

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE CHOTA, 2025 TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS

Bach. ROSMERY DELGADO CORONEL

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3693-6898>

Bach. LUZ AMÉRICA HUANAMBAL BUSTAMANTE

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9195-2536>

ASESOR

Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9213-4780>

CHOTA – PERÚ

2026



Chota, 30 de julio de 2026.

C.O. N° 022-2026-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE CHOTA, 2025”** elaborado por los Bachilleres en enfermería: **Rosmery Delgado Coronel y Luz América Huanambal Bustamante**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 6%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza
Director de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

AMERICA HUANANBAL BUTAMANTE

FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALU...

 ASESORÍAS JURADO Y ASESORIA Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3616530115

Fecha de entrega

24 jul 2026, 8:05 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

24 jul 2026, 8:18 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

LUZz_Y_ROSMERYy_FACTORES_ASOCIADOS_AL_CONTROL_PRENATAAL.pdf

Tamaño del archivo

399.1 KB

71 páginas

16.807 palabras

92.858 caracteres



Dr. Jorge R. Tenorio carranza

6% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 6% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe	<1%
2	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
3	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
4	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
5	Internet	www.medigraphic.com	<1%
6	Internet	repositorio.utelesup.edu.pe	<1%
7	Internet	hdl.handle.net	<1%
8	Internet	www.slideshare.net	<1%
9	Internet	costarica.unfpa.org	<1%
10	Internet	cainfo.iaes.edu.ve	<1%
11	Internet	repositorio.puce.edu.ec	<1%

12	Internet	www.gob.pe	<1%
13	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	<1%
14	Internet	repositorio.utn.edu.ec	<1%
15	Internet	pmc.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
16	Internet	revistalatam.redilat.org	<1%



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación



Acta de sustentación Informe final de tesis

El jurado evaluador designado con RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 159-2024-FCCSS-UNACH/C :

Nombres y apellidos	Cargo
Dr. Isafas Wilmer Dueñas Sayaverde	Presidente
Dra. Elisa Ramos Tarrillo	Secretario
Dr. José Uberli Herrera Ortiz	Vocal

De la tesis titulada:

Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un Establecimiento de Salud de Chota, 2025

Que ha sustentado el (los) Bachiller (es):

Nombres y apellidos	DNI
Luz América Huanambal Bustamante	48024114
Rosmery Delgado Coronel	75917563

Para obtene el título profesional de:

Licenciado(a) en Enfermería

Acuerdan por:

☒	Unanimidad
☐	Mayoría

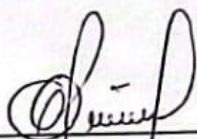
☒	Aprobar
☐	Desaprobar

Otorgando la calificación de:

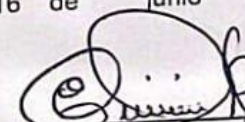
☐	Aprobado
☐	Excelente
☐	Bueno
☒	Regular

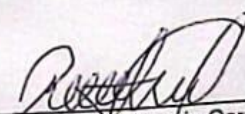
☐	Desaprobado
--------------------------	-------------

Colpa Matara, 16 de junio de 2026


Dr. Isafas Wilmer Dueñas Sayaverde
Presidente


Dr. José Uberli Herrera Ortiz
Vocal


Dra. Elisa Ramos Tarrillo
Secretario


Dr. Jorge Román Tenorio Carranza
Asesor



COMITÉ CIENTÍFICO



.....
Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza
Asesor



.....
Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde
Presidente



.....
Dra. Elisa Ramos Tarrillo
Secretario



.....
Dr. José Uberli Herrera Ortiz
Vocal

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos salud, fortaleza y sabiduría para concluir satisfactoriamente esta etapa académica.

Nuestro reconocimiento especial al asesor de la presente investigación, Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza, por su guía académica, compromiso y aporte, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de esta tesis.

A nuestros docentes de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, quienes, con sus conocimiento y compromiso académico, contribuyeron en nuestra formación profesional.

A todas las participantes del estudio, por su confianza y su tiempo. Sin su colaboración, esta investigación no se habría realizado.

A:

A nuestros padres, por su amor incondicional, su esfuerzo diario y por estar siempre para nosotras, incluso cuando todo se puso difícil. Ustedes son nuestro principal motivo. A nuestros hermanos, cuyo amor y apoyo incondicional nos han guiado siempre para poder lograr este objetivo.

Rosmery y Luz

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	Viii
ABSTRACT	Ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases conceptuales	10
2.3. Definición de términos básicos	21
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	22
3.1. Ámbito de estudio	23
3.2. Diseño de investigación	23
3.3. Hipótesis	23
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	24
3.5. Operacionalización de las variables	26
3.6. Descripción de la metodología	30
3.7. Procedimiento y análisis de datos	31
3.8. Aspectos éticos y rigor científico	32
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
4.1. Describir los factores personales que se asocian al control prenatal	33
4.2. Identificar los factores socioeconómicos que se asocian al control prenatal	41
4.3. Identificar los factores gineco—obstétricos que se asocian al control prenatal	46
4.4. Describir los factores institucionales que se asocian al control prenatal	51
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Factores personales que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota 2025.	33
Tabla 2. Factores socioeconómicos que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota 2025.	41
Tabla 3. Factores gineco–obstétricos que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota 2025.	46
Tabla 4. Factores institucionales que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota 2025.	49

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ALC	: América Latina y el Caribe
CPN	: Control prenatal
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ODS	: Objetivos del Desarrollo Sostenible
SIS	: Seguro Integral de Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota durante el año 2025. Se desarrolló un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, retrospectivo, relacional y de corte transversal, en una muestra de 80 gestantes. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y el análisis documental; como instrumentos se utilizaron un cuestionario sobre factores asociados al control prenatal y una ficha de recolección de datos de los controles prenatales. Los resultados evidencian que, dentro de los factores personales, únicamente el apoyo de la pareja se asocia significativamente con el control prenatal ($p=0,000$). En relación con los factores socioeconómicos, se asocia con el tiempo de desplazamiento desde el lugar de residencia, la falta de ingresos económicos y la necesidad de permiso laboral. Por otro lado, los factores gineco-obstétricos no mostraron asociación significativa con el control prenatal ($p > 0,05$). Asimismo, se evidenció una asociación significativa entre los factores institucionales y tiempo de espera, el orden en la atención, la comunicación inadecuada entre los servicios y la programación de las citas de control prenatal. En conclusión, los factores personales, socioeconómicos e institucionales se asociaron significativamente con el control prenatal, según la prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$).

Palabras clave: Factores asociados, gestantes, control prenatal.

ABSTRACT

The study aimed to determine the factors associated with prenatal care among pregnant women treated at a health facility in Chota during 2025. A quantitative, non-experimental, retrospective, relational, and cross-sectional study was conducted using a sample of 80 pregnant women. The techniques employed were surveys and document analysis; the instruments used included a questionnaire on factors associated with prenatal care and a data collection form regarding prenatal check-ups. The results show that, among personal factors, only partner support is significantly associated with prenatal care ($p=0.000$). Regarding socioeconomic factors, associations were found with travel time from the place of residence, lack of income, and the need for work leave. Conversely, gynecological-obstetric factors showed no significant association with prenatal care ($p > 0.05$). Furthermore, a significant association was found between prenatal care and institutional factors such as waiting time, the order of service delivery, inadequate communication between services, and the scheduling of prenatal appointments. In conclusion, personal, socioeconomic, and institutional factors were significantly associated with prenatal care, according to Fisher's exact test ($p < 0.05$).

Keywords: Associated factors, pregnant women, prenatal care.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de la madre y el feto durante el embarazo. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de ocho controles prenatales (CPN) durante la gestación [1]. Sin embargo, esta meta aún no se cumple, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Esto se debe a diversos factores sociales, personales y culturales que limitan el acceso a los servicios de salud materna, lo que puede poner en riesgo la salud materno infantil.

Según la OMS, cada día fallecen alrededor de 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, siendo el 99% de estos casos registrados en todo el mundo; para disminuir la mortalidad materna en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); plantearon reducir esta tasa a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos para el 2030. Sin embargo, en los países de bajos recursos, la baja asistencia a los controles prenatales supera el 73%, debido a factores como la pobreza, la lejanía de los centros de salud y diversas barreras culturales [2].

Asimismo, en el año 2023, unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones; la cual estuvo relacionado al incumplimiento al control prenatal. El control prenatal de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir las muertes; no obstante, a nivel mundial el 64% de gestantes reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de este periodo [2]

De acuerdo a la norma técnica de salud materna basándose en el organismo internacional de la OMS , la atención prenatal se define como la vigilancia y evaluación de la gestante y el feto, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, esto con la intención de brindar un paquete básico de intervenciones que

permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo, brindar la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos, y la atención prenatal no controlada [1,3].

Se ha descubierto que la atención prenatal adecuada y oportuna que contribuye a salvar vidas; por lo tanto, las recomendaciones de la OMS se centran en una buena comunicación sobre una variedad de temas, incluidos los factores sociales personales y culturales, que son importantes durante el embarazo; siendo adecuado para el apoyo de las mujeres en las diferentes edades [4].

La mortalidad materna sigue siendo un problema sin resolver, las Naciones Unidas señala que el 75% de las muertes maternas se deben a las complicaciones obstétricas, susceptibles de prevención y tratamiento durante el embarazo. La OMS enfatiza que la atención prenatal adecuada, incluyendo al menos 4 visitas, reduce considerablemente este riesgo; en tal sentido, es decisivo el cumplimiento y la calidad con que se llevan a cabo las consultas prenatales; porque son vigilancias oportunas que permiten detectar y prevenir futuras complicaciones que pueden derivar en la muerte de las madres [5].

La revista española refiere que el continente africano logró, en el 2020 reducir la mortalidad materna al 33%; de igual manera, África y Europa Occidental redujeron este indicador en aproximadamente un tercio, en los países en desarrollo, la reducción fue de un 50% [4]. Según las estimaciones más recientes de las Naciones Unidas, una mujer fallece cada dos minutos debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, siendo las causas principales las hemorragias, las infecciones y la carencia de atención médica apropiada [6].

En América latina y el Caribe (ALC), 7.200 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, de acuerdo con los datos del Sistema interinstitucional de Estimaciones de la Mortalidad Materna de Naciones

Unidas, las principales causas son las hemorragias, las complicaciones obstétricas, la hipertensión, los abortos inseguros y las infecciones. En América Latina, la hipertensión es una de las causas más frecuentes [7].

En Perú, existe la problemática relacionada a la falta de asistencia de gestantes a la atención prenatal, la cual constituye un aspecto fundamental de la salud pública, debido a su importancia para la prevención de riesgos durante el embarazo y la protección de la salud materna y fetal. Al respecto, el [Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)] [8] dio a conocer que, en el año 2023, la población femenina en el país asciende a 16 millones 999 mil y representa el 50,4% de la población total del país, el 23,5% son menores de 15 años, el 52,0% tienen de 15 a 49 años, considerándose como mujeres en edad fértil, el 10,3% tienen entre 50 y 59 años de edad y el 14,2% son mayores de 60 años, lo que permite dimensionar la población directamente vinculada a la atención prenatal en el país.

Por otro lado, el INEI estimó que a nivel nacional los factores sociales y demográficos (edad, sexo, lugar de procedencia y tipo de religión) son causantes del abandono del CPN en gestantes. Asimismo, la Encuesta Nacional de Demografía de Salud Familiar (ENDES) 2021 [9] evidenció que el 11,3% abandonaron los CPN; un grupo específico que no acudió fueron las adolescentes entre 15 a 19 años. El nivel educativo primario fue catalogado como completo e incompleto, destacando también la multiparidad y la soltería.

En el departamento de Cajamarca, la población total es de 1 341 012 habitantes, de las cuales 683 378 correspondiendo al género femenino. En la provincia de Chota hay un total de 74 757 habitantes [10]. Durante el 2023, el Ministerio de Salud (MINSA), en coordinación con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) [11] en Cajamarca, proyectó brindar atención prenatal a más de 24 000 gestantes, a través de una red de más de 800 establecimientos de salud, sin embargo, la baja asistencia a los controles prenatales sigue siendo una problemática en la salud. Esta situación

impacta negativamente la salud de madres e hijos vinculándose a diversos factores socioculturales que dificultan el acceso de las gestantes a los servicios de salud.

Es de conocimiento que la asistencia al control prenatal permite disminuir las muertes neonatales, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal; además identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Asimismo, es un momento óptimo para la preparación física y mental de la madre para el nacimiento de su hijo, por lo tanto, todo contribuye en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal [12].

En la ciudad de Chota no se han desarrollado estudios que permitan conocer con detalle los factores asociados al control prenatal; pero hemos podido identificar algunos de ellos, que podrían estar limitando al cumplimiento de sus controles prenatales, por lo cual, es nuestra intención corroborar de manera científica estas posibles causas. Con respecto a esta problemática, se planteó realizar el presente estudio formulando la siguiente pregunta.

La formulación del problema: ¿Cuáles son los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025? Hipótesis alterna: Existen factores personales, socioeconómicos, gineco-obstétricos e institucionales significativamente asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Objetivo general: Determinar los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025; y los objetivos específicos: Describir los factores personales que se asocian al control prenatal, identificar los factores socioeconómicos que se asocian al control prenatal, identificar los factores gineco–obstétricos que se asocian al control prenatal y describir los factores institucionales que se asocian al control prenatal.

El estudio toma importancia porque el escenario de estudio es la atención prenatal (APN) oportuna que se brinda durante la gestación para la protección del bienestar de la madre y feto. Una paciente gestante que no acude a los respectivos controles prenatales puede poner en riesgo su vida, como también del nuevo ser, de tal forma toda gestante debe realizarse como mínimo 6 APN, de manera oportuna según el MINSA debiendo ser antes de las 13 semanas de gestación [2].

Se encontró que el único factor personal que se asoció con el control prenatal fue el apoyo por parte de la pareja ($p=0,000$). En factores socioeconómicos se asoció con el control prenatal el tiempo desde el lugar de residencia, la falta de ingreso económico y el permiso laboral. Los factores gineco-obstétricos no presentaron asociación con el control prenatal (p -valor: $> 0,05$). Los factores institucionales que mostraron asociación con el control prenatal fueron el tiempo de espera, la orden en la atención, la inadecuada comunicación entre los servicios y las citas de control prenatal.

La investigación está dividida en cinco capítulos. El Capítulo I brinda una introducción a la temática, mediante la descripción del contexto, los problemas y las razones que respaldan esta investigación. El marco teórico, que es el Capítulo II, se encarga de desarrollar los antecedentes y principios conceptuales que respaldan la investigación. El Capítulo III detalla la metodología empleada, así como las herramientas y métodos que se aplican para la recolección y el análisis de los datos. En el Capítulo IV se muestran los resultados y su análisis correspondiente. Finalmente, el Capítulo V contiene las conclusiones obtenidas de los resultados y las recomendaciones pertinentes, además de las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Rigcha BM, et al. [13] (Paraguay, 2025) estudiaron el “Control prenatal y la activación del rol materno en gestantes”; que tuvo como objetivo determinar el control prenatal y la activación del rol materno en gestantes; se realizó un estudio cuantitativo, de tipo básico, de corte transversal, descriptivo, con 140 mujeres gestantes. Los resultados mostraron que el 43,5% de las gestantes planificó su embarazo, el 33,6% reportó anemia, el 63,6% asistió a 4-6 controles prenatales, el 90% recibió educación adecuada, el 62,8% quedó satisfecha con la atención y el 19,3% percibió falta de apoyo emocional. Concluyendo que existe un alto nivel de cumplimiento en la atención prenatal y una educación suficiente en el embarazo de las mujeres gestantes.

Vivanco KB y Reyes EY. [14] (Ecuador, 2023) estudiaron los “Factores que influyen en el control prenatal”; tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en el control prenatal; el estudio fue de tipo correlacional, con diseño descriptivo, transversal; la muestra estuvo conformada por 133 mujeres de 14 a 42 años. Los resultados evidencian que el 60,9% de las mujeres desconocen los factores de riesgo a un inadecuado control prenatal, mientras que el 39,1% sí los identifican los controles prenatales. Concluyeron que muchas gestantes no asisten al control prenatal por falta de información y mala atención en los centros de salud, siendo las complicaciones más comunes las infecciones vaginales, aborto, anemia e hipertensión gestacional.

Contreras, S et al. [15] (México, 2022) investigaron los “Factores asociados a la falta de control prenatal”; tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la falta de control prenatal; el estudio fue transversal aplicado a una muestra de 202 mujeres. Los resultados obtenidos mostraron que el

49,5% de las mujeres acudieron al control prenatal y los principales factores asociados a la falta de este control fueron: vivir a ≥ 5 km de la clínica (prevalencia 1,48), contar con un control prenatal insuficiente (1,46) y recibir una atención posparto incompleta. Concluyeron que la baja asistencia a control prenatal en las clínicas de atención primaria destaca la falta de alternativas factibles, como teleasistencia y consultas a domicilio.

A nivel nacional

Ochoa M y Brigitte V. [16] (Perú, 2024) en su estudio “Factores asociados al control prenatal”; buscó establecer los factores asociados al control prenatal, el estudio fue descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo y cuantitativo, de diseño correlacional, la muestra fue 51 gestantes. Los resultados demostraron que los factores socioculturales en gestantes que acudieron a sus CPN fueron el 47,1%; en factores obstétricos el 58,8%; en factores institucional el 100%; la mayoría de gestantes inicio su control en el segundo trimestre el 41,2% y el 29,4% en el primer y tercer trimestre con un 84,3% tuvo < de 6 controles, 11,8% tuvo más de 6 controles y el 3,9% llego como mínimo a los 6 CPN. Concluyeron que no hay correlación significativa entre los factores socioculturales, obstétricos e institucionales con el control prenatal.

Malásquez, L. [18] (Perú, 2023) en su investigación “Factores asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al abandono de atención prenatal en gestantes; el estudio fue cuantitativo, analítico, observacional, transversal y retrospectivo, con una muestra de 12 235 madres de 15 a 49 años. Los resultados mostraron que el 12,2% de las gestantes asistió a menos de seis controles prenatales, y los principales factores de riesgo asociados al abandono fueron en madres de 15 a 19 años, la insuficiente atención por parte del personal de salud. Concluyendo que los factores más relevantes a la inasistencia fueron, la edad de la gestante, y la falta de atención profesional.

Alvaro ME y Jacay MM. [19] (Huancayo, 2023) estudiaron los “Factores socioculturales asociados a la inasistencia de la atención prenatal; busco determinar los factores socioculturales que se asocian a la inasistencia de la atención prenatal; el estudio fue básico, transversal, de diseño correlacional. Los resultados mostraron que el 54,4% de las gestantes convivía, el 35,9% tenía educación secundaria, el 77,7% religión y el 81,6% tenía ausencia de hábitos nocivos, respecto a la inasistencia al control prenatal el 51,5% considera poca importancia, el 51,5% inicio sus controles de 14 a 27 semanas y 37,9% olvido sus citas. Concluyeron que los factores socioculturales están asociados con la inasistencia al control prenatal en gestantes.

Acharte, W. [17] (Ica, 2021) estudió los “Factores sociodemográficos e institucionales relacionados a la inasistencia de la atención prenatal en gestantes en el centro de salud CLAS”, cuyo objetivo fue identificar los factores relacionados a la inasistencia de la atención prenatal en gestantes; el estudio de diseño no experimental, transversal, de nivel relacional; la muestra fue 147 gestantes. Los resultados indica que el 68,7% de las gestantes presentó un alto nivel de inasistencia, registrando dos y tres faltas a sus controles. Se halló una correlación significativa de ($p > 0,05$) de los factores sociodemográficos. Se concluyó que la alta inasistencia a la atención prenatal presenta un factor determinante que eleva el riesgo de morbilidad materna.

A nivel regional y local

Belling LS. [20] (Cajamarca, 2024) estudió los “Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío de atención prenatal” busco determinar la asociación de los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal; el estudio fue correlacional, de tipo descriptivo, aplicado a 134 gestantes. Los resultados mostraron que el 24,6% de las gestantes de 25 y 29 años, el 74,6% convivía y el 80,6% amas de casa. En el ámbito obstétrico, el 76,1% presentó

embarazos no planificados. En los factores institucionales, el 94% tenían SIS, el 78,4% percibió trato adecuado. Concluyendo que existe una asociación significativa de los factores al inicio tardío a la atención prenatal.

2.2. Bases conceptuales

Bases teóricas.

El sustento teórico del estudio fue la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Margaret Leininger, citado por Bolaños F. Se refiere a la totalidad del espacio físico, geográfico y sociocultural o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a una situación particular. La salud significa el estado de bienestar o recuperación que se define así: valor y práctica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas.

La transculturalidad se define como aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos. La propuesta de Madeleine Leininger sobre la enfermería transcultural es un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

Metaparadigmas:

El cuidado. Hace referencia al uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar.

La salud. Es considerada como un estado de bienestar, es

culturalmente definida, valorada y practicada. Asimismo, es universal a través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas [21].

La persona. Es un ente que no puede separar su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno. La autora se interesó en la creación de un modelo que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

Enfermería: Es el arte y ciencia que brinda cuidado humanístico que se centra en los valores, creencias y cultura de las personas, por lo cual utiliza tres modos de acción (preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera y de acuerdo con la cultura del paciente [22].

En tal sentido la teoría de Leninger propone tres modos de acción para el cuidado culturalmente congruente.

- **Preservación y mantenimiento cultural:** Mantener las practicas del cuidado que son beneficiosas y significativas para las personas
- **Acomodación y negociación cultural:** Para obtener resultados culturalmente aceptables se tiene que adaptar o negociar con el paciente respetando sus valores y creencias
- **Reestructuración y reorganización cultural:** Esto requiere de ordenar o cambiar las prácticas culturales que pueden perjudicar la salud del paciente o sus valores culturales.

La teoría de Leninger también representa 4 niveles de análisis para brindar los cuidados.

- **Nivel I:** Visión del mundo y factores de la estructura social.

- **Nivel II:** Son aquellos Individuos, familias y grupos e instituciones en sistemas de cuidados.
- **Nivel III:** Es el sistema de cuidado genérico y profesional.
- **Nivel IV:** Viene a ser las decisiones y acciones de enfermería.

Por tal razón, la presente investigación se asocia a la teoría de Leininger, porque se relaciona con los factores asociados al control prenatal de su modelo sociocultural. Dicho modelo se centra en el componente personal y en el uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura, de forma sensible, creativa y significativa. Esto implica que las mujeres embarazadas que no cumplen con sus controles prenatales pueden estar influenciadas por diferentes situaciones. Al entender estos factores, los profesionales de la salud pueden desarrollar estrategias para promover el cumplimiento de los controles prenatales y mejorar la salud materna y perinatal [23].

2.1.1 Factores asociados

Conjunto de variables o condiciones que presentan una relación estadística con un evento de salud determinado, pudiendo favorecer, limitar o condicionar su aparición y desarrollo. Estos factores no implican necesariamente una relación de causa-efecto, pero permiten comprender mejor la problemática y orientar acciones de prevención e intervención [24].

A. Factores personales:

Los factores personales son características individuales que influyen en la manera en que una persona cuida su salud y toma decisiones frente a ella, a continuación, se detalla cada uno de ellos:

a) Edad

La edad gestacional y materna son factores críticos en el embarazo que

influyen significativamente en los resultados obstétricos. La edad materna avanzada, está definida a partir de los 35 años, se asocia con mayor riesgo de complicaciones como hipertensión gestacional, diabetes, parto prematuro y mayor incidencia de cesáreas [25].

b) Ocupación

La ocupación se entiende como el conjunto de actividades con sentido y propósito que las gestantes realizan y que les permiten desarrollar y fortalecer sus capacidades, incrementar la eficacia en sus acciones y encontrar satisfacción personal en los procesos que llevan a cabo [49].

c) Estado civil

El estado civil se define como situación jurídica en relación a su familia y sociedad, determinando derechos y obligaciones, y puede ser soltero, casado, viudo, separado o divorciado. En caso de la madre gestante el estado civil de la madre y su edad son factores que pueden influir en el embarazo como las solteras tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer y de muerte fetal [26].

d) Grado de instrucción

Es el nivel educativo formal alcanzado por la mujer embarazada y constituye un factor determinante en su capacidad para comprender la información relacionada con el embarazo, valorar la importancia del control prenatal y adoptar prácticas de autocuidado que favorezcan su salud y la del recién nacido [27].

e) Religión

La religión en gestantes se refiere al conjunto de creencias, prácticas, valores y rituales religiosos que estructura la visión del mundo espiritual de la mujer embarazada, influye en sus decisiones, ofrece consuelo emocional y moral, y orienta comportamientos relacionados con el

cuidado prenatal, la salud fetal y el afrontamiento de los cambios físicos y psicosociales del embarazo [25].

f) Apoyo familiar

El apoyo familiar es el respaldo afectivo, emocional y práctico que la familia brinda a la gestante, ayudando a su bienestar integral, a la asistencia al control prenatal y a enfrentar los retos del embarazo [26].

g) Apoyo de pareja

Se define como un recurso multidimensional que abarca dimensiones emocionales, instrumentales, informativas y valorativas, cuya interacción favorece el bienestar integral de la pareja y contribuye al fortalecimiento y estabilidad de la relación [23].

h) Falta de interés

La falta de interés en el control prenatal se refiere a la ausencia de motivación o decisión por parte de la gestante para iniciar, continuar o cumplir de forma adecuada las consultas prenatales recomendadas, aun cuando los servicios están disponibles. Este desinterés puede estar influenciado por factores personales (como percepción de necesidad, conocimientos, actitudes), sociales (apoyo familiar, obligaciones del hogar, trabajo), culturales (creencias, estigmas) o institucionales (trato del personal de salud, accesibilidad, horarios) [24].

B. Factor socioeconómico [29]

Los factores socioeconómicos son las condiciones sociales y económicas que influyen en la salud materna y en la participación en los controles prenatales. Estos factores determinan la capacidad de la gestante para acceder a servicios de salud, seguir recomendaciones médicas y mantener un embarazo seguro, influyendo directamente en el bienestar materno y perinatal.

a) Tiempo desde el lugar de residencia

Se define como el número de años que la gestante ha permanecido viviendo de forma continua en su actual domicilio, este indicador permite valorar la estabilidad residencial y su posible relación con las condiciones sociales, económicas y de salud materna [9].

b) Falta de ingreso económico

La falta de ingreso económico se refiere a la situación en la cual una persona o hogar no dispone de recursos monetarios suficientes para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, salud, transporte, etc.), lo que limita su capacidad de acceder a bienes y servicios esenciales [21].

c) Permiso laboral

El permiso laboral es el derecho que tiene una persona trabajadora a ausentarse temporalmente de sus funciones por motivos justificados, sin perder su vínculo laboral ni los beneficios que le corresponden, garantizando así el equilibrio entre sus responsabilidades laborales y personales [30].

d) Importancia del control prenatal

La importancia del control prenatal consiste en garantizar la salud de la gestante y del feto, mediante la detección temprana de riesgos, la prevención de complicaciones y la promoción de un embarazo, parto y nacimiento seguros [20].

C. Factores gineco obstétrico

Son antecedentes y condiciones de la salud reproductiva de la mujer que pueden influir en el curso del embarazo y en la atención prenatal. Incluyen aspectos como la edad gestacional, número de embarazos previos, partos, abortos, tipo de parto, complicaciones anteriores, uso

de métodos anticonceptivos y enfermedades ginecológicas. Estos factores son determinantes porque permiten identificar riesgos, planificar una atención adecuada y prevenir complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido [32].

a) Inicio del control prenatal

Es el momento en que la gestante asiste por primera vez a una consulta programada durante el embarazo, idealmente en el primer trimestre, para identificar riesgos, planificar intervenciones y garantizar un adecuado seguimiento de su salud y la del feto [15].

b) Paridad

Se refiere al número de embarazos que una mujer ha llevado hasta una edad gestacional viable (nacimientos vivos, mortinatos y abortos), lo cual resulta un indicador clave para valorar su experiencia reproductiva y posibles riesgos obstétricos [33].

c) Embarazo no planificado

El embarazo no planificado ocurre sin haber sido buscado o deseado en ese momento de la vida reproductiva de la mujer o la pareja. Se considera una situación de importancia en salud pública porque suele estar asociada a factores como el acceso limitado a métodos anticonceptivos, desconocimiento sobre su uso, condiciones socioeconómicas desfavorables, violencia de género o falta de autonomía en la toma de decisiones reproductivas. Este tipo de embarazo puede generar consecuencias físicas, emocionales y sociales tanto en la gestante como en su entorno, y aumenta el riesgo de complicaciones maternas y perinatales [34].

D. Factores institucionales

Los factores institucionales son elementos de los servicios de salud como recursos, infraestructura, organización y calidad de atención, que pueden facilitar o limitar la asistencia de las gestantes al control prenatal [35].

a) Trato del personal de salud

El trato del personal de salud hacia las gestantes constituye un eje fundamental de la atención obstétrica, ya que influye en la vivencia del embarazo, en el bienestar físico y emocional de la mujer, en la confianza hacia el sistema sanitario y en la continuidad del cuidado prenatal [36].

b) Ausencia de personal

El ausentismo laboral se define como la inasistencia no planificada al trabajo debido a causas médicas o personales, generando impactos económicos significativos como reducción de productividad y calidad del servicio [37].

c) Tiempo de espera

Es el lapso que transcurre desde la llegada de la gestante al establecimiento de salud hasta el momento en que recibe la atención por parte del personal correspondiente, lo que permite evaluar la eficiencia del servicio, la accesibilidad y la calidad en la prestación de la atención prenatal, ya que tiempos prolongados pueden desmotivar la asistencia regular a los controles [38].

d) Orden de atención

Es el proceso mediante el cual los servicios de salud organizan la secuencia en que las personas usuarias reciben atención, considerando criterios como la hora de llegada, la prioridad de los

casos y la disponibilidad del personal. Este aspecto resulta fundamental porque garantiza equidad, optimiza los tiempos de espera, evita conflictos y contribuye a brindar una atención más eficiente, oportuna y de calidad a la población gestante y en general [39].

e) Inadecuada comunicación entre los servicios

Se refiere a la falta de intercambio claro, oportuno y coherente de información entre los distintos niveles o áreas del sistema de salud, lo que puede generar fallas en la continuidad de la atención y afectar la calidad asistencial [40].

f) Citas de control prenatal

Son las consultas médicas programadas que recibe la gestante desde el inicio del embarazo, orientadas a vigilar su estado de salud y el desarrollo del feto. A través de estas visitas periódicas se realizan evaluaciones clínicas, exámenes auxiliares, consejería en estilos de vida saludables y detección temprana de complicaciones, con el fin de reducir riesgos materno-perinatales y promover un embarazo seguro [41].

g) Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias constituyen un conjunto de actividades sanitarias y sociales realizadas en el domicilio del paciente para garantizar la continuidad de los cuidados [42].

h) Consejería sobre la importancia del control prenatal

Es un proceso educativo y comunicativo que el personal de salud brinda a la gestante, con el fin de orientarla y sensibilizarla acerca de la necesidad de acudir temprana y regularmente a sus controles durante el embarazo. A través de la consejería se fortalecen sus

conocimientos, se resuelven dudas, se promueve la adopción de prácticas saludables y se fomenta la toma de decisiones informadas, garantizando así la prevención de riesgos y el bienestar materno-fetal [43].

2.1.2 Control prenatal

Es el conjunto de evaluaciones médicas, educativas y preventivas que recibe la gestante durante el embarazo en los establecimientos de salud, con el objetivo vigilar la salud de la madre y del feto, detectar y prevenir posibles complicaciones, orientar sobre hábitos saludables y planificar el parto y puerperio [44].

La OMS, indicó que el cuidado prenatal involucra múltiples dimensiones, por ejemplo, la evaluación materna y fetal, las intervenciones nutricionales, las medidas preventivas, entre otra. A su vez, este acontece en un contexto sociodemográfico y socioeconómico específico, que podría influenciar su desarrollo [46].

Como se establece en la norma técnica de salud MINSA. La atención prenatal reenfocada, es el constante monitoreo integral de la gestante y el feto antes de las 14 semanas; el cual consiste en vigilar, evaluar, diagnosticar y manejar oportunamente las posibles complicaciones materno perinatal; considerando los diversos factores del entorno de la gestante, respetando el enfoque de género e interculturalidad y los derechos humanos. Cada atención prenatal debe ser realizado por un profesional de salud o personal capacitado en salud materna, ya que este será el responsable de brindar información a la gestantes, pareja o familia con respecto a las complicaciones, cuidados durante la gestación, parto y puerperio, estableciendo un vínculo agradable y de confianza con la gestante [47].

a) Gestante controlada y no controlada.

Gestante controlada es la gestante que inicia su control prenatal antes de las 14 semanas de gestación, cumple como mínimo 6 controles prenatales durante el embarazo y además recibe el paquete básico de atención. Este paquete incluye: anamnesis completa, examen físico, signos vitales, altura uterina, ecografías obstétricas y exámenes del laboratorio, además de suplementación con ácido fólico y sulfato ferroso. En cambio, la gestante no controlada no cumple con el número mínimo de 6 atenciones prenatales y/o no recibe el paquete básico de intervenciones establecido. Esta condición limita la detección oportuna de riesgos y se asocia mayor incidencia de complicaciones de la madre y feto [47].

2.3. Definición de términos básicos

✓ **Riesgo obstétrico**

El riesgo obstétrico en las embarazadas, se refiere a las circunstancias que pueden comprometer el bienestar del binomio madre-hijo durante el embarazo [10].

✓ **Muerte fetal**

Es la pérdida de la vida del feto antes de que sea expulsado o extraído del cuerpo de la madre [11].

✓ **Promoción de la salud**

Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarlos [48].

✓ **Atención en salud materna**

Es la atención oportuna que se brinda durante la gestación para la protección del bienestar de la madre y feto [2].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.Ámbito de estudio

El distrito de Chota es uno de los 19 distritos de la Provincia del mismo nombre, ubicada en la región Cajamarca, ubicada en la parte Norte central del Perú. Limita por el norte con los distritos de Chiguirip y Conchán; por el oeste con el distrito de Lajas; por el sur con el Distrito de Bambamarca, capital de Hualgayoc y por el este con el Distrito de Chalamarca [40].

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el distrito de Chota. Este distrito pertenece a la región Cajamarca, se encuentra a una altitud de 2.388 m s. n. m. Presenta una temperatura anual de entre 18 a 21°C; las principales actividades a las que se dedican los habitantes del área rural incluyen la ganadería y la agricultura, mientras que en la zona urbana al comercio minoritario (abarrotes, prendas de vestir, cocina, hospedaje, etc.). Además, la población del área urbana mayoritariamente es de procedencia rural y de habla hispana [41].

El estudio se realizó en el Centro de Salud Patrona de Chota, clasificado como establecimiento de categoría I-3, perteneciente a la Red Integral de Salud Chota. Está ubicada en el Jr. Santa María Josefa N° 180. Atiende de lunes a sábado de 7:30 am – 7:30 pm y domingos hasta la 1:30 pm. Ofrece servicios de emergencias, medicina general, obstetricia, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, odontología, psicología laboratorio y farmacia. La atención se brinda bajo un enfoque de calidad, sustentado en la asistencia clínica, prevención, seguimiento, consejería y referencia de casos que requieran atención especializada externa. [38]

3.2. Diseño de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, porque se recolectó datos medibles, cuantificables y se empleó herramientas estadísticas para analizar y presentar los reportes encontrados [49]; de nivel descriptivo, porque se describieron los factores asociados al control prenatal de las gestantes; transversal, debido a que se recolectaron los datos de las participantes en un solo momento y espacio determinado; retrospectivo, porque la recolección de datos se realizó posterior a la ocurrencia de los hechos [40]; relacional, porque permitió determinar la asociación de los factores y el control prenatal. El estudio se llevó a cabo bajo un diseño no experimental, pues durante el proceso investigativo no se realizó manipulación de las variables [40].

3.3. Hipótesis

Hi: Existen factores personales, socioeconómicos, gineco-obstétricos e institucionales significativamente asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

H0: No existen factores personales, socioeconómicos, gineco-obstétricos ni institucionales significativamente asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 80 gestantes atendidas en un establecimiento de Salud de Chota, durante el periodo 2025, esta información fue brindada por la oficina de estadística de dicho establecimiento de salud.

Por ser una población manejable y de fácil acceso no fue necesario establecer una muestra y se trabajó con toda la población, convirtiéndose en una muestra censal.

La unidad de estudio, estuvo conformada por cada una de las madres atendidas

en un establecimiento de salud de Chota

Para la selección de cada una de las participantes se ha considerado criterios de inclusión y exclusión, que se detallan a continuación.

Criterios de inclusión:

- Gestantes registradas en el padrón nominal del servicio de obstetricia del establecimiento de salud.
- Gestantes de los diferentes trimestres de embarazo.
- Gestantes que firmen el consentimiento informado de manera voluntaria y acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con diagnóstico de enfermedades mentales o trastornos de la personalidad.
- Gestantes cuya historia clínica o carnet materno perinatal presentaron información incompleta.
- Gestantes que han cambiado de domicilio.

3.5. Operacionalización de variables

Variable 1	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Factores Asociados	Conjunto de variables o condiciones que presentan una relación estadística con un evento de salud determinado pudiendo favorecer, limitar o condicionar su aparición y desarrollo, estos factores no implican necesariamente una relación de causa-efecto [24].	Factores personales	Edad	1. 18 años – 35 años 2. Mayor a 35 años 3. Menor a 18 años
			Ocupación	1. Comerciante 2. Estudiante 3. Ama de casa 4. Otros
			Estado civil	1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera
			Grado de instrucción	1. Superior técnica 2. Superior universitaria 3. Secundaria primaria 4. Analfabeta
			Religión	1. Católica 2. Evangélica 3. Adventista 4. Atea 5. Otros
			Apoyo familiar	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Apoyo de pareja	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Falta de interés	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre

		Factores socioeconómicos	Tiempo desde el lugar de residencia	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Falta de ingreso económico	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Permiso laboral	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Importancia del control prenatal	1. Muy importante 2. Importante 3. Poco importante
			Inicio control prenatal	1. Menor de 12 semanas 2. Mayor de 12 semanas 3. Recién inicia
			Paridad	1. Ninguno 2. 1 hijo 3. 2 a más hijos 4. Más de 6 hijos
			Embarazo no planificado	1. Sí fue planificado 2. No fue planificado
		Factores institucionales	Trato adecuado del personal de salud	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Ausencia de personal	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Tiempo de espera	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Orden en la atención	1. Nunca 2. A veces

				3. Siempre
			Inadecuada comunicación entre los servicios	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Citas de control prenatal	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre
			Visitas domiciliarias	1. Más de 3 2. 1-2 3. Ninguno
			Consejería sobre importancia del control prenatal	1. Nunca 2. A veces 3. Siempre

Variable 2	Definición conceptual	Indicadores	Valor final
Control prenatal	Es el proceso de atención integral y periódica que se ofrece durante el embarazo [50].	CPN adecuado	6 o más controles
		CPN inadecuado	Menos de 6 controles

3.6.Descripción de la metodología

3.6.1 Métodos

Técnica de recolección de datos

En el trabajo de investigación se utilizaron las técnicas de la encuesta y el análisis documental, estas permitieron obtener información confiable de las participantes e identificar los factores asociados al control prenatal. Esta técnica de investigación es la más utilizada, para obtener datos que se requieren en una investigación [40].

Estrategia de recolección de datos

La encuesta que se aplicó a los participantes fue personal, sincrónica y confidencial [41]. Es personal, porque cada uno de las participantes respondieron a cada una de las preguntas, sincrónica porque el cuestionario fue resuelto en el mismo momento que se le hizo entrega y confidencial porque se mantuvo en reserva su información personal.

Procedimiento de recolección de datos

- Para realizar la siguiente investigación, se elaboró una solicitud de permiso dirigido al jefe del establecimiento de Salud.
- Se dio a conocer el objetivo que persigue la investigación al responsable del área respectiva.
- Una vez aprobado el permiso se accedió a la base de datos de las gestantes que se atendieron en el establecimiento.
- Posteriormente se realizó una depuración manual de los datos según criterios de inclusión y exclusión. Se trabajó con toda la población de las gestantes; y tras ello se llevó a cabo la aplicación del cuestionario.
- Se captó a cada participante en el momento que se realizó el control de gestante, en caso no llegase se tuvo que llamar al celular y hacer el seguimiento.
- A cada participante se le entregó el consentimiento informado.
- Finalmente se realizó el procesamiento de los datos obtenidos.

3.6.2 Materiales

Instrumentos de medición

El instrumento que se utilizó en la presente investigación fue un cuestionario adaptado por Castro y García (2024), en Perú. Su elaboración se sustentó en estudios previos realizados y la revisión documentaria de las historias clínicas electrónicas, para su diseño aplicaron métodos de construcción teórica, deducción y operacionalización de variables, lo que permitió estructurarlo en dimensiones e indicadores con los objetivos planteados [24].

El instrumento utilizado fue un cuestionario diseñado para determinar los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en el establecimiento de Salud de Chota, 2025. Está conformado por 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones que permiten identificar los factores personales, socioeconómicos, gineco-obstétricos e institucionales. El autor realizó la validación mediante juicio de expertas conformado por 3 profesionales de obstetricia, quienes emitieron observaciones y sugerencias para optimizarlo. Para comprobar su confiabilidad interna, la autora aplicó una prueba piloto a 10 gestantes del Centro de Salud I-4 Santa Julia, seleccionadas por presentar características semejantes a la población de estudio.[24]

Por otro lado, se utilizó una ficha de recolección de datos para recabar información sobre los controles prenatales, de acuerdo a la historia clínica perinatal de la gestante.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos a partir del cuestionario y de las historias clínicas fueron organizados en una hoja de Excel y posteriormente, exportados al software estadístico IBM SPSS versión 22.0 para su análisis. Dicho procesamiento incluyó

la elaboración de tablas cruzadas y gráficos descriptivos, así como la aplicación de la prueba exacta de Fisher, con el objetivo de identificar la asociación entre las variables y determinar el grado de asociación entre los factores.

3.8. Aspectos éticos y rigor científico

En la parte ética, el estudio siguió los criterios del informe Belmont [43]: beneficencia, a través del cual los participantes del estudio no estuvieron expuestos a ningún riesgo que implique afectación de su estado de salud biopsicosocial, o a sufrir daño alguno derivado de la investigación. Dignidad humana, la que tuteló la dignidad e identidad de los participantes, respetando su derecho a responder y expresarse libremente y sin ningún tipo de manipulación. Principio de justicia, en el que todos los participantes estuvieron en igualdad de condiciones para participar de la investigación, se tuvieron en cuenta sus opiniones y recibieron un trato igualitario.

La calidad investigativa del estudio se garantizó con principios como la credibilidad, por medio de la obtención de resultados válidos y veraces; la conformabilidad, que aseguró la no manipulación intencional de los datos y reportes; y en última instancia, la transferibilidad o aplicabilidad, que respaldó la aplicación metodológica del estudio para ser replicados, transferidos y generalizados a otros contextos socioculturales [44].

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Describir los factores personales que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Tabla 1. Factores personales que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Factores personales	Control prenatal						Fisher
	Adecuado		Inadecuado		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
Edad							
18 a 35 años	41	51,2	20	25,0	61	76,2	0,678
Mayor de 35 años	11	13,8	3	3,8	14	17,5	
Menor de 18 años	3	3,8	2	2,5	5	6,3	
Ocupación							
Comerciante	2	2,5	1	1,3	3	3,8	0,809
Estudiante	6	7,5	5	6,3	11	13,8	
Ama de casa	32	40,0	13	16,2	45	56,2	
Otros	15	18,7	6	7,5	21	26,2	
Estado civil							
Casada	7	8,8	1	1,3	8	10,0	0,102
Conviviente	41	51,2	16	20,0	57	71,2	
Soltera	7	8,8	8	10,0	15	18,8	
Grado de instrucción							
Superior técnica	6	7,5	5	6,3	11	13,8	0,748
Superior universitaria	10	12,5	4	5,0	14	17,5	
Secundaria / primaria	27	33,8	11	13,8	38	47,4	
Analfabeta	12	15,0	5	6,3	17	21,3	
Religión							
Católica	43	53,8	21	26,3	64	80,0	0,821
Evangélica	6	7,5	2	2,5	8	10,0	

Adventista	3	3,8	0	0,0	3	3,8	
Otras	3	3,8	2	2,5	5	6,2	
Apoyo familiar							
Nunca	54	67,5	22	27,5	76	95,0	
A veces	1	1,3	3	3,8	4	5,0	0,088
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Apoyo de pareja							
Nunca	55	68,7	18	22,5	73	91,2	
A veces	0	0,0	7	8,8	7	8,8	0,000
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Falta de interés							
Nunca	54	67,5	22	27,5	76	95,0	
A veces	0	0,0	2	2,5	2	2,5	0,088
Siempre	1	1,3	1	1,3	2	2,5	

Fuente: Cuestionario sobre factores asociados al control prenatal.

En la tabla 1 se evidencian que predominaron gestantes de 18 a 35 años (76,2%), quienes en su mayoría presentaron control prenatal. En cuanto a la ocupación, destaca el grupo de amas de casa (56,2%), seguido por otras ocupaciones (26,2%). Respecto al estado civil, la mayoría son convivientes (71,2%), superando ampliamente a las solteras y casadas. En el grado de instrucción, prevalece el nivel de secundaria o primaria (47,4%), seguido por el grupo analfabeto (21,3%). En relación con la religión, predomina la religión católica (80,0%).

En el ámbito del apoyo social, se observa que la gran mayoría refiere no recibir apoyo familiar (95,0%) ni apoyo de pareja (91,2%), siendo este último el único factor que muestra asociación estadísticamente significativa con el control prenatal ($p=0,000$). Por último, el (95,0%) de las gestantes evaluadas si mostró interés en su embarazo.

Los hallazgos del estudio, en cuanto al grupo etario, difieren de lo encontrado en Ecuador por Vivanco [13], quien reportó una mayor proporción de gestantes cuyas edades oscilaron entre los 14 y 42 años. Esta diferencia podría explicarse por las

características sociodemográficas propias de cada contexto, así como por variaciones en las políticas de salud reproductiva y el acceso a servicios de planificación familiar. En el presente estudio, la predominancia de gestantes entre 18 y 35 años sugiere que la maternidad se concentra en edades consideradas biológicamente más seguras, lo que podría favorecer una mayor adherencia al control prenatal. De manera similar, en el ámbito nacional, los resultados también difieren de lo reportado por Malásquez [18], quien encontró que las edades de las gestantes oscilaban entre los 15 y 49 años.

Estas diferencias pueden atribuirse a las particularidades sociodemográficas de cada población, así como a las políticas de salud reproductiva, el acceso a métodos de planificación familiar y las estrategias de captación temprana de gestantes en los servicios de salud. La concentración de gestantes en edades consideradas reproductivamente seguras en el presente estudio podría estar relacionada con una mayor conciencia sobre los riesgos del embarazo en edades extremas y una mejor cobertura de los programas de control prenatal.

El predominio de gestantes entre 18 y 35 años evidencia que la maternidad se concentra en una etapa de menor riesgo obstétrico, lo cual favorece mejores resultados maternos y perinatales [23]. Este grupo etario suele presentar mayor madurez física y psicológica, así como mayor capacidad para comprender y adherirse a las recomendaciones del control prenatal. En contraste, las gestantes menores de 18 años y mayores de 35 años, aunque representan una menor proporción, constituyen grupos vulnerables debido a la mayor probabilidad de complicaciones durante la gestación, parto y puerperio [36]. Por ello, los resultados del estudio resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de prevención del embarazo en edades tempranas y el seguimiento especializado de las gestantes de edad avanzada, con el fin de garantizar una atención prenatal oportuna y de calidad [3].

Desde una perspectiva social y sanitaria, la distribución etaria observada en el estudio refleja cambios progresivos en los patrones reproductivos, donde las mujeres tienden a planificar la maternidad en edades intermedias, posiblemente influenciadas por el

acceso a información, educación sexual y servicios de salud [38]. Este comportamiento podría contribuir a una mayor búsqueda de atención prenatal temprana, ya que las gestantes en este rango etario suelen tener mayor autonomía para la toma de decisiones relacionadas con su salud. No obstante, la presencia de gestantes en edades extremas, aunque en menor proporción, pone en evidencia brechas persistentes en educación sexual integral y planificación familiar, especialmente en contextos vulnerables [29].

Asimismo, en cuanto a la ocupación, el predominio de amas de casa coincide con lo reportado por Ochoa [17], quien encontró, al igual que en el presente estudio, una mayor participación de gestantes cuya ocupación principal fue ama de casa. Esta similitud puede explicarse por las características socioeconómicas de las poblaciones estudiadas, donde una proporción importante de mujeres en edad reproductiva se dedica principalmente a actividades domésticas. Esta condición refleja una realidad frecuente en contextos rurales y periurbanos, en los cuales las oportunidades laborales formales para la mujer son limitadas, lo que influye directamente en su rol durante el embarazo y en su relación con los servicios de salud.

En relación con el acceso a los servicios de salud, la situación de muchas gestantes que son amas de casa podría favorecer la asistencia al control prenatal debido a una mayor disponibilidad de tiempo a diferencia con mujeres que desempeñan actividades con remuneración fuera del hogar. Sin embargo, esta aparente ventaja puede verse contrarrestada por la dependencia económica y la priorización de las responsabilidades domésticas, en este caso existen factores que pueden limitar la continuidad del seguimiento prenatal. En este sentido, la ocupación debe entenderse como un determinante social que influye en las decisiones que están relacionadas con el cuidado de la salud y en las posibilidades de acceder de una manera muy continua hacia la atención prenatal de las gestantes [4].

Por otro lado, la condición de amas de casa también puede relacionarse en algunos casos a niveles educativos intermedios o bajos, el cual pueden influir en el

conocimiento y la valoración sobre la importancia del control prenatal oportuno y completo. Al no contar con ingresos propios algunas gestantes podrían generar dependencia del apoyo familiar o de la pareja para el traslado y acceso a los establecimientos de salud para realizar su control prenatal oportuno, lo que resalta la necesidad de estrategias de atención prenatal por parte de los servicios de salud que consideren la realidad social de este grupo. En este sentido es fundamental que los servicios de salud establezcan intervenciones educativas y acompañamiento dirigidas a las necesidades de este grupo, con la finalidad de fortalecer su autonomía y empoderamiento en el cuidado de su salud materna [49].

Respecto al estado civil, se evidencio que la mayoría de gestantes convivientes es similar a lo reportado por Bolaños [21], quien reporto cifras parecidas con el presente estudio en cuanto al estado civil en comparación con el presente estudio. Esta coincidencia muestra una tendencia social predominante en distintos contextos, donde la convivencia representa una forma común de unión durante la etapa reproductiva. Este patrón está relacionado a factores culturales, económicos y sociales que influyen en la conformación de la familia, así como en la dinámica de apoyo que recibe la gestante durante el embarazo.

Desde el punto de vista psicosocial, la convivencia puede llevar a distintos niveles de estabilidad emocional y apoyo, lo cual repercute en el bienestar de la gestante durante el embarazo. A diferencia del matrimonio formal, la convivencia no siempre implica una participación activa y constante de la pareja en el proceso gestacional, lo que puede influir en la motivación para asistir de manera regular al control prenatal. Por ello, el estado civil debe verse como un factor que interactúa con otros determinantes, como el apoyo de pareja y el entorno familiar [26].

Además, el alto porcentaje de gestantes convivientes puede mostrar cambios en los roles tradicionales y en la estructura de los integrantes de la familia, por ello los servicios de salud materna deben adaptarse a las estrategias del control prenatal lo que exige una adaptación de los servicios de salud materna. Resulta necesario que

las estrategias de atención prenatal consideren estas dinámicas familiares, y promueva la participación activa de la pareja durante las actividades educativas y acompañamiento. De esta manera, se podría fortalecer el compromiso compartido en el cuidado de la salud materna y contribuir a una mejor y adecuada asistencia al control prenatal [5, 26].

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de gestantes tienen educación secundaria resultados que fueron reportados por Álvaro [19], el cual en su estudio evidenció un mayor porcentaje de gestantes con nivel primario. Esta diferencia puede atribuirse a las características propias de la población estudiada, así como a las mejoras progresivas en el acceso a la educación básica y secundaria en determinados contextos. Contar con un nivel de instrucción puede favorecer la asistencia oportuna atención prenatal, ya que facilita la comprensión de las orientaciones brindadas por el personal de salud y favorece la toma de decisiones informadas durante el embarazo. Sin embargo, la presencia de gestantes con niveles educativos bajos continúa siendo un factor relevante que puede dificultar la efectividad de las intervenciones orientadas a la promoción y protección en salud materna.

Desde la promoción de la salud, el nivel educativo es un factor importante que influye como la gestante entiende sobre la información sobre el cuidado prenatal. Las mujeres con educación secundaria suelen tener mayor habilidad para reconocer signos de alarma, seguir indicaciones médicas y reconocer la importancia de los controles periódicos. Esto puede contribuir a una mejor continuidad del seguimiento prenatal. Sin embargo, el nivel educativo por sí solo no garantiza una atención adecuada si existen barreras económicas, geográficas o familiares [27].

Por otro lado, la presencia de gestantes con bajo nivel educativo muestra que es necesario reforzar las estrategias de educación sanitaria con un enfoque más inclusivo y adaptado. Usar lenguaje sencillo, materiales educativos con imágenes y sesiones educativas participativas resulta fundamental para asegurar que la información sea comprendida de manera efectiva. En este sentido, el rol del personal de enfermería es

clave para fortalecer el aprendizaje en salud, promoviendo conductas preventivas y el empoderamiento de la gestante, independientemente de su nivel de instrucción [8,9].

La religión católica, fue predominante en este estudio. Este dato coincide con lo encontrado por Contreras [15], quien evidenció resultados similares respecto a la afiliación religiosa de las gestantes. Esta similitud muestra una característica cultural común en varios países de Latinoamérica, donde la religión católica predomina y forma parte de la identidad social de la población. Sin embargo, los resultados no muestran una influencia directa de la religión sobre el control prenatal, lo que sugiere que, si bien las creencias religiosas están presentes en la vida de las gestantes, otros factores sociales y familiares tienen mayor peso en la adherencia a los servicios de salud materna.

Desde lo sociocultural, la religión influye en los valores, actitudes y prácticas relacionadas con la maternidad y el cuidado de la salud. En el caso de la religión católica, se promueven principios de protección de la vida y responsabilidad familiar, lo que podría generar una disposición favorable hacia el cuidado prenatal. Sin embargo, esta predisposición no siempre se traduce en conductas concretas si no existen condiciones adecuadas de acceso, apoyo y orientación por parte de los servicios de salud [27].

Además, la ausencia de asociación significativa entre la religión y el control prenatal indica que las decisiones relacionadas con la salud materna responden principalmente a determinantes sociales, educativos y de apoyo familiar más que a la afiliación religiosa. Por eso, es importante, que las intervenciones en salud materna se centren en aspectos prácticos y educativos. Se debe respetar las creencias religiosas de las gestantes, pero dando prioridad a estrategias que fortalezcan el acceso oportuno, la continuidad del control prenatal y el acompañamiento integral durante la gestación [3,27].

Por último, la ausencia de falta de interés en la mayoría de las gestantes se relaciona con lo reportado por Rigcha [14], quien también encontró resultados parecidos en su estudio. Esto indica que, en general, las gestantes tienen una actitud favorable hacia el cuidado de su salud y la de su hijo por nacer. Esto constituye un elemento positivo para la adherencia al control prenatal. La disposición e interés manifestados reflejan un reconocimiento de la importancia del seguimiento durante la gestación; sin embargo, esta actitud no siempre se refleja en un control prenatal adecuado cuando hay barreras externas que dificultan el acceso o la continuidad de la atención.

Desde el enfoque conductual, el interés de la gestante puede considerarse como un factor protector. Esto favorece la búsqueda de la atención prenatal y la aceptación de las recomendaciones del personal de salud. Las gestantes con mayor interés tienden a cumplir las citas, adoptar prácticas saludables e identificar de forma oportuna los signos de alarma, lo que contribuye a mejores resultados maternos y perinatales [29].

No obstante, el interés individual no es el único factor. También influyen determinantes sociales, como el apoyo familiar, el acompañamiento de la pareja y las condiciones económicas. Aun cuando la gestante manifieste motivación, la falta de recursos o de redes de apoyo puede dificultar la asistencia regular a los controles prenatales. Por ello, los resultados resaltan la necesidad de que los servicios de salud no solo refuercen la motivación individual, sino que también implementen estrategias integrales que reduzcan las barreras estructurales y fortalezcan el entorno de apoyo de la gestante [2,38].

4.2. Identificar los factores socioeconómicos que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Tabla 2. Factores socioeconómicos que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Factores socioeconómicos	Control prenatal						Fisher
	Adecuado		Inadecuado		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
Tiempo desde el lugar de residencia							
Nunca	55	68,7	20	25,0	75	93,7	0,002
A veces	0	0,0	3	3,8	3	3,8	
Siempre	0	0,0	2	2,5	2	2,5	
Falta de ingreso económico							
Nunca	55	68,7	21	26,3	76	95,0	0,008
A veces	0	0,0	4	5,0	4	5,0	
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Permiso laboral							
Nunca	54	67,5	16	20,0	70	87,5	0,000
A veces	1	1,3	7	8,8	8	10,0	
Siempre	0	0,0	2	2,5	2	2,5	
Importancia del control prenatal							
Muy importante	36	45,0	17	21,3	53	66,3	1,000
Importante	19	23,7	8	10,0	27	33,7	
Poco importante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Fuente: Cuestionario sobre factores socioeconómicos y controles prenatales.

En relación con los factores socioeconómicos, se evidencia que el tiempo desde el lugar de residencia no representa una dificultad para la mayoría de las gestantes (93,7%), mostrando además una asociación estadísticamente significativa con el control prenatal ($p=0,002$), lo que indica que la accesibilidad geográfica influye en la continuidad del seguimiento prenatal. Asimismo, la ausencia de falta de ingreso

económico predomina en el 95% de las gestantes y presenta asociación significativa con el control prenatal ($p=0,008$), evidenciando que la disponibilidad de recursos económicos favorece la asistencia regular a los controles. En cuanto al permiso laboral, la mayor proporción refiere no tener dificultades para obtenerlo (87,5%), observándose una asociación altamente significativa con el control prenatal ($p=0,000$), lo que resalta la importancia de las facilidades laborales para garantizar la atención prenatal oportuna. Finalmente, la percepción del control prenatal como muy importante predomina en el 66,3% de las gestantes; sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el control prenatal ($p=1,000$), lo que sugiere que, aunque existe una valoración positiva, esta no siempre se traduce en una asistencia adecuada.

Respecto al tiempo desde el lugar de residencia hasta el establecimiento de salud, los resultados de este estudio coinciden con lo reportado por Rigcha [14] y se identificaron datos similares respecto a la accesibilidad geográfica de las gestantes a los servicios de salud. En ambos estudios, la mayoría de gestantes indicó que no tenía dificultades para acudir al establecimiento de salud, Esta situación se asocia con un mejor control prenatal. Por lo tanto, la cercanía y la facilidad de acceso son importantes para mantener la continuidad del seguimiento prenatal, especialmente en contextos donde las condiciones de transporte pueden influen directamente en la asistencia a los controles.

Respecto a la accesibilidad geográfica es importante para que las gestantes puedan llevar un control prenatal equitativo. Cuando el tiempo de traslado es corto, aumenta la posibilidad de que las gestantes asistan de manera regular a sus controles, falten menos y mantengan contacto con los servicios de salud. Por eso, vivir cerca del establecimiento de salud ayuda que las gestantes usen de manera oportuna los servicios preventivos [24].

Aunque la mayoría de las gestantes no considera que el tiempo de traslado sea un problema, hay un grupo pequeño que sí enfrenta dificultades para llegar. Esto muestra

que aún existen diferencias en el acceso a la atención prenatal. Estas diferencias pueden deberse a condiciones geográficas, infraestructura vial o disponibilidad de transporte. Por eso es importante reforzar estrategias como la atención extramural, el seguimiento comunitario y la reorganización de los servicios, para que el tiempo de traslado no sea un impedimento para el cuidado prenatal oportuno y continuo [8,9].

Al igual que en nuestro estudio, Acharte [17] también reportó resultados concordantes respecto a la disponibilidad de recursos económicos en las gestantes. Esta coincidencia muestra que contar con ingresos, aunque sea poco, ayuda que las gestantes puedan acceder y continuar con sus controles. Tener la disponibilidad económica permite cubrir gastos indirectos asociados a la atención, como transporte y alimentación, lo que facilita la asistencia regular a los servicios de salud durante la gestación.

En cuanto a lo socioeconómico, el ingreso influye en que la gestante pueda dar prioridad a su salud y la de su bebé. Cuando hay al menos un ingreso mínimo, se reduce la probabilidad de postergar o abandonar los controles prenatales por motivos financieros. Por lo tanto, contar con un ingreso económico contribuye a una mayor adherencia al seguimiento prenatal [23].

Por otro lado, la percepción de estabilidad económica puede generar mayor tranquilidad y disposición para acudir a los servicios de salud, fortaleciendo la relación entre la gestante y el sistema sanitario. Sin embargo, es importante considerar que la ausencia de falta de ingreso no implica necesariamente seguridad económica permanente, por lo que los servicios de salud deben identificar oportunamente a las gestantes en situación de vulnerabilidad y articular acciones de apoyo social que garanticen la continuidad del control prenatal [26].

Con respecto al permiso laboral, los datos del presente estudio son similares a los reportados por Ochoa [16], quien también evidenció que la mayoría de las gestantes no presentaba dificultades para obtener permiso laboral para acudir a sus controles

prenatales. Esta similitud pone de manifiesto la importancia de las condiciones laborales como un factor determinante para la continuidad del control prenatal. La posibilidad de contar con permiso laboral facilita el cumplimiento de las citas programadas y contribuye a una atención prenatal oportuna, reduciendo el riesgo de inasistencias y controles incompletos.

Con respecto al enfoque de la salud ocupacional, el permiso laboral representa un mecanismo de protección para la gestante, ya que permite compatibilizar las responsabilidades laborales con el cuidado de la salud materna. Cuando las gestantes reciben facilidades por parte de su empleador, se fortalece la adherencia al control prenatal y se promueve una cultura de prevención en el ámbito laboral, beneficiando tanto a la madre como al futuro recién nacido [35].

Asimismo, la ausencia de permiso laboral o las restricciones para acceder a este pueden generar estrés, postergación de controles y abandono del seguimiento prenatal. Por ello, los resultados resaltan la necesidad de reforzar el cumplimiento de las normativas laborales vigentes que protegen a la gestante, así como de sensibilizar a empleadores y trabajadores sobre la importancia del control prenatal. De esta manera, se contribuye a mejorar los indicadores de salud materna y perinatal, especialmente en poblaciones económicamente activas [38].

Con respecto a la importancia del control prenatal, los datos encontrados en el presente estudio son similares a los reportados por Malásquez [19], quien también evidenció que la mayoría de las gestantes reconoce el control prenatal como muy importante. Esta similitud refleja un adecuado nivel de sensibilización sobre los beneficios del seguimiento prenatal para la salud materna y fetal. No obstante, a pesar de esta valoración positiva, los resultados muestran que la percepción de la importancia del control prenatal no presenta asociación estadísticamente significativa con su cumplimiento, lo que sugiere que el reconocimiento del valor del control prenatal no siempre se traduce en una asistencia regular y completa.

Desde el enfoque del conocimiento y la percepción en salud, considerar el control prenatal como importante constituye un primer paso para la adopción de conductas preventivas. Las gestantes que valoran positivamente el control prenatal suelen mostrar mayor disposición para recibir orientación, aceptar recomendaciones y participar activamente en su cuidado. Sin embargo, este componente cognitivo debe complementarse con condiciones favorables que permitan llevar a la práctica dicha valoración [35].

Asimismo, la falta de asociación entre la percepción de importancia y el cumplimiento del control prenatal evidencia la influencia de factores externos que pueden limitar la asistencia, como las condiciones económicas, laborales y de accesibilidad geográfica. En este contexto, los resultados resaltan que las intervenciones en salud materna no deben centrarse únicamente en reforzar el conocimiento, sino también en reducir las barreras estructurales que impiden a las gestantes concretar su intención de cuidado, garantizando así una atención prenatal continua y de calidad [42].

4.3. Identificar los factores gineco–obstétricos que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Tabla 3. Factores gineco–obstétricos que se asocian con el control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Factores gineco-obstétricos	Control prenatal						Fisher
	Adecuado		Inadecuado		Total		
	N	%	N	%	N	%	Sig.
Inicio control prenatal							
Menor de 12 semanas	39	48,8	17	21,3	56	70,0	0,798
Mayor de 12 semanas	16	20,0	8	10,0	24	30,0	
Recién inicia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Paridad							
Ninguno	28	35,0	14	17,5	42	52,5	0,810
1 hijo	27	33,8	11	13,8	38	47,5	
2 a 5 hijos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Más de 5 hijos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Embarazo no planificado							
Sí fue planificado	31	38,8	9	11,3	40	50,0	1,147
No fue planificado	24	30,0	16	20,0	40	50,0	

Fuente: Cuestionario sobre factores gineco-obstétricos y controles prenatales.

En relación con los factores gineco-obstétricos, se observa que la mayoría de las gestantes inició el control prenatal antes de las 12 semanas de gestación (70,0%); sin embargo, este factor no mostró asociación estadísticamente significativa con el control prenatal ($p=0,798$), lo que indica que el inicio temprano, aunque frecuente, no garantiza por sí solo un control adecuado. Respecto a la paridad, predominan las gestantes nulíparas (52,5%), seguidas por aquellas con un hijo (47,5%), sin evidenciarse asociación significativa con el control prenatal ($p=0,810$), lo que sugiere que la

experiencia reproductiva no influye de manera determinante en el cumplimiento del control prenatal.

En cuanto al embarazo planificado, se encontró una proporción equivalente entre embarazos planificados y no planificados (50,0% cada uno), sin encontrarse asociación estadísticamente significativa con el control prenatal ($p=1,147$), evidenciando que la planificación del embarazo no condiciona necesariamente la continuidad del seguimiento prenatal. En conjunto, los resultados indican que los factores gineco-obstétricos evaluados, pese a su predominio porcentual, no presentan una relación estadísticamente significativa con el control prenatal en la población estudiada.

Sobre el inicio del control prenatal, en nuestro estudio existió mayor participación de las madres que iniciaron su control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado en Ecuador por Vivanco [13], quien encontró resultados parecidos. Este resultado refleja una tendencia favorable hacia la captación temprana de las gestantes, lo que constituye un aspecto fundamental en la atención prenatal, ya que permite la identificación oportuna de factores de riesgo y la implementación temprana de intervenciones preventivas. No obstante, sin embargo, a pesar de este inicio temprano, no se evidenció asociación estadísticamente significativa con el control prenatal, lo que sugiere que el inicio oportuno no siempre se traduce en un seguimiento adecuado y continuo.

Empezar el control prenatal antes de las 12 semanas es importante para la atención de la gestante, porque permite detectar complicaciones a tiempo y brindar educación en salud desde el inicio del embarazo. Las gestantes que acuden de manera temprana a los servicios de salud tienen más posibilidades de recibir orientación sobre nutrición, signos de alarma y cuidados durante el embarazo, lo que puede ayudar positivamente en los resultados maternos y perinatales [39].

Sin embargo, que este factor no tenga asociación con el control prenatal muestra que seguir con los controles depende de otros factores. El apoyo familiar, la situación económica y las facilidades laborales pueden influir en que la gestante continúe con el

control prenatal. Por eso, los resultados muestran que no solo es importante captar a las gestantes a tiempo, sino también las estrategias de seguimiento y acompañamiento que garanticen un control prenatal completo y sostenido a lo largo de toda la gestación [42].

Sobre la paridad, los resultados del estudio muestran que la mayor proporción de las gestantes no presentó ningún parto previo. Esto es diferente a lo que reportó Alvaro [19], quien encontró una mayor frecuencia de gestantes con uno o más partos. Esta diferencia puede deberse a las características demográficas y reproductivas propias de la población estudiada y los cambios de planificación familiar. Que haya más gestantes primerizas sugiere una población mayoritariamente que recién inician su vida reproductiva, esto podría influir en la forma que acuden a los servicios de salud durante la gestación.

Desde lo clínico, el número de partos previos influye en cómo la gestante percibe el riesgo durante el embarazo. Las gestantes sin experiencia previa de parto suelen mostrar mayor preocupación y disposición para acudir a los controles prenatales, ya que enfrentan la gestación con mayores niveles de incertidumbre. Sin embargo, esta mayor motivación no siempre garantiza un control prenatal adecuado si existen barreras externas que dificulten la continuidad del seguimiento [46].

Por otro lado, la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre la paridad y el control prenatal sugiere que la experiencia reproductiva previa no es un factor determinante en el cumplimiento de los controles. Tanto las gestantes nulíparas como aquellas con partos previos pueden presentar conductas similares frente al control prenatal, dependiendo de otros factores como el apoyo social, el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas. En este contexto, es importante que los programas en salud materna se orienten de manera equitativa a todas las gestantes, sin importar de su paridad [36].

Sobre el embarazo no planificado, los resultados del estudio muestran una cantidad similar de embarazos planificados y no planificados, lo cual esto coincide con lo reportado por Malásquez [19] en su investigación. Que haya tantos embarazos no planificados es algo común en muchos lugares, porque la planificación del embarazo no siempre es un proceso plenamente consolidado, aun cuando las gestantes acceden posteriormente a los servicios de salud. Asimismo, los resultados evidencian que la condición de planificación del embarazo no presentó asociación estadísticamente significativa con el control prenatal, lo que indica que la intención reproductiva no determina necesariamente la adherencia al seguimiento prenatal.

Cuando el embarazo no es planificado al inicio puede generar incertidumbre, estrés o que la mujer demore en aceptar el embarazo. sin embargo, una vez asumida la gestación, muchas mujeres empiezan a cuidarse a sí mismas y a su bebé. Esto podría explicar la ausencia de diferencias relevantes en el control prenatal entre gestantes con embarazos planificados y no planificados, evidenciando una respuesta adaptativa frente a la maternidad [36].

Por otro lado, la falta de asociación entre la planificación del embarazo y el control prenatal pone de manifiesto la influencia de otros factores determinantes, como el apoyo familiar, la accesibilidad a los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas. En este sentido, los resultados sugieren que las estrategias de atención prenatal deben enfocarse en brindar acompañamiento integral a todas las gestantes, independientemente de la planificación del embarazo, fortaleciendo la educación en salud y el soporte psicosocial para garantizar una atención prenatal continua y de calidad [48].

4.4. Describir los factores institucionales que se asocian al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Tabla 4. Factores institucionales que se asocian con el control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Factores institucionales	Control prenatal						Fisher
	Adecuado		Inadecuado		Total		Sig.
	N	%	N	%	N	%	
Trato adecuado del personal de salud							
Nunca	55	68,8	25	31,2	80	100,0	*
A veces	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Ausencia de personal							
Nunca	55	68,8	23	28,7	78	97,5	0,095
A veces	0	0,0	2	2,5	2	2,5	
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tiempo de espera							
Nunca	53	66,3	15	18,8	68	85,0	0,000
A veces	2	2,5	10	12,5	12	15,0	
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Orden en la atención							
Nunca	54	67,5	19	23,7	73	91,2	0,003
A veces	1	1,3	5	6,3	6	7,5	
Siempre	0	0,0	1	1,3	1	1,3	
Inadecuada comunicación entre los servicios							
Nunca	55	68,8	19	27,7	74	92,5	0,001
A veces	0	0,0	6	7,5	6	7,5	
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Citas de control prenatal							
Nunca	55	68,8	22	27,5	77	96,2	0,028
A veces	0	0,0	3	3,8	3	3,8	
Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

Visitas domiciliarias

Más de 3 visitas	10	12,5	9	11,3	19	23,7	
1 – 2 visitas	30	37,5	11	13,8	41	51,3	0,244
Ninguna	15	18,8	5	6,3	20	25,0	

Consejería sobre importancia del control prenatal

Nunca	8	10,0	1	1,3	9	11,3	
A veces	36	45,0	13	16,2	49	61,2	0,070
Siempre	11	13,8	11	13,8	22	27,5	

* *Significancia no calculada por ser una constante.*

Fuente: Cuestionario sobre factores institucionales y controles prenatales.

En relación con el trato del personal de salud, el mayor porcentaje se concentró en la categoría “nunca”, observándose que el 68,8% de las gestantes con control prenatal adecuado refirió no haber presentado problemas en este aspecto, frente al 31,2% con control inadecuado, encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Respecto a la ausencia de personal, predominó la categoría “nunca” con 68,8% en gestantes con control prenatal adecuado y 28,7% inadecuado; sin embargo, no se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p = 0,095$).

En cuanto al tiempo de espera, el mayor porcentaje correspondió a “nunca”, con 66,3% de gestantes con control prenatal adecuado y 18,8% inadecuado, mostrando una asociación altamente significativa ($p = 0,000$). Sobre el orden en la atención, predominó nuevamente la categoría “nunca”, con 67,5% en el grupo con control prenatal adecuado y 23,7% inadecuado, evidenciándose una asociación significativa ($p = 0,003$).

En relación con la inadecuada comunicación entre los servicios, el mayor porcentaje se ubicó en “nunca”, con 68,8% de gestantes con control prenatal adecuado y 27,7% inadecuado, encontrándose significancia estadística ($p = 0,001$). Con respecto a las citas de control prenatal, predominó la categoría “nunca” con 68,8% en gestantes con control prenatal adecuado y 27,5% inadecuado, mostrando asociación significativa ($p = 0,028$).

En cuanto a las visitas domiciliarias, el mayor porcentaje correspondió a “1–2 visitas”, con 37,5% en el grupo con control prenatal adecuado y 13,8% inadecuado; no obstante, no se evidenció asociación estadísticamente significativa ($p = 0,244$). Finalmente, en la consejería sobre la importancia del control prenatal, el mayor porcentaje se concentró en la categoría “a veces”, con 45,0% en gestantes con control prenatal adecuado y 16,2% inadecuado, sin encontrarse asociación estadísticamente significativa ($p = 0,070$).

Con respecto al trato adecuado del personal de salud, se evidenció que la mayor proporción de gestantes se ubicó en el indicador “nunca”, lo que difiere de lo reportado por Vivanco [13], quien encontró que, en su estudio, la mayoría de las gestantes no conocía los factores que se relacionan con la asistencia al control prenatal; esta diferencia podría explicarse por el contexto institucional y las características del servicio de salud, ya que en el presente estudio la percepción favorable del trato del personal parece influir positivamente en la asistencia al control prenatal, mientras que en el estudio de referencia el desconocimiento de dichos factores habría limitado una adecuada valoración de la importancia del control.

Desde el punto de vista analítico, el trato adecuado del personal de salud constituye un factor institucional clave que puede favorecer la continuidad y adherencia al control prenatal, ya que una atención respetuosa, empática y oportuna genera confianza en las gestantes y fortalece el vínculo con los servicios de salud. Cuando las usuarias perciben un trato adecuado, disminuyen las barreras subjetivas para acudir a los controles, lo que repercute favorablemente en la captación temprana y el seguimiento del embarazo [10].

Estos resultados también se pueden entender desde el acceso a los servicios de salud. La calidad de la atención no solo depende de la disponibilidad de recursos, sino también de como trata el personal a la gestante. Cuando el trato es bueno, las gestantes están más satisfechas y favorece conductas de búsqueda de atención oportuna, lo cual resulta fundamental para garantizar un control prenatal adecuado y

reducir riesgos maternos y perinatales [32].

En relación a la ausencia del personal de salud, la mayoría de gestantes señaló que “nunca” ocurre. Este resultado es distinto al de Ochoa [17], quien encontró que la mayoría de sus participantes atribuyó la asistencia completa al control prenatal a otros aspectos distintos a la disponibilidad del personal; esta diferencia podría estar relacionada con diferencias en la organización de los servicios, el contexto institucional y la percepción de las usuarias sobre la continuidad del recurso humano en los establecimientos de salud.

La presencia constante del personal de salud representa un componente esencial para asegurar la regularidad del control prenatal, ya que la estabilidad en la atención permite mantener la programación de citas, brindar seguimiento oportuno y reforzar las intervenciones preventivas. Cuando la ausencia del personal no es percibida como un problema, se reduce la probabilidad de interrupciones en la atención y se fortalece la confianza de las gestantes en el sistema de salud [39].

Asimismo, estos resultados considerando la gestión interna de los servicios, donde una adecuada distribución del recurso humano y el cumplimiento de los horarios establecidos influyen directamente en la experiencia de la usuaria. La percepción de disponibilidad del personal favorece la continuidad del cuidado prenatal, promueve una mayor adherencia a las consultas programadas y contribuye a mejorar la calidad de la atención materna, impactando positivamente en los resultados del embarazo [45].

Con respecto a la inadecuada comunicación entre los servicios, los resultados muestran que la mayor proporción de gestantes se ubicó en el indicador “nunca”, siendo similares a los reportados por Acharte [18], quien evidenció hallazgos concordantes en su investigación; esta similitud sugiere que una adecuada articulación entre los diferentes servicios de salud favorece la continuidad del control prenatal, evitando retrasos, duplicidad de procedimientos y pérdida de información relevante durante la atención de la gestante.

La comunicación efectiva entre los servicios de salud es clave para brindar una atención integral y oportuna durante el embarazo. Esto permite coordinar las acciones, usar mejor los recursos y dar el seguimiento adecuado de las gestantes. Cuando la comunicación interna, funciona bien, se facilita la referencia, contrarreferencia y programación de atenciones, lo que favorece a una mayor adherencia al control prenatal [7].

Estos hallazgos pueden interpretarse desde la calidad de la atención en salud. La coordinación entre los distintos niveles y áreas del establecimiento influye directamente en como la usuaria percibe la atención. Cuando la comunicación es adecuada se reducen las barreras administrativas, mejora la percepción del servicio y fortalece la confianza de las gestantes en el sistema de salud. Esto a la vez motiva que acudan de forma regular a sus controles prenatales y permite detectar a tiempo temprana los riesgos maternos y perinatales [26].

Respecto a las visitas domiciliarias, en este estudio predominó el rango de 1 a 2 visitas. Este resultado es distinto a lo reportado por Álvaro [20], quien encontró una distribución distinta en la frecuencia de estas visitas. La diferencia podría atribuirse a variaciones en las estrategias de seguimiento comunitario, la disponibilidad del personal de salud y las prioridades establecidas por cada institución para el acompañamiento de las gestantes durante el embarazo.

Las visitas domiciliarias son una herramienta clave para el monitoreo del embarazo, sobre todo en gestantes con dificultades de acceso a los servicios de salud. El hecho de que se haya encontrado una frecuencia limitada de visitas, podría deberse a restricciones operativas o una focalización del seguimiento solo en casos considerados de mayor riesgo. Esto influye en la intensidad del acompañamiento que se brinda [41].

Estos hallazgos también se relacionan con el rol de la atención primaria en salud, donde las visitas domiciliarias permiten reforzar la educación sanitaria, identificar

factores de riesgo en el entorno familiar y promover la asistencia regular al control prenatal. Si esta visitas se realiza con mayor frecuencia y de forma organizada pueden fortalecer el vínculo entre el servicio de salud y la gestante, favoreciendo un control prenatal más oportuno y continuo [5,8].

En cuanto a la consejería sobre la importancia del control prenatal, los resultados evidenciaron que la mayor proporción de madres la recibió “a veces”, lo cual coincide con los datos reportados por Malásquez [18], quien encontró resultados similares en su estudio; esta coincidencia sugiere que, si bien la consejería forma parte de las actividades del control prenatal, su aplicación no siempre se realiza de manera constante ni sistemática en todos los contactos con las gestantes.

La consejería constituye un componente fundamental para fortalecer el conocimiento y la percepción de importancia del control prenatal, ya que permite orientar a las madres sobre los beneficios de la atención oportuna, la prevención de complicaciones y la identificación temprana de signos de alarma. La entrega intermitente de consejería podría limitar la consolidación de estos aprendizajes, afectando la toma de decisiones informadas por parte de las gestantes [32].

Estos resultados pueden entenderse desde la promoción de la salud. La continuidad y calidad de la información brindada influyen directamente en las conductas de autocuidado. Una consejería constante y estructurada favorece la adherencia al control prenatal, refuerza la confianza en los servicios de salud y contribuye a mejorar los resultados maternos y perinatales, resaltando la necesidad de fortalecer este componente dentro de la atención prenatal [28].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Dentro de los factores personales, el único que presentó asociación estadísticamente significativa con el control prenatal fue el apoyo de la pareja, con un valor de $p=0,000$. La mayoría de gestantes no contó con dicho apoyo, lo que evidencia que la falta de acompañamiento emocional influye directamente en la decisión de asistir a los controles prenatales.
- Respecto a los factores económicos que se asociaron al control prenatal, se encontró que son el tiempo desde el lugar de residencia (p -valor: 0,000), la falta de ingreso económico y el permiso laboral. Estos hallazgos evidenciaron que las barreras económicas y geográficas limitan el acceso oportuno de las gestantes a los controles prenatales.
- Se evidenció que los factores gineco-obstétricos no presentan asociación estadísticamente significativa con el control prenatal. Este resultado indica que la paridad, inicio del control prenatal y embarazo no planificado no determinan la asistencia al control prenatal, por lo tanto, estaría condicionado por factores personales, económicos e institucionales.
- Se concluye que los factores institucionales asociados significativamente al control prenatal fueron el tiempo de espera, orden en la atención, la inadecuada comunicación entre los servicios y las citas de control prenatal. Esto evidencia que la organización y gestión del servicio influyen directamente en la asistencia oportuna de las gestantes.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Fortalecer la capacitación en perspectiva familiar y de pareja en el plan de estudios de Enfermería, incluyendo contenidos y prácticas que fomentan la implicación activa de la pareja durante el control prenatal.
- Implementar programas de intervención y proyección social dirigidos por docentes de enfermería, orientados a educar y sensibilizar a las parejas sobre la importancia de su acompañamiento durante la gestación.

A los estudiantes de Enfermería de la UNACH

- Promover la intervención activa en prácticas preprofesionales y actividades de extensión que posibiliten a los alumnos de Enfermería sugerir y llevar a cabo estrategias para ayudar a las gestantes, como la conexión con servicios sanitarios y redes comunitarias, con el fin de facilitar el acceso al control prenatal.
- Fortalecer las habilidades de educación y orientación comunitaria para reconocer y enfrentar las dificultades económicas que afectan la asistencia de las gestantes a sus controles prenatales, entre ellas los gastos de transporte, el tiempo requerido para trasladarse al establecimiento de salud, la falta de ingresos y las dificultades para conseguir permiso en el trabajo.

Al personal de salud que brinda atención primaria

- Mejorar la gestión y organización del control prenatal, con el objetivo de promover una atención constante y oportuna a las embarazadas, reduciendo los tiempos de espera y perfeccionando la coordinación del equipo médico mediante una programación apropiada de gestión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brandon E, Guillén C, Zaida Z, Guevara Y, Santos R. Motivos de abandono y ausencia de atención prenatal en mujeres en el puerperio de un hospital público del Perú. [Internet]. 2023. [citado 28 enero de 2025]; 91 (10). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023001000002#:~:text=Motivos%20sociales%3A%20horario%20inflexible%20de,relaci%C3%B3n%20negativa%20con%20la%20familia.
2. Organización Mundial para la Salud. Mortalidad materna infantil [Internet]. España, organización mundial para la salud; 2023 [citada 16 setiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
3. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna n°105 [Internet]. Lima, Perú: MINSA 2013 [consultado 16 de setiembre 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf?v=1594243717.](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf?v=1594243717)
4. Organización Mundial para la Salud. Mortalidad materna [Internet]. España, OMS, 22 de febrero de 2023 [citada 16 setiembre 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)
5. Palacios V, Moquillaza V, Barja J. Características de la atención prenatal y su asociación con el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2024 [citado 2025 Abr 26] ; 92(1): 17-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024000100004&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412024000100004&lng=es) Epub 31-Mayo-2024. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i1.9273>.

6. Organización Panamericana para la Salud. Tendencias en la mortalidad materna [Internet]. América Latina: GINEBRA/NUEVA YORK/WASHINGTON, 23 de febrero de 2023 [citada 16 setiembre 2024].
<https://www.paho.org/es/noticias/23-2-2023-cada-dos-minutos-muere-mujer-por-problemas-embarazo-parto-organismos-naciones>
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. América Latina y el Caribe es la región que menos ha reducido la mortalidad materna en las últimas dos décadas [Internet]. México, 7 de abril del 2025 [citada 03 de enero del 2026]. Disponible en:
<https://mexico.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-es-la-regi%C3%B3n-que-menos-ha-reducido-la-mortalidad-materna-en-las#:~:text=1,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20es%20la%20regi%C3%B3n%20que%20menos,datos%20del%20Sistema%20Interagencial...>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [consultado 9 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-8-de-marzo-cerca-de-17-millones-de-mujeres-conmemoran-su-dia-en-el-peru-14282/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [consultado 9 de septiembre de 2024]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca compendio estadístico [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [consultado 9 de septiembre de 2024]. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6073235/5377908-compendio->

[estadistico-cajamarca-2023.pdf](#)

11. Diresa Cajamarca. Semana de la Maternidad: 24 000 gestantes serán atendidas durante el 2023 en Cajamarca. 24 de mayo de 2023: Ministerio de Salud Cita <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/763709-semana-de-la-maternidad-24-000-gestantes-seran-atendidas-durante-el-2023-en-cajamarca>.
12. Faneite A P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol Venezuela [Internet]. septiembre de 2009 [citado 31 de julio de 2025];69(3):147-51. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322009000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Vivanco G, Reyes EY. Factores que influyen en el Control Prenatal. Revista Dialent [Internet] 2023 [consultado 9 de septiembre de 2024]; Localización: Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional, ISSN-e 2550-682X, (AGOSTO 2023), 2023, págs. 448-462 cita
14. Rigcha Lema BM, Moreira Montalvo JA, Saraguro Salinas SM. Control prenatal y la activación del rol materno en gestantes de un Centro de Salud Tipo C. Latam Revista Latinoamericana Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2025 [consultado el 21 setiembre de 2025];6(3):31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56712/latam.v6i3.4226>
15. Contreras, S, Doubova S, Mejía, C, Infante, C, Pérez R. Factores asociados a la falta de control posnatal materno. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(1):4-11. Disponible en <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395885/pdf/04435117-60-1-4.pdf>
16. Ochoa M, Brigitte V. Factores asociados al control prenatal en mujeres de la Comunidad nativa Santa Marta [Tesis de licenciatura] [Internet]. Perú,; Universidad Nacional Hermilio Valdizán; [consultado 19 de setiembre 2024]. Disponible en:

- <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/183b8be2-4cf4-4ee8-a74f-9c8506bfcedd>
17. Acharte W, “factores sociodemográficos e institucionales relacionados a la inasistencia de la atención prenatal en gestantes del centro de Salud Clas” Tesis de licenciatura [Internet]. Perú, universidad Autónoma de Ica 2021; [consultado 20 de setiembre 2024]. Disponible: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/2543>
 18. Malásquez L “Factores asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes, según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021” [Tesis de licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [consultado 19 de setiembre 2024]. Disponible <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/7542f130-41bc-4997-a9fa-e13df14a1381/content>.
 19. Alvaro ME, Jacay MM. Factores socioculturales asociados a la inasistencia de la atención prenatal en gestantes del Puesto de Salud de Quilcas - Huancayo 2022 [Tesis de titulación] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2023 [citado 1 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6231>
 20. Belling LS. En su estudio Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío de atención prenatal. centro de salud virgen del carmen – bambamarca 2021 [Tesis de posgrado]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 citado 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6655>
 21. Bolaños F. Transculturalidad en la gestión del cuidado perioperatorio”. 2023 [título de Maestría] [Internet]. Cuba, Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado; [consultado 04 de febrero 2025]. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/server/api/core/bitstreams/4f00453e-6474-4470-b448-262c32364bba/content>

22. Fornons D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm [Internet]. septiembre de 2010 [citado 31 de julio de 2025];19(2-3):172-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962010000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Castro Hidalgo NE, García Guerrero EY. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-4 Castilla, Piura 2024 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Tumbes, Perú: Universidad Nacional de Tumbes; 2025 [Citado el 28 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4317fe1f-4a9b-488c-98ab-95ab5b4e40a2/content>
24. Rodrigues BTA, Silva JN, Neves VJ, Silva DRG. Complicações obstétricas em gestantes com idade materna avançada: uma revisão de literatura. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2025;18(7):e040. <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.7-040>
25. Goldenberg, J. Una propuesta de reconstrucción del sentido original del estado civil en el Código Civil chileno. Revista de estudios histórico-jurídicos, 2017, (39), 299-328. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-54552017000100299>
26. Ligua C. Factores que influyen en la inasistencia al control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Bastion Popular. [Tesis de titulación] [Internet]. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018. [citado 19 de setiembre de 2024]. Disponible <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduq/31750/1/CD%20471%20LIGUA%20ARISTEGA%20CARLOS%20ARTURO.pdf>
27. Ohaja M, Murphy-Lawless J, Dunlea M. Spiritual and Religious Aspects of Pregnancy and Birth in Nigeria: Women's Perspectives. Health & Social Care Chaplaincy. 2023;11(2):167-86. <https://doi.org/10.1558/hsc.37408>
28. Silva ICR da, Silva SR, Brito KLSS, Oliveira AS. Perfil socioeconômico e gineco-

- obstétrico das gestantes na atenção primária em saúde - uma revisão sistemática. cpaqv [Internet]. 2025 [consultado el 29 de septiembre de 2025];17(2):11. Disponible en: <https://doi.org/10.36692/V17N2-67R>
29. Rivas Vallejo MP. Los permisos retribuidos por causa de maternidad. Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF 1997;(173-174):5-66. <https://doi.org/10.51302/rtss.1997.18155>
 30. Encalada Arévalo GJ, Hurtado CM, Inga Macancela AP, Saldarriaga Basurto BS. Control prenatal. Tesla Rev Científica [Internet]. 29 de mayo de 2022 [citado 29 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/24>
 31. Martínez A., Vargas J., Mini E. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. An Fac Med. 2019; 80(3):322-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.803.16855>
 32. Tumas N, Godoy A, Peresini V, Peisino M, Boldrini G, Vaggione G et al . El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. PSM [Internet]. 2022 June [citada 20 setiembre 2024] ; 19(2): 224-244. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012022000100224&lng=en.
 33. Zerna-B Cruz M. Identificación de riesgos obstétricos en tiempos de COVID-19 en un área comunitaria de salud, Ecuador. Rev. inf. cient. [Internet]. 2022 Jun [citado 2025 Feb 11] ; 101(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332022000300010&lng=es. Epub 09-Mayo-2022.
 34. Gómez, C Xochil, Anda L de. Muerte fetal por negligencia médica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2020 Feb [citado 2025 Feb 11] ; 63(1): 22-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-

- 17422020000100022&lng=es. Epub 05-Mar-2021. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.1.05>.
35. Guardia, MA, Ruvalcaba JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [Internet]. 2020 Ene [consultado 20 de setiembre 2024] ; 5(1): 81-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es. Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
36. Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad provincial de Chota; 2024 [consultado 20 de setiembre 2024]. Disponible en <https://www.munichota.gob.pe/index.php/municipalidad/ubicacion>
37. Ministerio de Salud. Establecimientos de salud; Chota [Internet]. Lima, Perú: 2023 [consultado 20 de setiembre 2024]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/centro-de-salud-patrona-de-chota-chota/>
38. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=5A2QDwAAQBAJ&dq=64.%09Hern%C3%A1ndezSampieri+R,+Mendoza+CP.+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n:+Las+rutas+cuantitativa,+cualitativa+y+mixta.+1ra+ed.+M%C3%A9xico:+ McGraw->
39. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. marzo de 2017 [citado 31 de julio de 2025];35(1):227-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95022017000100037&lng=es&nrm=iso&tlng=es

40. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=5A2QDwAAQBAJ&dq=64.%09Hern%C3%A1ndez-Sampieri+R,+Mendoza+CP.+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n:+Las+rutas+cuantitativa,+cualitativa+y+mixta.+1ra+ed.+M%C3%A9xico:+McGrawHill;+2018&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjeiJ2lof_zAhU0GbkgGHYydBIYQ6AF6_BAgDEAI
41. Casas J. y et al. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. artículo 52. [Internet]. 2018. [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
42. Kenneth J, Joseph V, Robert E, Albert R, King P, Lebacqz K, et al. Informe Belmont. Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación. [Internet]. USA: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento; 1978. [citado 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://uis.com.mx/assets/belmont.pdf>
43. Polit D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2000.
44. Palacin-Fraga M. Programa Educativo Prenatal en la mejora del conocimiento de los factores de riesgo en los gestantes de un hospital nacional en el Perú. Revista Peruana Ciencias de la Salud [Internet]. 2024 [citado 31 de julio de 2025];6(2):129-36. Disponible en: <https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/527>
45. Öztürk R, Eminov A, Ertem G. Use of complementary and alternative medicine in pregnancy and labour pain: a cross-sectional study from turkey. BMC Complement

- Med Ther [Internet]. 14 de diciembre de 2022 [citado 31 de julio de 2025];22:332. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9749170/>
46. Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 31 de julio de 2025];e613-e613. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003
47. Alvaro ME, Jacay MM. Factores socioculturales asociados a la inasistencia de la atención prenatal en gestantes del Puesto de Salud de Quilcas - Huancayo 2022. [Tesis de Titulación] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2022 [citado 1 de agosto de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6231>
48. Meline-Quiñones V, Rodríguez-Garrido P, Zango-Martin I. Lactancia materna exclusiva y participación en la vida diaria: una perspectiva ocupacional de la maternidad. Braz J Occup Ther. 2020;28(1):86-110. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1871>
49. Carhuamaca S E. Apoyo familiar de pacientes adultos mayores en un centro salud, Lima [tesis de Maestria] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024 [Citado del 29 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9802/EULOGIO%20CARHUAMACA%2C%20SILVIA%20-%20FCCSS.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
50. Solís-Rojas M, Salazar-Salvatierra E, Reyes-González VA. Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2018;7(2):16-20. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018113>
51. Montero E., Villalobos J., Valverde A. Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la Universidad de Costa Rica: un análisis multinivel. Revista Electrónica de

- Investigación y Evaluación Educativa [Internet] 2014 [citado 29 de septiembre de 2025];13(2): 21 p. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/RELIEVE/article/view/17119>
52. Fernández MMSM, Pérez SA, Huici ECI, Martínez MJC, Hernández M, Fuente M. Influencia de la edad materna y la paridad en los resultados finales del parto. En 2020 [citado 29 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Influencia-de-la-edad-materna-y-la-paridad-en-los-Fern%C3%A1ndez-P%C3%A9rez/62c12dacfabfdc8cbbaf6d9d952586d56b7baf50>
 53. Loja NM, Pambi MN, Chamba MJ. Consecuencias y determinantes del embarazo no planificado en estudiantes universitarias: un enfoque integral: Consequences and determinants of unplanned pregnancy in university students: a comprehensive approach. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet].2025 [citado 29 de septiembre de 2025];6(1). Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3484>
 54. Guevara E. Violencia obstétrica. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. [Internet].2021[Consultado el 29 de septiembre de 2025];10(4):7-8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021251>
 55. Béjar V, Madrigal F, Madrigal S. Factores que inciden en el ausentismo laboral y su impacto económico en las organizaciones: Factors that affect work absenteeism and its economic impact on organizations. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet].2025 [citado 29 de septiembre de 2025];6(1). Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3555>
 56. Castro M, Ruiz MP, Carrasco S, Rey I, Moreno P, Quiñones L. Alta de enfermería del paciente en diálisis peritoneal: visita domiciliaria. Procedimientos y Protocolos con Competencias Específicas para Enfermería Nefrológica. [Internet].2024 [Citado el 29 de setiembre de 2025]. <https://doi.org/10.37551/S3020-45420066>

57. Ordoñez-Vargas C, Cornejo-Rivera J, Timoteo-Sánchez A, Vega-Gonzales E. Propuesta de consejería en ecografía obstétrica: un estudio cualitativo. Rev Int Salud Materno Fetal. [Internet]. 2024 [citado el 29 de septiembre de 2025];9(2):25-29. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2025.54.24613>
58. Guevara DI, Chafla LP. Tipos de agendamiento de citas médicas y su función en la calidad de atención al usuario en el nivel de atención: Revisión de literatura. Esprint Investigación. [Internet]. 2025 [Citado el 29 de septiembre de 2025];4(2):235-247. <https://doi.org/10.61347/ei.v4i2.158>
59. Esquivel J, Peris MI, Ocaña MÁ, Ríos De Paz M, De Dios García MD. Coordinación entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad de Von Willebrand. Pharm Care Esp [Internet].2025 [citado 29 de septiembre de 2025];27. Disponible en: <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/879>
60. Koga kk, Podestá LE, Carcelén CG. Calidad de atención y adherencia a los controles prenatales en embarazadas de un centro obstétrico público de Lima, Perú. Rev Peru Cienc Salud [Internet]. 2025 [Citado el 3 de enero de 2026]; 7(2):96-103. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-CalidadDeAtencionYAdherenciaALosControlesPrenatale-10264025%20(1).pd

ANEXO 1

Consentimiento informado

Título de la investigación:

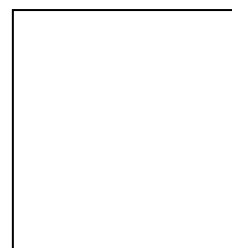
Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Objetivo de la investigación:

Determinar los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.

Yo....., identificado (a) con DNI N°....., mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería, Delgado coronel Rosmeri, Huanambal Bustamante Luz América acepto brindar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota.....de.....del 2025.



Huella

Firma

Anexo 2. Formato de instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de
Enfermería**

“Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.”

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar los factores asociados al control prenatal en gestantes en gestantes atendidas en un establecimiento de Salud de Chota, 2025. Agradecemos su participación y por lo que confiamos en usted que cada pregunta sea contestada con la mayor sinceridad posible.

Instrucción: Para responder el siguiente cuestionario, leer detenidamente cada pregunta y marcar con una "X" la respuesta de su preferencia. Se recomienda elegir solo una opción por pregunta.

Datos Generales

Nombres y apellidos.....

DNI:

Factor personal:

1. ¿Cuál es su edad?

- a) 18 años-35 años
- b) Mayor a 35 años
- c) Menor de 18 años

2. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Comerciante

- b) Estudiante
- c) Ama de casa
- d) Otros

3. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casada
- b) Conviviente
- c) Soltera

4. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- a) Superior técnica
- b) Superior universitaria
- c) Secundaria
- d) Primaria
- e) Analfabeta

5. ¿Cuál es su religión?

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Adventista
- d) Atea
- e) Otros

6. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que no recibe el apoyo por parte de su familia?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

7. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que no recibe el apoyo por parte de su pareja?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

8. ¿No asistió al CPN porque no mostró interés de acudir?

- a) Nunca

- b) A veces
- c) Siempre

Factor socioeconómico:

9. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que le toma mucho tiempo dirigirse de su vivienda al establecimiento de salud?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

10. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que no disponía ingreso económico para su traslado al centro de salud?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

11. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque ha presentado inconvenientes para solicitar permiso en su puesto de trabajo?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

12. ¿Considera importante acudir a todos sus controles prenatales?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante

Factor gineco-obstétrico:

13. ¿Cuántas semanas tenía cuando inició su primer control prenatal?

- a) Menor de 12 semanas
- b) Mayor de 12 semanas
- c) Recién inicia

14. ¿Cuántos hijos tiene?

- a) Ninguno1 hijo
- b) 2 a más hijos
- c) Más de 6 hijos

15. ¿Su embarazo actual fue planificado?

- a) Sí fue planificado
- b) No fue planificado

Factor institucional:

16. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque recibió un trato inadecuado en su establecimiento de salud?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

17. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque el establecimiento de salud no contó con un personal de salud para su atención?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

18. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que espera mucho tiempo para su atención?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

19. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que no se sigue el orden en la atención?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

20. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque considera que hubo una inadecuada comunicación para su recepción con otros servicios?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

21. ¿En alguna ocasión, decidió faltar a sus controles prenatales porque consideró que su cita acordada no fue cumplida?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

22. ¿Cuántas visitas a su domicilio le ha realizado algún personal de salud?

- a) Más de 3
- b) 1-2
- c) Ninguno

23. ¿En alguna ocasión, recibió consejería sobre la importancia de acudir a cada uno de sus controles prenatales?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

Revisión de historias clínicas:

N° de controles prenatales:

Anexo 3. Ficha de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
**Escuela Profesional de
Enfermería**

“Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.”

- **Cantidad de controles prenatales durante la gestación**

N°	Nombres y apellidos	N° de controles	Gestante controlada/no controlada

Dichos controles prenatales fueron tomados del carnet materno perinatal y/o de las historias clínicas de las gestantes participantes

Anexo 04 Matriz de consistencias

Titulo	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas e Instrumentos
Factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.	¿Cuáles son los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de Salud de Chota, 2025?.	Objetivo general Determinar los factores asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025. Objetivos específicos Describir los factores personales que se asocian al control prenatal. Identificar los factores socioeconómicos que se asocian al control prenatal. Identificar los factores gineco-obstétricos que se asocian al control prenatal. Describir los factores institucionales que se asocian al control prenatal.	Hi: Existen factores personales, socioeconómicos, gineco-obstétricos e institucionales significativamente asociados al control prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025. H0: No existen factores personales, socioeconómicos, gineco-obstétricos ni institucionales significativamente asociados al control prenatal en gestantes	Técnicas La encuesta y el análisis documental. Instrumentos Se utilizará como instrumento el cuestionario para medir ambas variables de estudio: Factores asociados y control prenatal.

			atendidas en un establecimiento de salud de Chota, 2025.	
--	--	--	--	--