisis de confiabilidad denominado Alfa de Cronbach, utilizando el programa estadístico SPSS versión 22, obteniéndose el valor de = 0.899.

3.6 Procedimientos

Una vez validado el cuestionario y establecido su confiabilidad, se solicitó a la Facultad de Medicina de la Universidad Federico Villarreal, se expida el documento correspondiente para lograr la autorización del centro de salud Max Arias Schreiber y acceder a la información necesaria; así como lograr la administración del cuestionario al conjunto de mujeres embarazadas igual al valor de la muestra; el estudio en proyecto ha sido presentado al centro de salud y autoridad correspondiente de la Universidad, obteniéndose las autorizaciones y permisos correspondientes, los cuales fueron exhibidos al personal encargado del Servicio de Obstetricia, asimismo, se ha elaborado un documento de consentimiento informado para que cada una de las administradas inicialmente se informe respecto a la investigación que se realiza y autorice la administración del cuestionario, firmando el citado documento; además se elaboró una hoja informativa para los profesionales del centro de salud que colaboraron directamente con proporcionar la información que requirió personalmente.

Para la administración del cuestionario se ha tomado en cuenta la estrategia de motivación en las administradas incidiendo en la importancia y relevancia que sus respuestas sean verdaderas y evitar falsear los hechos; asimismo, la recolección de datos se realizó durante una semana en el nosocomio Max Arias Schreiber del distrito de la Victoria y en algunos casos se concurrió a los domicilios de aquellas mujeres que han sido identificadas y obtenido su domicilio del registro realizado en el hospital, hasta completar las 76 administradas correspondiente a la muestra de estudio. Además, se ha considerado y asumido las consideraciones éticas descritas en el presente estudio.

Seguidamente, se dio un valor a la escala Likert de respuestas: (1) Totalmente en Desacuerdo (TD), (2) Desacuerdo (D), (3) No Opina (NO), (4) De Acuerdo (A) y (5) Totalmente de Acuerdo (TA). Luego, se ingresaron estos valores al programa estadístico SPSS versión 22 y se elaboraron los cuadros estadísticos y gráficos de barras con apoyo de la

estadística descriptiva; de igual forma se procedió a realizar el contraste de hipótesis de cada una de las hipótesis específicas e hipótesis general, con el *Chi Cuadrado de Pearson*, aceptando la hipótesis alterna y negando la hipótesis nula, de acuerdo al resultado o valor obtenido ($\alpha > 0,05$).

Asimismo, se realizó el análisis de los resultados, contrastándolo con la realidad problemática y los conceptos teóricos de los autores citados, para finalmente obtener las conclusiones del estudio de investigación; de esta forma, se plantearon las recomendaciones del caso.

3.7 Análisis de datos

Toda investigación cuantitativa utiliza el método deductivo procedimiento con el cual realiza el análisis de datos, con el conocimiento básico de la estadística descriptiva y el SPSS versión 22, se elaboraron y describieron tablas de frecuencias; asimismo, se efectuaron los contrastes de hipótesis específicamente el Chi Cuadrado de Pearson, con el conocimiento básico de la estadística inferencial determinando la influencia de la primera variable sobre la segunda.

3.8 Consideraciones éticas

El estudio de investigación efectuado cumple con las disposiciones de la Universidad Nacional Federico Villarreal, así como se ha ceñido a las pautas imprescindibles señaladas en el manual APA (Academia Psicológica Americana) Séptima edición; asimismo, se ha cumplido con salvaguardar la confidencialidad de la información recabada y se requirió el permiso correspondiente al centro de salud para que autorice la administración del cuestionario y recojo de información sobre la atención de las gestantes con control prenatal tardío.

IV. Resultados

4.1. Resultados del cuestionario administrado por dimensiones

Para el procesamiento de los resultados logrados de la administración del cuestionario a 76 mujeres embarazadas registradas en el centro de salud Max Arias Schreiber del distrito de la Victoria, se utilizó la estadística descriptiva, obteniendo inicialmente 22 tablas de frecuencias que corresponden a los 22 ítem del cuestionario; sin embargo, con la finalidad de conocer el comportamiento de cada dimensión que corresponde a cada variable y el comportamiento de las variables propiamente dichas; se procedió a agrupar las respuestas de las preguntas que corresponden a cada dimensión y con el apoyo del programa Excel, se calculó el promedio de los valores nuevos mediante la media aritmética; lográndose elaborar 5 tablas de frecuencias; 3 tablas de las dimensiones factores personales, socioeconómicos e institucionales correspondiente a la variables Factores de Riesgo y 2 tablas que corresponden a las dimensiones Probabilidad de complicaciones para la madre y Probabilidad de complicaciones para el feto, de la segunda variable Control prenatal tardío; asimismo, se han construido dos tablas de frecuencias que corresponden a las dos variables asumiendo el mismo criterio de cálculo, se obtuvieron valores de promedios aritméticos de las dimensiones integrándolas conforme a las tablas que se presentan.

Variable X: Factores de riesgo durante el embarazo

Tabla 2

Resultado promedio para la dimensión Factores socioeconómicos

INDICADORES	ESCALA											
	TD		D		NO		A		TA		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Creencias y dogmas	19	25.0%	47	61.8%	4	5.3%	4	5.3%	2	2.6%	76	100%
	25	32.9%	45	59.2%	3	3.9%	1	1.3%	2	2.6%	76	100%
Sub total	44	28.9%	92	60.5%	7	4.6%	5	3.3%	4	2.6%	152	100%
Ingreso económico mensual	26	34.2%	39	51.3%	2	2.6%	7	9.2%	2	2.6%	76	100%
	34	44.7%	32	42.1%	2	2.6%	4	5.3%	4	5.3%	76	100%
Sub total	60	39.5%	71	46.7%	4	2.6%	11	7.2%	6	3.9%	152	100%
Factores socioeconómicos	104	34.2%	163	53.6%	11	3.6%	16	5.3%	10	3.3%	304	100%

La Tabla 2 muestra el sub total de los valores promedios obtenidos para el indicador Creencias y dogmas; teniendo como resultado que, 44 respuestas equivalente al 28,9%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 92 respuestas equivalente al 60,5% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 3,3% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO”, el 2,6% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; y, el 4,6% se abstuvo de opinar; por otro lado, respecto al indicador ingreso económico mensual; se tuvo como resultado que, 60 respuestas equivalente al 39,5% correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 71 respuestas equivalente al 46.7% respondieron a la escala en “DESACUERDO; asimismo, el 7,2% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 3,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 2,6% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 89.4% = (28.9% + 60.5%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que tengan la creencia y dogmas respecto a la importancia y necesidad del control pre natal; asimismo, el 86,2% = (39,5% + 46,7%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que el ingreso económico mensual no sea determinante en la concurrencia al control prenatal.

En consecuencia, para la dimensión factor socioeconómico se tuvo como resultado que, el 34,2%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, el 53,6% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 5,3% expresaron encontrarse “DE ACUERDO”, el 3,3% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; y, el 3,6% se abstuvieron de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 87,8% = (34,2% + 53,6%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el Factor socioeconómico no influya en la concurrencia al control pre natal; por lo tanto, el Factor socioeconómico si influye para la concurrencia al control prenatal.

Figura 5

Porcentajes para la dimensión Factores socioeconómicos

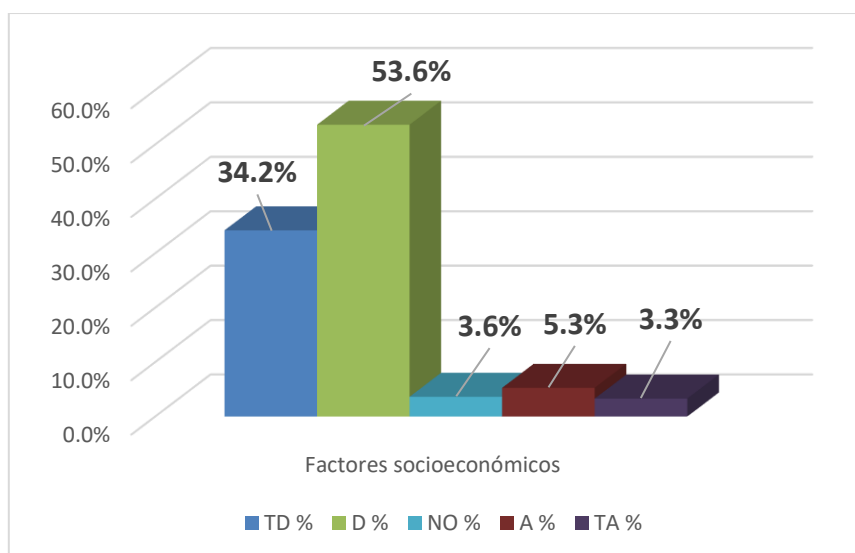


Tabla 3

Resultado promedio para la dimensión Factores personales

INDICADORES	ESCALA											
	TD		D		NO		A		TA		TOTAL	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Desconocimiento por parte de la gestante de la importancia del CPN	39	51.3%	23	30.3%	2	2.6%	6	7.9%	6	7.9%	76	100%
	28	36.8%	31	40.8%	2	2.6%	11	14.5%	4	5.3%	76	100%
	26	34.2%	33	43.4%	4	5.3%	10	13.2%	3	3.9%	76	100%
Sub total	93	40.8%	87	38.2%	8	3.5%	27	11.8%	13	5.7%	228	100%
Dependencia hacia su pareja varón	24	31.6%	37	48.7%	4	5.3%	9	11.8%	2	2.6%	76	100%
	27	35.5%	39	51.3%	1	1.3%	4	5.3%	5	6.6%	76	100%
Sub total	51	33.6%	76	50.0%	5	3.3%	13	8.6%	7	4.6%	152	100%
Dependencia hacia su familia	23	30.3%	45	59.2%	3	3.9%	3	3.9%	2	2.6%	76	100%
	26	34.2%	35	46.1%	5	6.6%	7	9.2%	3	3.9%	76	100%
Sub total	49	32.2%	80	52.6%	8	5.3%	10	6.6%	5	3.3%	152	100%
Factores personales	193	36.3%	243	45.7%	21	3.9%	50	9.4%	25	4.7%	532	100%

La Tabla 3 muestra el sub total de los valores promedios obtenidos para el indicador Desconocimiento por parte de la gestante de la importancia del CPN; teniendo como resultado que, 93 respuestas equivalente al 40,8%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 87 respuestas equivalente al 38,2% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 11,8% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 5,7% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 3,5% se abstuvo de opinar; por otro lado respecto al indicador Dependencia hacia su pareja varón; se tuvo como resultado que, 51 respuestas equivalente al 33,6% correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 76 respuestas equivalente al 50,0% respondieron a la escala en “DESACUERDO; asimismo, el 8,6% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 4,6% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 3,3% se abstuvo de opinar; asimismo, con relación al indicador Dependencia hacia su familia, el 49 respuestas equivalente al 32,2% correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 80 respuestas equivalente al 52,6% respondieron a la escala en “DESACUERDO; asimismo, el 6,6% expresaron encontrarse “DE ACUERDO” y el 3,3% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 5,3% se

abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 79.0% = (40.8% + 38.2%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el control pre natal sea importante; el 83,6% = (33,6% + 50,0%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, la pareja varón favorezca la concurrencia al CPN; y el 84,8% = (32,2% + 52,6%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, la familia favorezca la concurrencia al CPN

En consecuencia, para la dimensión factor personales se tuvo como resultado que, el 36,3%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, el 45,7% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 9,4% expresaron encontrarse “DE ACUERDO”, el 4,7% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; y, el 3,9% no opinó.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 82,0% = (36,3% + 45,7%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el Factor personal no influya en la concurrencia al control pre natal; por lo tanto, el Factor personal si influye para la concurrencia al control prenatal.

Figura 6

Porcentajes obtenidos para la dimensión Factores personales

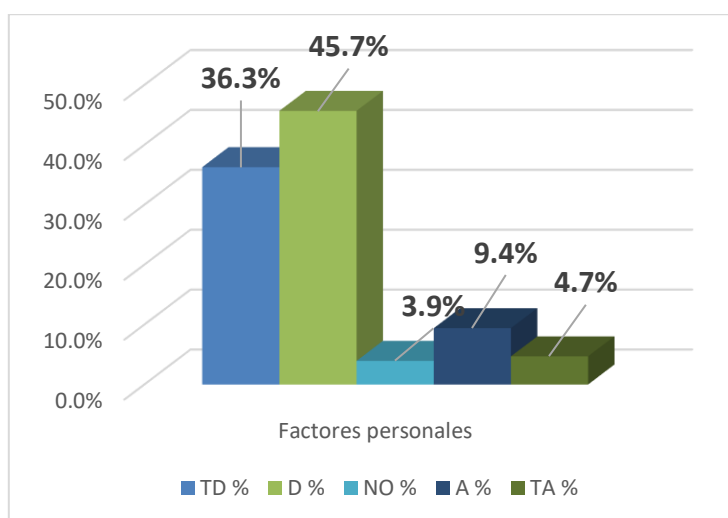


Tabla 4

Resultado promedio para la dimensión Factores institucionales

INDICADORES	ESCALA											
	TD		D		NO		A		TA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Capacidad de atención del Centro de Salud	28	36.8%	34	44.7%	3	3.9%	8	10.5%	3	3.9%	76	100%
Sub total	53	34.9%	70	46.1%	7	4.6%	13	8.6%	9	5.9%	152	100%
Trato del personal de salud	26	34.2%	33	43.4%	5	6.6%	8	10.5%	4	5.3%	76	100%
Sub total	50	32.9%	69	45.4%	10	6.6%	14	9.2%	9	5.9%	152	100%
Factores institucionales	103	33.9%	139	45.7%	17	5.6%	27	8.9%	18	5.9%	304	100%

La Tabla 4 muestra el sub total de los valores promedios obtenidos para el indicador Capacidad de atención del Centro de Salud; teniendo como resultado que, 53 respuestas equivalente al 34,9%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 70 respuestas equivalente al 46,1% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 8,6% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 5,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 4,6% se abstuvo de opinar; con relación al indicador Trato del personal de salud; se tuvo como resultado que, 50 respuestas equivalente al 32,9% correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 69 respuestas equivalente al 45,4% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 9,2% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 5,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 6,6% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 81.0% = (34.9% + 46.1%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, exista una buena capacidad de atención en el centro de Salud; y el 78,3% = (32,9% + 45,4%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el trato del personal de salud sea buena.

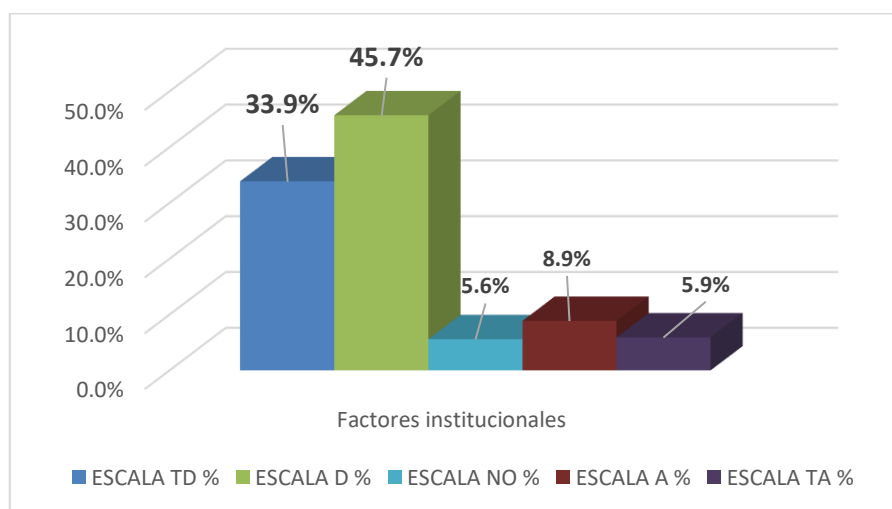
En consecuencia, para la dimensión factor institucional se tuvo como resultado que, el

33,9%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, el 45,7% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 8,9% expresaron encontrarse “DE ACUERDO”, el 5,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; y, el 5,6% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 89,6% = (33,9% + 45,7%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el Factor institucional no influya en la concurrencia al control pre natal; por lo tanto, el Factor institucional si influye para la concurrencia al control prenatal.

Figura 7

Porcentajes obtenidos para la dimensión Factores institucionales



Variable X: Factores de riesgo durante el embarazo

Tabla 5

Resultado Variable X: Factores de riesgo durante el embarazo

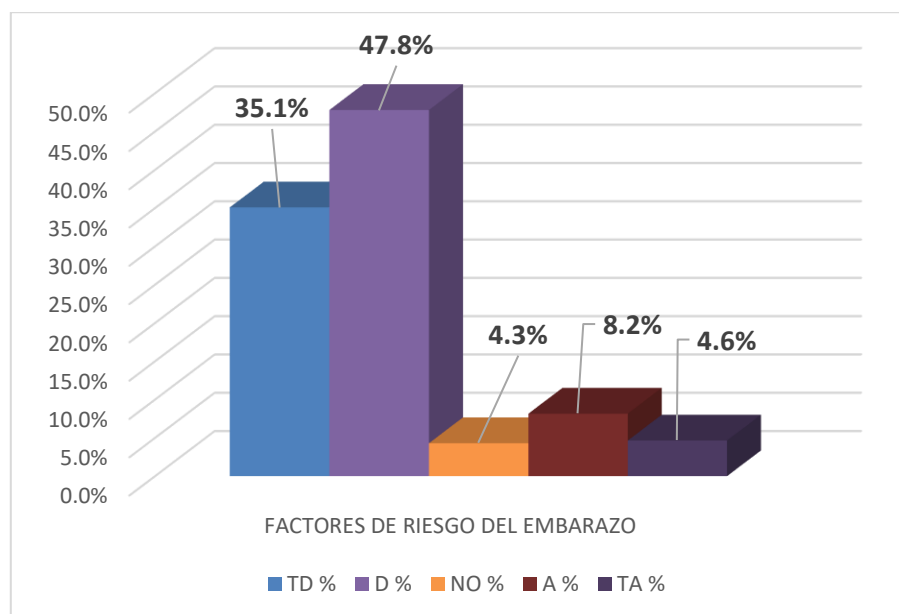
DIMENSIONES	ESCALA										TOTAL	
	TD		D		NO		A		TA			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Factores socioeconómicos	104	34.2%	163	53.6%	11	3.6%	16	5.3%	10	3.3%	304	100%
Factores personales	193	36.3%	243	45.7%	21	3.9%	50	9.4%	25	4.7%	532	100%
Factores institucionales	103	33.9%	139	45.7%	17	5.6%	27	8.9%	18	5.9%	304	100%
FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO	400	35.1%	545	47.8%	49	4.3%	93	8.2%	53	4.6%	1140	100%

En consecuencia, la Tabla 5 muestra el total de los valores promedios obtenidos para la variable Factores de riesgo del embarazo, teniendo como resultado que, el 35,1%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, el 47,8% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 8,2% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO”, el 4,6% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; y, el 4,3% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 82,9% = (35,1% + 47,8%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, la variable Factores de riesgo del embarazo no son determinantes en la concurrencia del control pre natal tardío; por lo tanto, los factores de riesgo del embarazo si son determinante en la concurrencia al control prenatal tardío.

Figura 8

Porcentajes para la Variable X: Factores de riesgo durante el embarazo



*Variable Y: Control prenatal tardío***Tabla 6***Resultado Dimensión Probabilidad de complicaciones para la madre*

INDICADORES	ESCALA											
	TD		D		NO		A		TA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Embarazo con complicaciones para la madre	23	30.3%	38	50.0%	5	6.6%	5	6.6%	5	6.6%	76	100%
	27	35.5%	35	46.1%	4	5.3%	4	5.3%	6	7.9%	76	100%
	28	36.8%	33	43.4%	5	6.6%	3	3.9%	7	9.2%	76	100%
Sub total	78	34.2%	106	46.5%	14	6.1%	12	5.3%	18	7.9%	228	100%
Embarazo sin complicaciones para la madre	28	36.8%	32	42.1%	4	5.3%	5	6.6%	7	9.2%	76	100%
Sub total	28	36.8%	32	42.1%	4	5.3%	5	6.6%	7	9.2%	76	100%
Probabilidad de complicaciones para la madre	106	34.9%	138	45.4%	18	5.9%	17	5.6%	25	8.2%	304	100%

La Tabla 6 muestra el sub total de los valores promedios obtenidos para el indicador Embarazo con complicaciones para la madre; teniendo como resultado que, 78 respuestas equivalente al 34,2%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 106 respuestas equivalente al 46,5% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 5,3% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 7,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 6,1% se abstuvo de opinar; por otro lado, respecto al indicador Embarazo sin complicaciones para la madre ; se tuvo como resultado que, 28 respuestas equivalente al 36,8% correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 32 respuestas equivalente al 42.1% respondieron a la escala en “DESACUERDO; asimismo, el 6,6% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 9,2% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 5,3% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 80.7% = (34,2% + 46,5%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que no ha presentado complicaciones para la madre en el control prenatal tardío; y, el 78,9% = (36,8% +

42,1%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que no se presenten complicaciones para la madre en el control prenatal tardío.

Figura 9

Porcentajes Dimensión Probabilidad de complicaciones para la madre

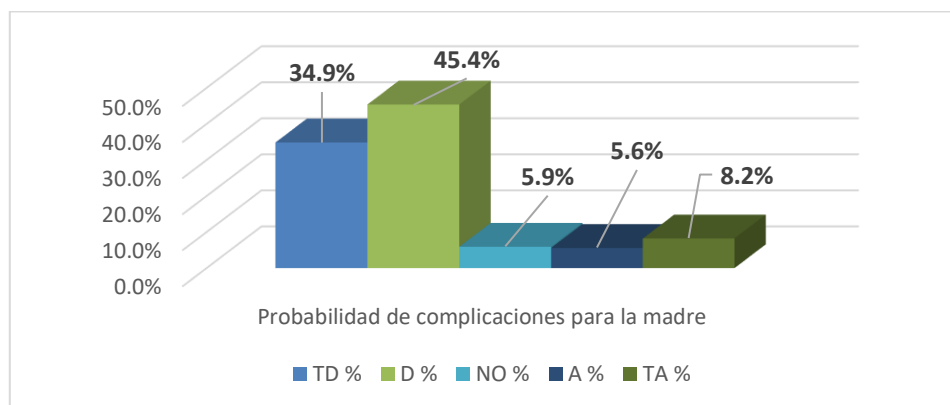


Tabla 7

Resultado Dimensión Probabilidad de complicaciones para el feto

INDICADORES	ESCALA											
	TD		D		NO		A		TA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Embarazo con complicaciones para el feto	25	32.9%	37	48.7%	4	5.3%	6	7.9%	4	5.3%	76	100%
	10	13.2%	50	65.8%	5	6.6%	6	7.9%	5	6.6%	76	100%
Sub total	35	23.0%	87	57.2%	9	5.9%	12	7.9%	9	5.9%	152	100%
Embarazo sin complicaciones para el feto.	28	36.8%	33	43.4%	3	3.9%	5	6.6%	7	9.2%	76	100%
	28	36.8%	33	43.4%	3	3.9%	5	6.6%	7	9.2%	76	100%
Sub total	28	36.8%	33	43.4%	3	3.9%	5	6.6%	7	9.2%	76	100%
Probabilidad de complicaciones para el feto	63	27.6%	120	52.6%	12	5.3%	17	7.5%	16	7.0%	228	100%

La Tabla 7 muestra el sub total de los valores promedios obtenidos para el indicador Embarazo con complicaciones para el feto; teniendo como resultado que, 35 respuestas equivalente al 23,0%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 87

respuestas equivalente al 57,2% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 7,9% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 5,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 5,9% se abstuvo de opinar; por otro lado, respecto al indicador Embarazo sin complicaciones para el feto; se tuvo como resultado que, 28 respuestas equivalente al 36,8% correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, 33 respuestas equivalente al 43,4% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 6,6% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO” y el 5,9% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; el 3,9% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 80,2% = (23,0% + 57,2%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que no se presentaron complicaciones para el feto a consecuencia del control prenatal tardío; y, el 80,2% = (36,8% + 43,4%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que no se presenten complicaciones para el feto en el control prenatal tardío.

Figura 10

Porcentajes Dimensión Probabilidad de complicaciones para el feto

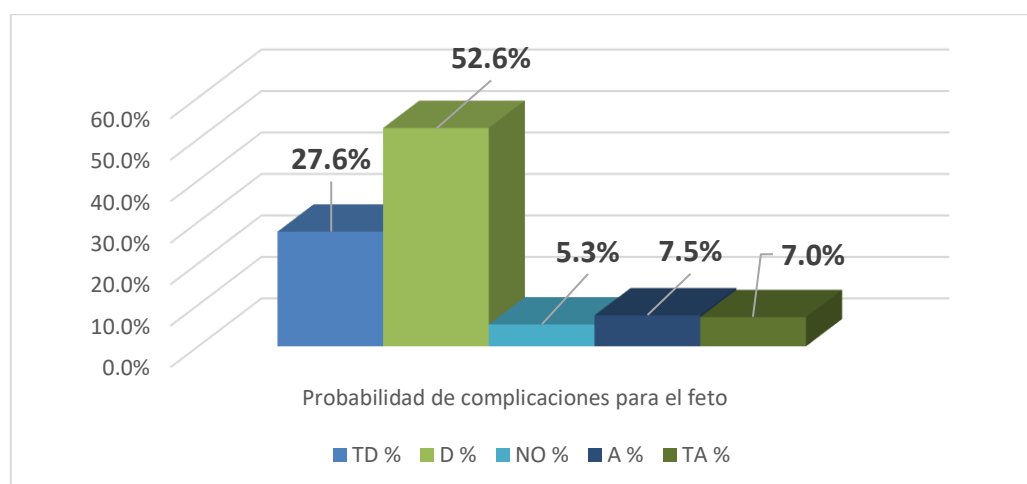


Tabla 8

Resultado promedio para la Variable Y: Control prenatal tardío

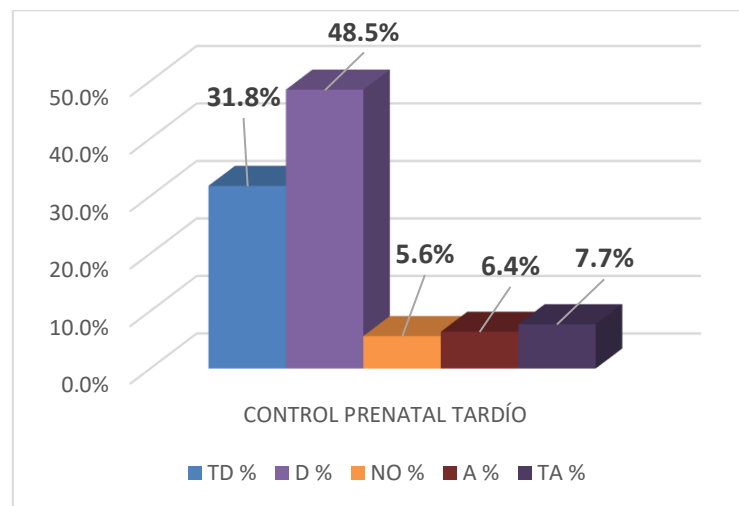
DIMENSIONES	ESCALA											
	TD		D		NO		A		TA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Probabilidad de complicaciones para la madre	106	34.9%	138	45.4%	18	5.9%	17	5.6%	25	8.2%	304	100%
Probabilidad de complicaciones para el feto	63	27.6%	120	52.6%	12	17.0%	17	7.5%	16	7.0%	228	112%
CONTROL PRENATAL TARDÍO	169	31.8%	258	48.5%	30	5.6%	34	6.4%	41	7.7%	532	100%

En consecuencia, la Tabla 8 muestra el total de los valores promedios obtenidos para la variable Control prenatal tardío, se tuvo como resultado que, el 31,8%, correspondieron a la escala “TOTALMENTE EN DESACUERDO”, el 48,5% respondieron a la escala en “DESACUERDO”; asimismo, el 6,4% expresaron su opinión a la escala “DE ACUERDO”, el 7,7% “TOTALMENTE DE ACUERDO”; y, el 5,6% se abstuvo de opinar.

Agrupando las escalas convenientemente se tuvo que, el 80,3% = (31,8% + 48,5%) señalaron estar “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, la variable Control prenatal tardío no es determinante en la existencia en complicaciones para la madre y el feto; por lo tanto, el control prenatal tardío si influye en la existencia de complicaciones para la madre y el feto.

Figura 11

Porcentajes para la Variable Y: Control prenatal tardío



4.2. Contraste de hipótesis (Análisis inferencial)

El Chi Cuadrado de Pearson, es el contraste de hipótesis viable para este planteamiento de hipótesis; toda vez que, la información numérica obtenida para el análisis, se muestran de manera categórica. Este contraste facilita la comprobación de las hipótesis y nos viabiliza a la vez, el comportamiento de las categorías de una variable y su relación causal (Causa efecto o el impacto de una variable sobre la otra) a través de la estadística inferencial. Para establecer la relación causal a través del programa estadístico SPSS Versión 22, debemos partir de la teoría que no existe una relación causal o no ha existido el impacto de una variable sobre la otra; y, entre cada una de las dimensiones de la primera variable, con la segunda variables.

Primera hipótesis específica

H01: Los factores personales de las gestantes no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha1: Los factores personales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Tabla 9

Resultado contraste Dimensión Factores personales VS Control prenatal tardío

Contraste	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,830 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	31,831	2	,000
Asociación lineal por lineal	33,383	1	,000
N de casos válidos	76		

Nota: a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,66.

De conformidad a la Tabla 9, teniendo como grado de Libertad igual a 2 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,000; menor a 0,05; se rechaza la hipótesis nula (Ho); en consecuencia, los factores personales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Segunda hipótesis específica

Ho2: Los factores socioeconómicos de las gestantes no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha2: Los factores socioeconómicos de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Tabla 10

Resultado contraste Dimensión factores socioeconómicos VS Control prenatal tardío

Contraste	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,083 ^a	4	,039
Razón de verosimilitudes	4,999	4	,287
Asociación lineal por lineal	1,702	1	,192
N de casos válidos	76		

Nota: a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

De conformidad a la Tabla 10, teniendo como grado de Libertad igual a 4 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,039; menor a 0,05; se rechaza la hipótesis nula (Ho); en

consecuencia, los factores socioeconómicos de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Tercera hipótesis específica

Ho3: Los factores institucionales de las gestantes no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha3: Los factores institucionales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Tabla 11

Resultado contraste Dimensión factores institucionales VS Control prenatal tardío

Contraste	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,671 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	57,894	4	,000
Asociación lineal por lineal	59,638	1	,000
N de casos válidos	76		

Nota: a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

De conformidad a la Tabla 11, teniendo como grado de Libertad igual a 4 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,000; menor a 0,05; se rechaza la hipótesis nula (Ho); en consecuencia, los factores institucionales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Hipótesis General

Ho: Los factores de riesgo no influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Ha: Los factores de riesgo influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Tabla 12*Resultado Variable X Factores de riesgo VS Control prenatal tardío*

Contraste	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,450 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	46,263	4	,000
Asociación lineal por lineal	45,719	1	,000
N de casos válidos	76		

Nota: a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,09.

De conformidad a la Tabla 12, teniendo como grado de Libertad igual a 4 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,000; menor a 0,05; se rechaza la hipótesis nula (Ho); en consecuencia, los factores de riesgo de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; es decir, a mayor presencia de factores de riesgo de las gestantes mayor incidencia de control prenatal tardío.

V. Discusión de resultados

5.1. Identificar cómo los factores personales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro hospitalario Max Arias Schreiber, Lima-2024.

El trabajo de campo realizado en el centro sanitario Max Arias Schreiber inicialmente permitió observar un significativo número de gestantes de mediano y escasos recursos económicos y de un bajo nivel de información respecto a la relevancia del control prenatal; en este escenario se aplicó el cuestionario a 76 féminas que, según las estadísticas del citado nosocomio fueron registradas con control prenatal tardío; a quienes, se le administro el cuestionario de 22 ítems elaborado, debidamente confiable y validado; los resultados fueron un significativo 82,0% que asumieron como respuesta las escalas de “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el Factor personal no influya en la concurrencia al control pre natal tardío; por lo tanto, el Factor personal si influye en la concurrencia al control prenatal tardío.

Resultados que son corroborados por las investigaciones realizadas por la OMS (2019) y el MINSA (2022) en el sentido que, el gran número de muertes registradas se ubican en menores de edad; quienes evidencian un desconocimiento personalísimo de la importancia del control prenatal; además, Farje (2018) confirmó que el factor personal de ser soltera constituye un elemento de riesgo en el control prenatal tardío; por otro lado, Delgado y Fariño (2021) estableció fundamentalmente que desconocimiento de la importancia del control prenatal por parte de la gestante genera la carecía de cuidados prenatales; en este escenario, Machado et al. (2017) y Meza (2017) corroboraron los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario al establecer que, los factores personales es la razón principal de no concurrencia a los controles prenatales; agregando Meza (2017) que, las féminas que no recibieron apoyo de la pareja tuvieron problemas para el cuidado de los hijos; asimismo, Avelino (2019) confirmó que el control prenatal debe cumplirse conforme a los parámetros establecidos por la OMS toda vez que, un control inadecuado menos de 6 o antes de las 14 semanas de gestación generarían complicación en la gestante y el feto; en este contexto Murdaugh et al. (2018) agrupa las investigaciones y hallazgos identificados por los autores citados, al precisar que, los factores personales afectan el comportamiento de las embarazadas.

El análisis teórico corrobora lo establecido en el contraste de hipótesis chi cuadrado de Pearson al establecerse con un grado de Libertad igual a 2 y un nivel de significancia o Alfa

igual a 0,000; menor a 0,05; que, los factores personales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; es decir, a mayor presencia de factores de riesgo personales mayor influencia al control prenatal tardío.

5.2. Conocer cómo los factores socioeconómicos influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

De igual forma; los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario determinaron un significativo 87,8% como respuesta a las escalas “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el Factor socioeconómico no influye en la concurrencia al control pre natal tardío; por lo tanto, el Factor socioeconómico si influye en la concurrencia al control pre natal tardío.

El resultados obtenidos han sido corroborado por Valdés (2015), quien estableció que, un precario nivel educativo es relevante en la determinación del nivel social, el riesgo de iniciar tardíamente sus controles prenatales; además, Delgado y Fariño (2021) confirmaron que el desconocimiento en las gestantes sobre las complicaciones en ella y el feto podrían conllevar a riesgos prenatales; por otro lado, Meza (2017) corroboró de forma contundente que, los factores sociales, son determinantes en las féminas generando mayor riesgo de contar con un control prenatal inadecuado a falta de permiso en el trabajo y los ambientes inadecuados para la consulta; además, Mamani (2018) , Avelino (2019), Córdoba et al. (2012) y Faneite et al. (2002) establecieron que, existe una correlación entre los factores socioculturales y socioeconómicos con el control prenatal.

El análisis teórico corrobora lo establecido en el contraste de hipótesis chi cuadrado de Pearson al establecerse con un grado de Libertad igual a 4 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,039; menor a 0,05; que, los factores socioeconómicos de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; es decir, a mayor presencia de factores de riesgo socioeconómicos mayor influencia al control prenatal tardío.

5.3. Evaluar cómo los factores institucionales influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Del resultado del cuestionario para los factores institucionales un significativo 89,6% a las escalas “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, el Factor citado no influye en la concurrencia al control pre natal tardío; por lo tanto, el Factor institucional si influye en la concurrencia al control prenatal tardío.

Resultados que son corroborados por las investigaciones realizadas por la OMS, en el sentido que, los servicios de salud presentan ambientes frágiles y de crisis humanitaria; por otro lado, el Colegio de Obstetras del Perú; estableció durante la pandemia a consecuencia de la restricción y suspensión del uso de los servicios de salud se produjo el incremento de muertes de gestantes; así también; Mamani et al. (2009), Jessup et al. (2003) determinaron que, existe una correlación entre los factores institucionales con el control prenatal; Por su parte, agregaron que los factores institucionales se observaron en la la calidad de la consulta, el tratamiento al paciente y el ausentismo laboral, Jessup et al. (2003) agregaron que, las gestantes por el temor de acciones de amenazas, represalia, llamadas de atención por los profesionales de las instituciones de salud y proveedores de salud, deciden no asistir oportunamente al Control Pre Natal; además, Chavarría (2006) identifico que, el centro de salud donde son atendidas, no consideran la disponibilidad de las gestantes que llegaron a tiempo, pero por problemas administrativos es imposible la consulta. Por otro lado, Castro y Sandesara (2009) corroboraron que, un significativo número de gestantes integrantes de grupos sociales afirmaron que, es una pérdida de tiempo la atención prenatal; se exponen a esperas prolongadas, diciendo la paciente retirarse del centro de salud sin ser atendidas.

El análisis teórico corrobora lo establecido en el contraste de hipótesis chi cuadrado de Person al establecerse con un grado de Libertad igual a 4 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,000; menor a 0,05; que, los factores institucionales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; es decir, a mayor presencia de factores de riesgo institucionales mayor

incidencia de control prenatal tardío.

5.4. Determinar cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.

Evaluando los resultados de la primera variable Factores de riesgo del embarazo, se tuvo un significativo 82,9% a las escalas “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, esta variable no es determinante en la concurrencia del control prenatal tardío; por lo tanto, los factores de riesgo del embarazo si son determinante en la concurrencia al control pre natal tardío.

Evaluando los resultados de la segunda variable Control prenatal tardío, se tuvo un significativo $80,3\% = (31,8\% + 48,5\%)$ a las escalas “TOTALMENTE EN DESACUERDO” y en “DESACUERDO” que, esta variable no es determinante en la existencia en complicaciones para la madre y el feto; por lo tanto, el control prenatal tardío si influye en la existencia de complicaciones para la madre y el feto.

Resultados que son corroborados por las investigaciones realizadas por la OMS (2015) al precisar que el gran número de muertes de gestantes registradas pueden evitarse o prevenir y evitar estas muertes, asimismo, informo que, en el Perú, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA precisó que durante la pandemia las gestantes no tuvieron la posibilidad de practicarse los controles prenatales primordiales, para identificar complicaciones y evitar la muerte.

Asimismo, Acero et al. (2015) conforme a los resultados estadísticos hallados en su investigación, establecieron que los adolescentes gestantes no valoran la importancia del CPN; en el mismo escenario, Machado et al. (2017), López (2018) y Avelino (2019) coincidieron en establecer la importancia del control prenatal.

La psiquiatra Ana María Zamalloa (MINSA, 2021) y Quijaite et al. (2019) corroboraron las afirmaciones precisando que, los factores personales y socioeconómicos son condicionantes de un riesgo latente como asumir un control prenatal tardío.

Pender et al. (2015) en su modelo de Promoción en Salud (MPS) confirman la génesis multidimensional de las personas que interaccionan con su medio interpersonal y corporal en la búsqueda de salud; además, precisan y aclaran la distinción entre promoción y protección en salud. Por otro lado, Murdaugh y Parsons (2015) precisan que la promoción en salud difunde el potencial de salud, y, la protección se refiere a la prevención de una posible aparición de determina dolencia.

Wolde et al. (2019) y Weldemariam et al. (2018) agregan que, los factores de riesgo implican los factores personales, sociales y económicos; por otro lado, Lee et. al. (1998) y Alexander y Kotelchuk (1996) precisaron que, un control prenatal óptimo entre 5 o 7 visitas prenatales como mínimo, de esta manera no se hablaría de un control pre natal tardío; sin embargo, Silva et al. (1993), Bedics (1994) y Duarte et al. (1993) precisaron que es increíble que, aun existiendo pocas consultas necesarias y supuestamente no existir impedimento para su concurrencia, en algunos países, es significativo el control prenatal tardío; por lo cual, debería ser considerado un problema de salud pública. En ese escenario Bedics (1994) y Duarte et al. (1993) afirmaron que, es significativo la existencia una deficiente situación socioeconómica, origen, naturaleza y un desconocimiento de la relevancia del control prenatal.

En este contexto, Schwarcz et al. (2005) asumen el Control Prenatal como un conjunto de actividades clínicas y asistenciales que comprende visitas proyectadas por el personal de salud, reduciendo los riesgos de este proceso fisiológico.

Asimismo, el MINSA (2014) precisa que, el control prenatal se relaciona con la prevención, evaluación, vigilancia, diagnóstico y manejo oportuno de las complicaciones que se presenten durante el embarazo, proporcionándose una atención integral de la gestante y niño

por nacer, asumiendo el inicio de este control prenatal antes de las 14 semanas.

Sin embargo, para Khan y Gulmezoglu (1998) y McCaw et al. (1995) han puesto de manifiesto que siempre ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia.

El análisis teórico corrobora lo establecido en el contraste de hipótesis chi cuadrado de Pearson al establecerse con un grado de Libertad igual a 4 y un nivel de significancia o Alfa igual a 0,000; menor a 0,05; que, los factores de riesgo de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; es decir, a mayor presencia de factores de riesgo de las gestantes mayor influencia al control prenatal tardío.

VI. Conclusiones

- 6.1.** Se ha establecido que los factores personales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; afirmación a la que se arribó luego del contraste realizado entre la realidad problemática, los aspectos teóricos citados, el estadístico y el contraste de hipótesis Chi cuadrado de Pearson, a un nivel de significación del 0.000 y 2 grado de libertad; en consecuencia, a mayor presencia de factores de riesgo personales mayor influencia al control prenatal tardío.
- 6.2.** Se ha establecido que Los factores socioeconómicos de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; de igual forma, afirmación a la que se arribó luego del contraste realizado entre la realidad problemática, los aspectos teóricos citados, el estadístico y el contraste de hipótesis Chi cuadrado de Pearson, a un nivel de significación del 0.000 y 4 grado de libertad; en consecuencia, a mayor presencia de factores de riesgo socioeconómicos mayor influencia al control prenatal tardío.
- 6.3.** Se ha establecido que los factores institucionales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; en este mismo escenario, afirmación a la que se arribó luego del contraste realizado entre la realidad problemática, los aspectos teóricos citados, el estadístico y el contraste de hipótesis Chi cuadrado de Pearson, a un nivel de significación del 0.000 y 4 grado de libertad; en consecuencia, a mayor presencia de factores de riesgo institucionales mayor influencia al control prenatal tardío.
- 6.4** Se ha establecido que los factores de riesgo de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024; de igual manera, afirmación a la que se arribó luego del contraste realizado

entre la realidad problemática, los aspectos teóricos citados, el estadístico y el contraste de hipótesis Chi cuadrado de Pearson, a un nivel de significación del 0.000 y 4 grado de libertad; en consecuencia, a mayor presencia de factores de riesgo de las gestantes mayor influencia al control prenatal tardío.

VII. Recomendaciones

- 7.1. Factores personales:** Concientizar a las gestantes sobre la importancia del control prenatal a través de los medios de comunicación a fin de detectar oportunamente las complicaciones que puedan producirse como consecuencia de un control pre natal tardío; como hemorragias, infecciones e hipertensión, de tal manera que se pueda reducir la tasa de morbilidad y mortalidad materna y fetal.
- 7.2. Factores socioeconómicos:** El estado peruano y las instituciones comprometidas con el desarrollo del niño y la mujer tienen que elaborar programas sociales y económicos para mejorar y contrarrestar las condiciones de vida de las gestantes, así como promover la atención gratuita de ellas en los centros de salud y así generar cambios de conducta tanto en la gestante, valorando al nuevo ser.
- 7.3. Factores institucionales:** Es importante la supervisión y control en los centros de salud por parte de las instituciones comprometidas, el buen trato y la atención inmediata de gestantes para que estas no asuman la decisión de retirarse o no concurrir a los centros de salud ya que el personal de las instituciones de salud juega un rol muy relevante en cuanto a la captación de las gestantes.
- 7.4. Factores de riesgo:** A fin de contribuir con la política de salud pública se recomienda que el estado peruano a través del MINSA debe disponer la revisión de la política de prevención y atención del niño y la mujer en etapa de gestación con el propósito de reducir o eliminar los factores de riesgo personales, socioeconómicos e institucionales, que limita a la mujer embarazada a no cumplir con un control prenatal oportuno.

VIII. Bibliografía

- Acero, G., Andrade, D. y Chalco, L. (2015). *Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al centro de salud “Carlos Elizalde-Cuenca 2015*. Cuenca, Ecuador. [Tesis de pregrado]. Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22999/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Alexander, G. y Kotelchuk, M. (1996). Quantifying the adequacy of prenatal care: A comparison of indices. *Public Health Reports 1996*, 111(5), 408-418. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381783/pdf/pubhealthrep00046-0026.pdf>
- Avelino, N. (2019). *Control prenatal inadecuado como factor de riesgo para la morbimortalidad neonatal en un hospital de referencia de Lima octubre - diciembre 2018*. Lima, Perú. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2918/UNFV_AVELINO_VILLON_NADIA_JANET_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Balsa, A. y Triunfo, P. (2009). *¿Son los cuidados prenatales efectivos?*. Universidad de la República de Uruguay. http://190.64.48.70/bitstream/handle/20.500.12806/1338/workin_paper_UM_cee_2013_Cuidados_prenatales.pdf?sequence=1
- Bedics, B. (1994). Nonuse of prenatal care: Implications for social work involvement. *Health Soc Work*, 84-92. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8045451/>
- Biddlecom, A., Munthali, A., Singh, S. y Woog, V. (2007). Adolescents' view of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Fasso Ghana. *Reproduc Health 2007*, 11(3), 99-100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18458737/>
- Castro, A. y Sandesara, U. (2009). *Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú*. Socios en salud sucursal. https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1119_GRAL1363.pdf
- Chavarría, J. (2006). *No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de Salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua. Periodo Octubre 2005 – Junio 2006*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua].

- Repositorio institucional UNAN. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unan.edu.ni/6441/1/t371.pdf
- Chinn, P. y Kramer, M. (1995). *Theory and nursing, a systematic approach*. (4ª ed.). Mosby-Year Book, Inc. https://archive.org/details/isbn_9780801679476
- Córdoba, R., Escobar, L. y Guzmán, L. (2012). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. *Revista de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana*, 4(1), 39-49.
file:///C:/Users/User/Desktop/TESIS%20ANTONELLA%20HIJA/(17)%20Factores%20asociados%20a%20la%20inasistencia%20al%20primer%20trimestre%20de%20control%20prenatal%20en%20mujeres%20gestantes%20de%20la%20ESE%20San%20Sebasti%C3%A1n%20de%20la%20Plata,%20Huila,%2
- Delgado, M. y Fariño, L. (2021). *Factores que intervienen en las pacientes embarazadas en abandonar los controles prenatales*. [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil].
Repositorio institucional UG.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/58378/1/TESIS-1781-DELGADO-FARI%C3%91O%20LIC.LINA%20CALDERON%20INTRIAGO.pdf>
- Dirección General de Salud de las Personas. (2007). *Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. Ministerio de Salud.
- Duarte, M., Hardy, E., Faundes, A. y Alves, G. (1993). Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saude Publica*, 27(1), 49-53.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/zQ7SPS4jtVyXRNLn8g5KT5n/?lang=pt>
- Espejo, I., Brito, M., Siani, S. y Pinto, J. (2008). Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestante. *Saúde Pública*, 42(5), 886-894.
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/rsp/a/jLmJWsDM5nYHkGTL7GYd5hK/?format=pdf&lang=pt
- Faneite, A., Rivera, C., González, M., Linares, M. y Faneite, J. (2002). ¿ Por qué no se controla la embarazada? *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 42(2), 77-81.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000200001
- Faneite, A., Rivera, C., Rodríguez, F., Amato, R., Moreno, S. y Cangemi, L. (2009). Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Revista de Obstetricia y Ginecología*,

- 43(3), 147-151. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300002
- Farje, S. (2018). *Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Julio 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma] Repositorio institucional UPRP. <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1772/SFARJE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A C.V.
- Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. (2019). *Sobre ¿Qué problemas de salud se pueden desarrollar durante el embarazo?* <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preconceptioncare/informacion/desarrollar>
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2010). *Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología*. Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Jessup, M., Humphreys, J., Brindis, C. y Lee, K. (2003). Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*, 53(2), 285-304. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002204260303300202?journalCode=jo> da
- Kessner, D., Singer, J., Kalk, C. y Schlesinger, E. (1973). *Infant Death: An Analysis by Maternal Risk and Health Care*. Institute of Medicine and National Academy. <https://archive.org/details/infantdeathanaly00inst/page/n3/mode/2up?view=theater>
- Khan, D. y Gulmezoglu, V. (1998). Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12(2), 7-26. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-3016.12.s2.6.x>
- Lee, K., Ferguson, R., Corpuz, M. y Gartner, L. (1988). Maternal age and incidence of low birth weight at term: A population study. *Am J Obstet Gynecol*, 158(1), 84-89. doi:<https://doi.org/10.5555/uri:pii:0002937888907831>
- López, J. (2018). *Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016*. Universidad Ricardo Palma.
- Machado, S., Molineras, A., Urzola, L. y Valdés, J. (2017). *Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de*

- Sincelejo 2016 – 2017” en la Universidad de Sincelejo-Sucre-Colombia.* [Tesis de pregrado, Universidad de Sincelejo-Sucre-Colombia] Repositorio institucional USSC. <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/handle/001/637/T618.32%20F%20142.pdf>
- Mamani, M. (2018). *Factores asociados al control prenatal tardío en gestantes que acuden al hospital Antonio Lorena Cusco, 2016-2018.* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Antonio Abad]. Repositorio institucional UNSAA. <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4884/253T20180413.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marriner, A. y Raile Alligood, M. (2002). *Modelo y teoría en enfermería* (6ª ed.). El Sevier Mosby. <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- McCaw Binns, A., La Grenade, J. y Ashley, D. (1995). Underusers of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders. *SocSci Med.* 40(7), 1003-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369400175S?via%3Dihub>
- Meza, S. (2017). *Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue – El Agustino 2017.* [Tesis de pregrado, Universidad Particular San Martín de Porres]. Repositorio institucional UPSMP https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2783/meza_dsn.pdf?sequence=3
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2004). *Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.* Ministerio de Salud (MINSa). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2005). *Oportuno control prenatal evita riesgos en el embarazo.* Ministerio de Salud: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/42823-oportuno-control-prenatal-evita-riesgos-en-el-embarazo>
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2011). *Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSa. NTS N° 021-MINSa I DGSPN.03 Norma Técnica de Salud" Categorías de establecimientos del sector salud".* Ministerio de Salud (MINSa).
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2014). *Norma Técnica de Salud N° 105 - MINSa/DGSP.V.01*

para la atención integral de salud materna. Ministerio de Salud (MINSA).

Ministerio de Salud [MINSA]. (2021). *Gestantes deben priorizar sus controles prenatales pese a la pandemia.* Ministerio de Salud: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/493293-minsa-gestantes-deben-priorizar-sus-controles-prenatales-pese-a-la-pandemia>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2022). *Muertes maternas se reducen en 51 % a nivel nacional.* Plataforma Digital Única del Estado Peruano: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/626145-muertes-maternas-se-reducen-en-51-a-nivel-nacional>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2022). *Un embarazo sin control puede complicarse y convertirse en riesgo para la salud.* Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/595001-minsa-un-embarazo-sin-control-puede-complicarse-y-convertirse-en-riesgo-para-la-salud>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2024). *Centro de salud Max Arias Schreiber.* Ministerio de Salud. <https://www.establishmentsofhealth.info/lima-centro/centro-de-salud-max-arias-schreiber-la-victoria/>

Murdaugh, C., Pender, N. y Parsons, M. (2018). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª ed.). Pearson.

Navarro, J. (2015). *Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_adeb9bbb78c67fe8b600c0f943a512b2

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Nuevo modelo de control prenatal Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.* En M. d. Colombia, Guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la salud pública (p. 153). Colección PARS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal.* Organización Mundial de la Salud (OMS). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D92.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado.* Organización

- Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#>
- Parra, M. (2009). *El control prenatal*. Universidad Nacional de Colombia. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76133/Cap_5.pdf?sequence=22
- Pécora, A., San Martín, M., Cantero, A., Furfaro, K., Jankovic, M. P. y Llompart, V. (2008). Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 27(3), 114-119. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91227304.pdf>
- Pender, N. (2014). *Modelo de promoción de la salud: Mis blogs Desarrollo del conocimiento en Enfermería*. Blogs Desarrollo del conocimiento en Enfermería. <https://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/search/label/Nola%20J.%20Pender>
- Pender, N., Murdaugh, C. y Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. Pearson Education. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gmu.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/NolaJPenderCarolynLMurdaugh.pdf>
- Quijaite, T., Valverde, N. y Barja, J. (2019). Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(4), e613 <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n4/1561-3062-gin-45-04-e613.pdf>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A., Daniels, J. y Alkema, L. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2814%2970227-X>
- Schwarcz, R., Fescina, R. y Duverges, C. (2005). *Obstetricia* (6ª ed.). El Ateneo. https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia_de_Schwarcz_6ta_Edicion
- Schwarcz, R., Diaz, A. y Fescina, R. (2003). The Perinatal Information System I: The Simplified Perinatal Clinical Record. *J. Perinat Med* 1987, 15(1), 9. http://www.nib.fmed.edu.uy/sitio_nib/BibliotecaNIB/PublNIB023.pdf
- Silva, M., Cabral, H. y Zuckerman, B. (1993). Adolescent pregnancy in Portugal: Effectiveness of continuity of care by an obstetrician. *Obstet Gynecol*, 81(1), 142-146.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8416450/>

- Sunil, T., Spears, W., Hook, L., Castillo, J. y Torres, C. (2010). Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, *Matern Child Health J*, 14(1), 133-40. doi:10.1007/s10995-008-0419-0
- Valdés, L. (2015). *Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de embarazadas atendidas en los centros de salud de la Región Metropolitana de la Salud en el año 2015*. Universidad de Panamá. <https://core.ac.uk/reader/228858806>
- Votta, R. (1988). *Obstetricia* (4^a ed.). López Libreros. <https://es.scribd.com/document/745040513/OBSTETRICIA-VOTTA>
- Wayka. (2021). *Actualidad. Mortalidad materna: 430 mujeres murieron por cierre de servicios prenatales en pandemia*: Wayka. <https://wayka.pe/mortalidad-materna-430-mujeres-murieron-por-cierre-de-servicios-prenatales-en-pandemia/>
- Wolde, H., Tsegaye, A. y Sisay, M. (2019). Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Addis Zemen primary hospital. *Reprod Health*, 16(73), 1-8. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0745-2>

IX. Anexos

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO B: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO D: INSTRUMENTO

ANEXO E: CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Anexo A: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
TÍTULO:		“FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA - 2024”			
Autor:		SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO			
VARIABLE INDEPENDIENTE (X); Factores de riesgo durante la gestación					
VARIABLE DEPENDIENTE (Y); Control prenatal tardío					
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVOS PRINCIPAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	VARIABLE (X): FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO		METODOLOGÍA
¿Cómo influyen los factores de riesgo en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima- 2024?	Determinar cómo los factores de riesgo influyen en el control prenatal tardío durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024	Los factores de riesgo influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima - 2024.	DIMENSIONES	INDICADORES	ENFOQUE
			DIMENSIONES:	INDICADORES	Cuantitativo (Hernández y Mendoza, 2018)
			Factores personales	Desconocimiento por parte de la gestante de la importancia de la APN	Tipo y Alcance
				Dependencia hacia su pareja varón	Básico y Correlacional (Hernández y Mendoza, 2018)
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	Dependencia hacia su familia	DISEÑO	
¿Cómo los factores personales de las gestantes influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima - 2024?	O1: Identificar cómo los factores personales de las gestantes influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima-2024.	Los factores personales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima - 2024.	Factores socioeconómicos	Creencias y dogmas	No experimental, de corte transversal (Hernández y Mendoza, 2018)
				Ingreso económico mensual	POBLACIÓN
¿Cómo los factores socioeconómicos de las gestantes influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima -2024?	O2: Conocer cómo los factores socioeconómicos de las gestantes influyen en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima -2024.	Los factores socioeconómicos de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima- 2024.	Factores institucionales	Capacidad de atención del Centro de Salud	Gestantes atendidas en el centro de Salud Max Arias Schreiber Schreiber-La Victoria, con control prenatal tardío, durante los meses de enero a junio 2024; igual a 94 gestantes.
				Trato del personal de salud	MUESTRA

¿Cómo los factores institucionales de las gestantes influyen en el control prenatal tardío, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima - 2024?	O3: Evaluar cómo los factores institucionales de las gestantes influyen en el control prenatal tardío, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima - 2024	Los factores institucionales de las gestantes influyen directamente en el control prenatal tardío en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima - 2024	VARIABLE (Y): CONTROL PRENATAL TARDIO		Probabilística, igual a 76 gestantes con control prenatal tardío.
			DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICAS
			Probabilidad de complicaciones en la madre	Embarazo con complicaciones para la madre	registro documental y encuesta
				Embarazo sin complicaciones para la madre	INSTRUMENTOS
			Probabilidad de complicaciones en el feto	Embarazo con complicaciones para el feto	El Cuestionario
Embarazo sin complicaciones para el feto.					

Anexo B: Operacionalización de variables

“FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA - 2024”		
AUTORA: SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO		
VARIABLE X: FACTORES DE RIESGO		
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Situación socioeconómica, personal e institucional que limita a la gestante a concurrir a un centro de salud para iniciar su control prenatal, realizándolo después de las 14 semanas de gestación o después; exponiendo a riesgo su salud, el desarrollo del proceso de embarazo y del feto.		
DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
FACTORES PERSONALES	Situación particular de carácter emocional o actitudinal de una gestante, por desconocimiento de la importancia del CPN y la dependencia hacia su pareja y familia, que conlleva a no tener interés por el cuidado del feto o feto; realizando tardíamente el control prenatal.	Desconocimiento por parte de la gestante de la importancia de la CPN
		Dependencia hacia su pareja
		Dependencia hacia su familia
FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Situación social y económica particular de una gestante que, como consecuencia de su creencias y dogmas, no le permite observar la responsabilidad del cuidado del feto, o por contar con un ingreso económico mensual precario no concurre al centro de salud a cumplir con el control pre natal, realizándolo recién tardíamente como consecuencia de un malestar.	Creencias y dogmas
		Ingreso económico mensual
FACTORES INSTITUCIONALES	Situación de carácter laboral generado por la demanda de atenciones para el control prenatal y la deficiente capacidad de atención del centro de salud; así como, un deficiente trato por parte del personal de salud a las gestantes; generando que, estas no concurren a su control prenatal oportunamente.	Capacidad de atención del Centro de Salud
		Trato del personal de salud

VARIABLE Y: CONTROL PRENATAL TARDÍO		
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después, trayendo consigo la probabilidad de complicaciones en el proceso de embarazo para la madre o el feto.		
DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Probabilidad de complicaciones en la madre	Proceso de embarazo de la gestante con control a partir de las 14 semanas o después, que produce una probabilidad de tener un embarazo con complicaciones o sin ellas en la madre.	Embarazo con complicaciones para la madre
		Embarazo sin complicaciones para la madre
Probabilidad de complicaciones en el feto	Proceso de embarazo de la gestante con control a partir de las 14 semanas o después, que produce una probabilidad de tener un embarazo con complicaciones o sin ellas en el feto.	Embarazo con complicaciones para el feto
		Embarazo sin complicaciones para el feto.

Anexo C: Consentimiento informado

Descripción: Estimada usuaria, usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024. Esta investigación es realizada por la Bachiller en Obstetricia, egresada de la universidad Nacional Federico Villarreal: Silvia Antonella Leon Garriazo. El propósito de esta investigación es identificar los factores de riesgo al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Max Arias Schreiber” durante el año 2024, ya sean factores personales, socioeconómicos e institucionales. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar los datos de forma anónima. El participar en este estudio le tomará un tiempo aproximado de 15 minutos.

Riesgos y beneficios: Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, más puede causar incomodidad por indagar en la vida de la paciente, por ende, para dar seguridad a nuestras pacientes no se consignarán los nombres y apellidos de las mismas. El desarrollo de este estudio beneficiará a la comunidad obstétrica puesto que obtendremos información sobre aquellos factores que influyen para un inicio tardío de la atención prenatal.

Confidencialidad: Se guardará absoluta confidencialidad de los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos. Incentivos: Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos

Derechos: Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este

documento.

Yo: _____ con número de DNI: _____

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con la investigadora.

Nombre del participante

Firma

ANEXO D: Instrumento

Instrumento: Cuestionario de encuesta

El presente cuestionario busca establecer la repercusión de la “Factores de riesgo y su influencia en el control prenatal tardío, durante la gestación, en el centro de salud Max Arias Schreiber, Lima de enero a junio 2024”

INSTRUCCIONES:

- ✓ Emplee bolígrafo de tinta negra o azul para rellenar el cuestionario
- ✓ No hay respuestas buenas o malas. Estas simplemente reflejan su opinión.
- ✓ Marque con claridad la opción elegida con un aspa (X) o un check (√)
- ✓ Recuerde que no debe marcar más de una opción por pregunta
- ✓ Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales
- ✓ Si no entiende alguna de las preguntas, hágalo saber al encuestador, quien le absolverá sus dudas
- ✓ La tabla de respuestas esta tabulada de acuerdo con el siguiente detalle:

TD	D	ND	DA	TA
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No opina (Evite en lo posible marcar esta respuesta)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

N/O	Preguntas	TD	D	ND	DA	TA
		1	2	3	4	5
VX	Dimensión: Factores socioeconómicos					
1	¿Tiene la creencia que el control pre natal es importante?					
2	Por una costumbre familiar ¿considera que ir al centro de salud a efectuarse in control del embarazo es innecesario?					
3	Considera Ud., ¿Qué su condición económica no es determinante para asistir a su control prenatal?					
4	En su opinión ¿los gastos del transporte y de consulta en el centro de salud no son determinantes para concurrir a su control prenatal?					
VX	Dimensión: Factores personales					
5	Considera Ud., ¿Qué el control prenatal es necesario desde el inicio del embarazo?					
6	En su opinión ¿el control prenatal tardío es peligroso como lo afirman los médicos?					
7	¿Ud., considera que cuenta con el conocimiento básico o necesario sobre la importancia del control pre natal?					
8	¿Su pareja muestra interés por su embarazo y la necesidad del control prenatal?					
9	¿Ha existido alguna oportunidad que Ud., ha concurrido a su control prenatal oportunamente porque su pareja le ha dicho que asista?					
10	¿Su familia muestra interés por su embarazo y la necesidad del control prenatal?					

11	¿Ha existido alguna oportunidad que Ud., ha concurrido a su control prenatal oportunamente porque su familia le ha dicho que asista?					
VX	Dimensión: Factores institucionales					
12	¿Acude al control prenatal porque la atención en el centro de salud es buena?					
13	¿Acude al control prenatal, porque existen muchos especialistas para la atención en el centro de salud?					
14	¿Acude al control prenatal porque el trato del personal auxiliar del centro de salud es amable?					
15	¿Acude al control prenatal porque los médicos orientan y siempre están de buen humor?					
VY	Dimensión: Probabilidad de complicaciones para la madre					
16	¿Considera Ud., que no ha tenido complicaciones como la anemia, preclamsia, infección urinaria, etc. por haberse efectuado un control prenatal tardío, durante el embarazo?					
17	¿Durante sus visitas a la obstetra en el centro de salud, no ha recibido tratamiento de complicaciones como anemia, preclamsia, infección urinaria, etc., en Ud., como consecuencia de su control prenatal tardía, durante el embarazo?					
18	En su opinión ¿no ha tenido otros malestares clínicos como dolor de cabeza, pérdida de sangre a consecuencia del control prenatal tardío, durante el embarazo?					
19	¿Considera que su embarazo no ha tenido complicaciones para Ud. ¿Pese haber realizado un control prenatal tardío?					
VY	Dimensión: Probabilidad de complicaciones para el feto					
20	¿Durante sus visitas a la obstetra en el centro de salud, no ha recibido tratamiento por complicaciones en el feto por proporción del peso fetal y su peso real por atención prenatal tardía, durante el embarazo?					
21	¿Considera Ud., que estas complicaciones generadas en el feto por desproporción del peso fetal con su peso, no han sido consecuencia de su atención prenatal tardía, durante el embarazo?					
22	¿Considera que su embarazo no ha tenido complicaciones para el feto, durante el embarazo?					

¡Muchas Gracias por su gentil colaboración!

ANEXO E: CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

Anexo E: Certificado de validez de contenido del instrumento juicio de expertos

Título: “FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024”

Autora: SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO

Estimado juez experto(a):

Grado académico:

COP:

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el problema de investigación e instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SÍ o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	Opinión		
		SÍ	NO	Observación
1.	El problema es factible de ser investigado.			
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.			
3.	La operacionalización de la variable responde a las(s) variable(s) en estudio.			
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
6.	La estructura del instrumento es adecuada.			
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
9.	Los ítems son claros y entendibles.			
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sello y firma del juez

COP:

Fecha:

Apreciación de expertos sobre el instrumento de medición



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Título: "FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024"

Autora: SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO

Estimado juez experto(a): SOFIA RUTH VARGAS LAURA

Grado académico: MAESTRA

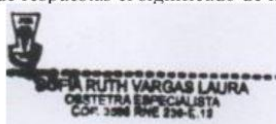
COP: 3585

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el problema de investigación e instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en **SÍ** o **NO** en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	Opinión		
		SÍ	NO	Observación
1.	El problema es factible de ser investigado.	X		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	X		
3.	La operacionalización de la variable responde a las(s) variable(s) en estudio.	X		
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
6.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencia: Consignar en la tabla de respuestas el significado de las iniciales que se consignan en las preguntas



Varg

COP 3585



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE
EXPERTOS**

Título: "FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024"

Autora: SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO

Estimado juez experto(a): FLAVIA AVELINA CRUZADO ULLOA DE REYES

Grado académico: DOCTOR EN SALUD PUBLICA

COP: 6374

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el problema de investigación e instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SÍ o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	Opinión		
		SÍ	NO	Observación
1.	El problema es factible de ser investigado.	X		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	X		
3.	La operacionalización de la variable responde a las(s) variable(s) en estudio.	X		
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
6.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

San Miguel
Dra. Obst. Flavia A. Cruzado Ulloa
COP 7463 K.O. 010

Sello y firma del juez

COP:6374

Fecha:15/03/24



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE
EXPERTOS**

Título: "FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024"

Autora: SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO

Estimado juez experto(a): TEODOLINDA ROSA GUTIERREZ INFANTES

Grado académico: MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL

COP: 3248

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el problema de investigación e instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SÍ o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	Opinión		
		SÍ	NO	Observación
1.	El problema es factible de ser investigado.	X		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	X		
3.	La operacionalización de la variable responde a las(s) variable(s) en estudio.	X		
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
6.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Teodolinda Rosa Gutiérrez Infantes

Sello y firma del juez

COP:3248

Fecha: Lima, 11/03/2024



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE
EXPERTOS**

Título: "FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL CONTROL PRENATAL TARDÍO DURANTE LA GESTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA- 2024"

Autora: SILVIA ANTONELLA LEON GARRIAZO

Estimado juez experto(a): MYRIAM PAOLA MARCOS QUISPE

Grado académico: MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

COP: 11187

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el problema de investigación e instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SÍ o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	Opinión		
		SÍ	NO	Observación
1.	El problema es factible de ser investigado.	X		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	X		
3.	La operacionalización de la variable responde a las(s) variable(s) en estudio.	X		
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
6.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sello y firma del juez
COP: 11187

Myriam Paola Marcos Quispe

Sello y firma del juez

Fecha: 10-03-2024