

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA



FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A
CONTROLES PRENATALES EN EMBARAZADAS DURANTE ABRIL-AGOSTO EN
US SONSONATE EN 2024

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTORADO EN MEDICINA

INTEGRANTES:

OSCAR SELLERS GAITAN SANTOS

KAREN ABIGAIL LOPEZ CANIZALEZ

CLAUDIA PAOLA LOVO HERNÁNDEZ.

ASESORA: DRA CONCHITA MARIA CECILIA GOMEZ CAMPO.

FECHA: OCTUBRE 2024.

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
A) Situación problemática	2
B) Enunciado del problema	5
C) Objetivos de la investigación:	5
D) Contexto de la investigación:	6
E) Justificación:	7
E. Factibilidad de la investigación	9
CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	10
A) Estado actual del hecho o situación de estudio	10
1. Embarazo	10
2. Ley Nacer Con Cariño	13
3. Atención prenatal según ley nacer con cariño. (22)	14
4. Mortalidad Materna en el embarazo	20
5. Según su causa las muertes maternas se pueden clasificar en: (14)	23
6. Atención prenatal:	25
7. Control prenatal:	26
8. Clasificación del control prenatal:	26
9. Componentes del control prenatal:	27
10. Requisitos del control prenatal:	30
11. Promoción de un embarazo saludable mediante controles prenatales:	32
12. Percepción:	34
13. Adherencia	35
14. Adherencia a los controles prenatales	36
15. La asistencia al Control Prenatal	37
16. Factores socioculturales y la adherencia a controles en el embarazo.	38
17. Factores sociales relacionados al abandono de controles prenatales	40
18. Factores culturales	44
4. Hipótesis	45
CAPITULO 3 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	46
A) Enfoque y tipo de investigación:	46
B) Sujeto y objeto de estudio	46
1. Población:	46
2. Muestra:	46
3. Unidad de análisis:	47

4. Criterios de inclusión:	47
5. Criterios de Exclusión	47
6. Variables e indicadores	48
C) Técnicas a emplear en la recopilación de información	53
D) Instrumentos de registro y medición	53
E) Aspectos éticos de la investigación	58
F) Procesamiento y análisis	60
G) Cronograma de actividades:	61
H) Presupuesto:	66
I) Estrategias de utilización de resultados	67
J) Fuentes de información consultadas	67
CAPITULO 4: ANALISIS DE LA INFORMACION	68
A) Resultados	68
B) Discusión de resultados	91
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
A) Conclusiones	94
B) Recomendaciones	96
FUENTES DE INFORMACIÓN	99
I) ANEXOS:	101
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	101
ANEXO 2: GLOSARIO	104
ANEXO 3: CUESTIONARIO	108
ANEXO 4: VALIDACION DE INSTRUMENTO	112

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro más sincero y profundo agradecimiento a todas las personas que de alguna manera, contribuyeron al desarrollo y culminación de esta tesis. Este trabajo es el fruto de un esfuerzo colectivo, y nada de esto habría sido posible sin el apoyo, el amor y la guía de muchos.

En primer lugar, agradecemos a Dios por permitirnos culminar este trabajo quien ha sido nuestra fortaleza y luz en todo momento. Reconocemos que nos ha guiado en este camino y aún en los momentos de dificultad su gracia y favor han estado para con nosotros permitiéndonos avanzar y culminar este proceso con éxito. Creemos en que Dios ha sido nuestro refugio y nuestra fuente de inspiración a lo largo de este camino.

A nuestros padres, quienes han sido el pilar fundamental en nuestras vidas, expresamos nuestro más profundo agradecimiento. Gracias por todo el amor, el sacrificio y la fe inquebrantable en nuestras capacidades. Su ejemplo de perseverancia, entrega y trabajo arduo ha sido la motivación que nos impulsó a superar cada obstáculo en este proceso académico. Este logro también les pertenece, porque sin su constante apoyo y esfuerzo, no habríamos alcanzado esta meta.

Deseamos también expresar nuestra gratitud a nuestros catedráticos y mentores, quienes, con paciencia y dedicación, nos brindaron su conocimiento, compartieron su experiencia y nos guiaron en cada paso de nuestra formación. Gracias a ellos, no solo hemos adquirido conocimientos valiosos, sino que también hemos aprendido la importancia de la ética, el esfuerzo y el amor por la profesión. Este trabajo es, en gran

parte, un reflejo de la influencia y enseñanza de aquellos que se dedicaron a formar profesionales comprometidos.

Asimismo, agradecemos a nuestros compañeros de clase y amigos, quienes compartieron con nosotros largas jornadas de estudio, momentos de incertidumbre y de alegría, y quienes nos ofrecieron apoyo en cada momento necesario. La amistad y el compañerismo que surgieron a lo largo de estos años se convirtieron en un pilar fundamental para la realización de este trabajo.

Finalmente, extendemos nuestro agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que, de alguna manera, aportaron su apoyo, ya sea brindando información, recursos o motivación. Cada pequeño gesto de aliento, cada consejo y cada palabra de apoyo fueron fundamentales para que mantuviéramos la fe en este proyecto y continuáramos adelante.

Este logro es el resultado de un esfuerzo compartido, y dedicamos este trabajo a todos aquellos que de una u otra forma fueron parte de esta travesía académica.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas durante todo el período de gestación mientras se acerca el día del parto. Esto incluye la promoción de un estilo de vida sano, adecuada nutrición, así como la detección y prevención de enfermedades de manera precoz. Los controles prenatales regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos refiriendo oportunamente a la especialidad pertinente para cada condición cuando este sea necesario. La falta de controles prenatales trae consigo complicaciones tanto maternas como neonatales que en algunas ocasiones pueden ser irreversibles y mortales. Entre algunas complicaciones obstétricas tendríamos las hemorragias postparto, embarazos ectópicos, Síndrome de HELLP, Ruptura uterina, sepsis, tromboembolismo pulmonar y eclampsia. En El Salvador se estima que entre el 2011 y el 2021 el porcentaje de personas gestantes que acudieron a cuatro consultas o más de atención prenatal durante el embarazo ascendió en un porcentaje de 75.3% a 80%. A nivel de Latinoamérica se ha evidenciado que los siguientes factores socioculturales están asociados al cumplimiento inadecuado de los controles prenatales estado civil casada, nivel educativo bajo, adolescentes, nivel socioeconómico bajo, vivir a más de 5 km de un centro de salud y poseer un empleo. Por lo tanto, nuestro principal objetivo fue identificar todos estos factores implicados que con más frecuencia afectan negativamente a las embarazadas y concientizar sobre la importancia de los controles prenatales y sus beneficios tanto a corto como a largo plazo para la salud materna y fetal.

CAPITULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A) Situación problemática

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Aunque no es posible obtener estudios científicos randomizados, los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles de embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal. Además de los cuidados médicos, el control prenatal debería incluir educación, soporte emocional y preparación para el parto. (1)

Uno de los principales objetivos del control prenatal es la identificación temprana del embarazo, reconociendo que una inscripción oportuna permitirá elaborar un plan de nacimiento que reúna todos aquellos factores internos como externos que permitan durante su embarazo hasta el momento del parto satisfacer las necesidades biopsicosociales en beneficio de ella, su bebé y entorno familiar, integrando las atenciones de acuerdo a las necesidades que se vayan identificando en apoyo a su salud mental, entorno social y a la valoración de riesgos biológicos. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo

importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. (3)

Así mismo, la UNICEF a nivel mundial, estima que el 86% de las mujeres embarazadas acceden a la atención prenatal con personal de salud capacitado al menos una vez, solo tres de cada cinco (62%) reciben al menos cuatro visitas prenatales. En las regiones con las tasas más altas de mortalidad materna, como África subsahariana y Asia meridional, incluso menos mujeres recibieron al menos cuatro visitas prenatales (el 52% y el 46%, respectivamente).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se han realizado una serie de estudios, dirigidos a profundizar acerca de los factores asociados a la no asistencia al control prenatal y causas de abandono del mismo. Primeramente, el trabajo de investigación presentado por Salcedo, Yanet, (3) Perú, titulado; “Factores sociodemográficos asociados a un inadecuado control prenatal en las puérperas del Hospital Sergio E. Bernales. 2015 - 2016”, con 264 puérperas. Los resultados fueron: existen factores epidemiológicos que muestran tendencia asociada de tener riesgo de un inadecuado control prenatal como: rango de edad de 14 a 18 años, más de tres hijos y grado de instrucción primaria.

Entre los factores socioeconómicos: la dependencia económica y vivienda zona rural muestran tendencia asociada a aumentar el riesgo, mientras que el grado de instrucción primaria reduce el riesgo de tener inadecuado control prenatal y dentro de los factores maternos el no tener comorbilidad durante la gestación muestra tendencia a estar asociado a ser un factor protector de no tener un inadecuado control prenatal (3), Edo Falcón cuyo objetivo fue “Determinar los Factores contributivos para el control prenatal tardío en mujeres con un rango de edad entre 14 y 43 años”. Presentaron un

estudio de tipo descriptivo, de campo de corte transversal, incluidas 186 pacientes obstétricas, pertenecientes al registro de control prenatal, en donde concluyeron que el ingreso económico, el nivel de instrucción y bajo conocimiento sobre el control prenatal y su importancia interfieren en el inicio oportuno de las consultas prenatales.

En El Salvador en 2010 94% de las embarazadas recibió al menos un control prenatal durante su embarazo y 78% tuvo cuatro controles; la atención hospitalaria del parto en el mismo año ascendió a 90% y solo 59% recibió control posnatal; del total de partos, 25% finalizó en cesárea y 7,7% de los embarazos terminó en aborto. (4)

En cuanto al control prenatal, entre el 2011 y el 2021 se observa un aumento en el porcentaje de personas gestantes que acudieron a cuatro consultas o más de atención prenatal durante el embarazo, ya que este pasó de 75.3% a 80%.

La mayoría de las defunciones maternas ocurren durante o poco después del parto y casi todas podrían prevenirse si las mujeres embarazadas tuvieran acceso al cuidado de calidad durante el periodo prenatal y el periodo crítico alrededor del parto y alumbramiento, cuidado que debe de ser brindado por un profesional de la salud con las habilidades necesarias, en servicios de salud que cuenten con el equipo y los medicamentos necesarios para prevenir y controlar las posibles complicaciones. Las mujeres más pobres, con nivel de escolaridad más bajo y las que viven en zonas rurales tienen menor probabilidad de ser atendidas durante el embarazo, parto y el puerperio por personal capacitado en comparación con las mujeres con mayor nivel de escolaridad que viven en los hogares más ricos o las zonas urbanas. (3)

La inaccesibilidad geográfica, cultural, económica y social constituyen las principales razones de dicha desigualdad. No es suficiente que los servicios de salud estén

disponibles, sino que la atención que brinden sea de buena calidad y apropiada de acuerdo a los patrones culturales y sociales de la población. (3)

B) Enunciado del problema

¿La adherencia a los controles prenatales se ve afectado por la influencia de los factores socioculturales en mujeres embarazadas durante Abril-Agosto del 2024 en Unidad de Salud de Sonsonate?

C) Objetivos de la investigación:

Objetivo General:

Describir la influencia de los factores socioculturales en la adherencia de controles prenatales en embarazadas que asisten a sus controles en el periodo de Abril a Agosto de 2024 en US de Sonsonate

Objetivos Específicos:

1. Evaluar la percepción que tienen las embarazadas acerca de la relevancia de los controles prenatales.
2. Identificar los factores socioculturales que inciden en la adherencia de los controles prenatales entre las embarazadas.
3. Mencionar los principales factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales.

D) Contexto de la investigación:

A nivel de Latinoamérica se ha evidenciado que los siguientes factores socioculturales están asociados al cumplimiento inadecuado de los controles prenatales estado civil casada, nivel educativo bajo, adolescentes, nivel socioeconómico bajo, vivir a más de 5 km de un centro de salud, poseer un empleo. (3)

En el Salvador en cuanto al control prenatal, entre el 2011 y el 2021 se observa un aumento en el porcentaje de personas gestantes que acudieron a cuatro consultas o más de atención prenatal durante el embarazo, ya que este pasó de 75.3% a 80%. (4)

La presente investigación se realizará en la unidad de consulta de salud de Sonsonate, del municipio de Sonsonate, ubicada en el departamento de Sonsonate. La unidad de salud cuenta con consulta médica general y con la posibilidad de ofrecer consulta por especialidad a la población en las siguientes áreas Odontología, Medicina Interna- Familiar, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Nutrición, Fisioterapia, Psicología y Atención de Emergencias.

En la unidad de salud (US) de Sonsonate se atienden una media diaria de aproximadamente 18 a 28 gestantes entre citadas y demanda espontanea, que forman la población de estudio en la que se buscó conocer la incidencia de embarazos y la influencia de los factores socioculturales en el cumplimiento de los controles prenatales.

Cabe destacar y aclarar que el presente proyecto de investigación se realizó en el periodo de Abril a Agosto en el año 2024, utilizando para su elaboración únicamente aquellas pacientes que consulten o que consultaron a lo largo de este periodo.

E) Justificación:

El presente trabajo está enfocado a esclarecer la influencia de los factores sociales y culturales involucrados en la adherencia de las mujeres embarazadas a los controles prenatales correspondientes debido a que por muchos años atrás en El Salvador se ha presentado una alta tasa de embarazos los cuales se asocian a un bajo nivel educativo y socioeconómico entre otros factores familiares y culturales que juegan un rol importante en el desarrollo natural de las personas y por lo tanto en la planificación adecuada de un embarazo deseado a la edad oportuna con el consecutivo seguimiento a los controles prenatales los cuales son fundamentales para prevenir futuras posibles complicaciones maternas y perinatales.

La organización panamericana de la salud define control prenatal como: “el conjunto de actividades que se realizan en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de ella y su hijo” (2). El propósito de este seguimiento es la detección de las alteraciones del embarazo para impactar de forma oportuna en la disminución de muertes maternas y neonatales. La inasistencia a los respectivos controles o asistencia de forma irregular conlleva a riesgos de la salud de la madre y el niño que pueden conducir posteriormente a alteraciones graves.

A nivel mundial la atención prenatal es una prioridad que engloba una serie de estrategias destinadas a optimizar los resultados de un embarazo exitoso, por lo tanto, se requiere de continuidad de las gestantes a sus controles prenatales para prevenir en la medida de lo posible las futuras complicaciones. La falta de controles prenatales trae consigo complicaciones tanto maternas como neonatales que en algunas ocasiones pueden ser irreversibles y mortales. Entre algunas complicaciones obstétricas tendríamos las hemorragias postparto, embarazos ectópicos, Síndrome de

HELLP, Ruptura uterina, sepsis, tromboembolismo pulmonar y eclampsia. Otra consecuencia de la falta de control o falta de adherencia es la mortalidad perinatal lo que se constituye en un problema importante de salud que refleja las condiciones de desarrollo, cultura, educación y salubridad de un área específica (4)

La OMS destaca que el alto número de muertes maternas en algunas partes del mundo refleja inequidades en el acceso a los servicios de salud y las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad de la mortalidad materna (99%) corresponde a los países en desarrollo.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas y es por esto que las mujeres necesitan el acceso a la atención, a una atención especializada durante el parto y a la atención post parto. (8)

Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. (6)

Según un estudio realizado en Venezuela en el 2020 reporta que los factores socioculturales asociados al cumplimiento inadecuado de los controles prenatales son estado civil casada, nivel educativo bajo, adolescentes, nivel socioeconómico bajo, vivir a más de 5 km de un centro de salud, poseer un empleo. En este estudio se evidenció que la mayoría de las participantes incumplió con la frecuencia y número de las consultas prenatales. (9)

Por lo tanto, nuestro principal objetivo es identificar todos estos factores implicados que con más frecuencia afectan negativamente en las embarazadas y su adherencia a los controles prenatales; además de concientizar sobre la importancia de los controles prenatales y sus beneficios tanto a corto como a largo plazo para la salud propia y de su bebe y de esta misma forma educar a la población en general acerca de la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo.

F. Factibilidad de la investigación

Para desarrollar esta investigación se contó con todos los permisos de las autoridades pertinentes entendiéndose por estos al comité de ética de la Universidad Evangélica De El Salvador UEES, Dirección de la unidad de salud intermedia de Sonsonate y comité de ética regional CEIS, para poder realizar los acercamientos necesarios a los sujetos de investigación. Así mismo se cuenta con un equipo de investigación compuesto por 3 médicos en servicio social y un médico asesor metodológico.

El tiempo estimado para la recolección de datos comprende desde abril, mayo, junio, julio y agosto, se cuenta 3 investigadores, así como con el equipo y material necesario para realizar dicha investigación, como transporte, tiempo, computadoras, impresiones, instrumento recolector de datos y todo lo que refiere un insumo esencial para la ejecución de esta.

CAPITULO II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A) Estado actual del hecho o situación de estudio

1. Embarazo

El embarazo, es un evento natural del ciclo reproductivo. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, puede conllevar a la muerte de la madre y también del recién nacido. Los riesgos de muerte materna pueden reducirse mediante las intervenciones de atención de salud tales como, control de embarazos saludables y atención del parto y el puerperio por personal capacitado. (11)

El embarazo es el período que transcurre entre la concepción y el parto. En esta etapa el feto se desarrolla dentro del útero materno. Para los seres humanos el embarazo dura aproximadamente 288 días. El embarazo es un período de intenso crecimiento y desarrollo para el bebé. La ingesta adecuada de nutrimentos durante el embarazo promueve estos procesos, mientras que la malnutrición (desnutrición y sobre nutrición) se asocia con resultados adversos del embarazo. Por lo tanto, es importante mejorar la nutrición materna antes, durante y después del embarazo.

La iniciativa de la Maternidad Saludable y Segura surge en el año 1987 en donde las Naciones Unidas convocaron la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia) que formuló un "Llamado a la Acción " para reducir los riesgos de embarazo y disminuir la mortalidad materna. Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Inter agencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP) la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial. (8)

En septiembre de 2000, la mayor reunión de jefes de Estado de toda la historia marcó el comienzo del nuevo milenio con la adopción de la Declaración del Milenio, que fue aprobada por 189 países y se tradujo en ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015. Dichos objetivos consisten en reducir la pobreza y el hambre, mejorar la educación, hacer frente a las inequidades de género, a los problemas sanitarios y a la degradación del medio ambiente, y crear una alianza mundial en pro del desarrollo.

Según la OMS, para reducir las muertes prenatales y las complicaciones en la mujer gestante se debe mejorar la calidad de atención prenatal, para que así la gestación sea una etapa segura para la mujer que lo está cursando. Méndez, Morales, Chanduvi, & Arango También nos dice que la intervención del profesional de la salud es muy importante porque el brindara apoyo e información a la gestante a través de la promoción de los estilos de vida saludable, para prevenir los posibles factores de riesgo y a su vez la reducción de las complicaciones obstétricas al momento de la finalización del embarazo. Tumas, y otros nos dice lo siguiente ya que la mortalidad materna actualmente aumentado su cifra a nivel mundial, cada día alrededor de 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. Más del 56% de las mujeres reciben menos de cuatro controles prenatales a lo largo de su embarazo según lo afirmado por Barros & Velasco. (7)

En el año 2016, unas 330.000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de bebés murieron en los primeros 28 días de vida y el número de mortinatos llegó a 2,6 millones según Reyes, Cordero, Báez, & Nava (11). La atención prenatal y posnatal de alta calidad puede prevenir muchas de estas enfermedades; sin embargo, en todo el mundo, solo el 64 % de las mujeres reciben

atención prenatal cuatro o más veces durante el embarazo. (Herrera, Granja, & Bedoya. (11)

Los cuidados que recibe una mujer antes de quedar embarazada. Incluyen la educación y el correcto asesoramiento sobre salud reproductiva, la optimización del control de los trastornos médicos y la atención especializada, cuando corresponda. Hasta el 30 por ciento de las mujeres embarazadas comienzan la atención prenatal en el segundo trimestre del embarazo, pero es de vital importancia los cuidados previos a la concepción (por ejemplo, suplementación de ácido fólico, evitar el alcohol y algunos medicamentos) para la prevención de anomalías congénitas. (11)

Durante el embarazo el organismo de la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos, a todos niveles, que tienen la finalidad de adaptarse y dar respuesta a la gran demanda que representan las 40 semanas de gestación que durará la formación un nuevo ser humano en su interior. Dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua, a lo largo de todo el embarazo y van desde cambios cardiovasculares, digestivos, pulmonares, hematológicos y endocrinos, los cuales al final también terminan por revertirse de manera paulatina durante el puerperio. Los cambios fisiológicos se relacionan con el desarrollo de distintos síntomas, signos y alteraciones en la mujer embarazada, así como cambios en los parámetros de los estudios paraclínicos, lo cual hace que resulte especialmente relevante que el médico general o de primer contacto esté familiarizado con estos cambios y el momento en el que ocurren en el embarazo, para que pueda realizar una oportuna identificación de las alteraciones que pueden representar estados patológicos que resulten una amenaza para el bienestar materno y fetal . (12)

2. Ley Nacer Con Cariño

Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, es una ley impulsada por la primera dama de la República Gabriela Rodríguez de Bukele, que permite propiciar un Sistema Nacional Integrado de Salud, que garantice el derecho a la salud de la madre y su hijo o hija, y por tanto es obligación del Estado garantizarles un proceso digno desde el momento preconcepcional, embarazo, trabajo de parto, parto, postparto y lactancia. (23)

Además de establecer las prácticas clínicas y no clínicas esenciales que apoyan una experiencia de parto positiva, el protocolo de asistencia descarta las prácticas de atención durante el parto no basadas en la evidencia o innecesarias, que pueden ser perjudiciales y debilitar las capacidades de parto innatas de las mujeres, tales como Pelvimetría clínica, Rasurado púbico, Enema evacuante, Cardiotocografía clínica., Canalización de acceso venoso, Administración de fluidos, Restricción de líquidos y alimentos, Administración de oxitocina sintética, Dilatación manual, Amniotomía, Coriodieresis, Partograma con línea de alerta, Restricción de movilidad durante el trabajo de parto, Posición supina ginecológica, Maniobra de Kristeller, Irrigación genital con clorhexidina o yodo, Pujo dirigido, Maniobra de Ritgen, Episiotomía rutinaria, Masaje uterino, Revisión cervical rutinaria, Tacto rectal en postparto. Dichas prácticas, a la vez desaprovechan los recursos, reducen la equidad y atentan contra los derechos de madres y bebés.

Los presentes protocolos tienen por objeto, establecer los criterios y pautas en el Sistema Nacional Integrado De Salud (SNIS) para vigilar y atender la salud en la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido de bajo riesgo, con base a la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso

y Sensible para el Recién Nacido, y promueven la efectividad y la seguridad de la atención; sistematizando prácticas sanitarias que han demostrado ser seguras, efectivas, eficaces y menos costosas. Los mismos deben ser aplicados en todos los niveles de atención, para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

3. Atención prenatal según ley nacer con cariño.

La atención prenatal adecuada en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciando acorde al riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Sus objetivos son los siguientes:

- Detección de enfermedades maternas subclínicas.
- Identificación de factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de complicaciones del embarazo.
- Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- Disminución de molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Educación prenatal.

La atención prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos: ser precoz, periódica, completa e integral, de amplia cobertura y con calidez. Debe, además, poner énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera

respetuosa. Una experiencia positiva de embarazo puede sentar las bases para una maternidad saludable. (20)

Uno de los principales objetivos es la identificación temprana del embarazo, reconociendo que una inscripción oportuna permitirá elaborar un plan de nacimiento que reúna todos aquellos factores internos como externos que faciliten, durante su embarazo hasta el momento del parto, satisfacer las necesidades biopsicosociales en beneficio de la mujer, su bebé y su familia; integrando las acciones de acuerdo a las necesidades que se identifiquen en apoyo a su salud mental, entorno social y a la valoración de riesgos biológicos.

Según la ley nacer con cariño el personal de salud debe cumplir con las siguientes actividades, durante la inscripción y controles subsecuentes:(20)

1. Favorecer un ambiente cálido y de confianza, a través de lenguaje y actitudes amables, garantizando la privacidad y escucha a la mujer y su acompañante, con el fin de generar el espacio adecuado donde puedan expresar sus inquietudes y expectativas, realizando una consulta prenatal completa.
2. La mujer puede ser acompañada por su pareja o por otra persona de su confianza.
3. Iniciar la inscripción de la mujer presentándose con su nombre y como profesional de salud (personal médico, enfermería, profesional materno infantil), que les atenderá a ella y a su acompañante.
4. Identificar riesgo de atención prenatal:
 - Completar la hoja de clasificación de riesgo, en la primera atención para definir si es elegible para control prenatal básico o especializado.

- Completar las secciones «Antecedentes médicos generales» y «Embarazo actual» de la Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal se realizará durante la inscripción y controles subsecuentes. De identificarse alto riesgo (una respuesta afirmativa a uno o más criterios), referir al médico obstetra del establecimiento, según lineamientos establecidos.

- Completar la sección «Antecedentes obstétricos» con la información correspondiente por parte del recurso designado para tal fin en cada institución miembro del SNIS, previo a la consulta de inscripción.

5. Confección de historia clínica perinatal y completar agenda prenatal.

6. Calcular Edad Gestacional y Fecha Probable de Parto.

7. Realizar el examen físico completo céfalo-caudal:

- Inscripción (45 min.): cavidad oral, control de signos vitales, examen mamario, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, posición fetal (según edad gestacional), colocación de espéculo vaginal y toma de citología cérvico-vaginal (PAP) de no estar vigente, peso y talla (IMC), examen de miembros inferiores. La inscripción debe ser, idealmente, a las 12 semanas.

- Controles subsecuentes (30 min.): cavidad oral, control de signos vitales, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, posición fetal, peso, examen de miembros inferiores. Los controles subsecuentes serán: 20, 26, 32, 36, 38 y 40 semanas; ésta última tendrá lugar en el hospital exclusivamente para valoración de bienestar fetal y para citar a las 41 semanas de no iniciar espontáneamente el trabajo de parto.

8. Tomar pruebas de laboratorio y gabinete, según sea el caso, valorar de forma individual

- Inscripción: Indicar Hemograma completa, Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (HIV), Reagina Plasmática Rápida (RPR), Tipeo Sanguíneo mas grupo Rh, Examen General De Orina (EGO), glicemia, tira rápida de orina, Descartar (D/C) anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes. Indicar ecografía entre las 11-14 semanas.

- 2do trimestre: Indicar Hemograma completa, HIV, RPR, EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes y Prueba de O' Sullivan (entre las 24 y las 28 semanas). Indicar ecografía entre las 22-24 semanas.

- 3er trimestre: Indicar Hemograma completa, HIV, Prueba rápida para sífilis (PRS), EGO, glicemia, tira rápida de orina, D/C anemia, D/C infección de vías urinarias y dar tratamiento según lineamientos vigentes. Indicar ecografía entre 32-34 semanas.

9. Detectar y diagnosticar patologías obstétricas y no obstétricas, interconsulta o referir a la mujer embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

10. Identificar problemas de salud mental a través de la escala de experiencia en el embarazo, escala PES (Pregnancy Experience Scale).

11. Detectar e identificar estigmas, signos y síntomas que permitan identificar a víctimas de violencia en todas sus formas utilizando la hoja de tamizaje de violencia y la hoja de tamizaje de violencia a mujeres embarazadas.

12. Educar comunicando de forma sencilla, asertiva y accesible a la mujer embarazada y su acompañante sobre:

- Autocuidados y evolución del embarazo saludable, estrategias a seguir y, signos y síntomas de alarma.
- La importancia del rol del acompañante en todo el proceso.
- La importancia de la Educación Prenatal, así como informar y fomentar la participación de la mujer y su pareja en la preparación prenatal que se brinda en el primer nivel de atención y en los Hogares de Espera Materna.
- Lactancia materna.

13. Realizar prevención y tratamiento a través de las siguientes intervenciones:

- Administrar micronutrientes

Hierro: para prevención de la anemia indicar 60 mg de hierro elemental más 0.4 mg de ácido fólico diarios. Para tratamiento de anemia indicar 120 mg de hierro elemental más 0.4 mg de ácido fólico diarios. Asesorar modo de ingesta para mejorar la absorción. (El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso).

Ácido fólico: para prevención de ocurrencia de defectos del tubo neural, indicar 0.4 mg diarios y para prevención de riesgo de recurrencia indicar 4 mg diarios. (En ambos casos hasta las 12 semanas comenzando lo antes posible si es que la mujer no comenzó la ingesta de ácido fólico previo al embarazo).

- Ver protocolo de atención preconcepcional.
- Realizar atención odontológica.
- Dar atención nutricional
- Aplicar la vacuna antitetánica Td, Tdpa, influenza y COVID-19

- Detectar y dar tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Detectar y dar tratamiento de infecciones de vías urinarias e infecciones vaginales.
- Detectar y dar referencia a las mujeres embarazadas con VIH.
- Diagnosticar y dar manejo en enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes con el embarazo. Si representan un riesgo para el embarazo, dar referencia.
- Detectar y referir en caso de complicaciones del embarazo.
- Indicar Tipo Rh a la pareja de aquella mujer embarazada con tipo Rh negativo. Indicar profilaxis con gammaglobulina hiperinmune anti-D a mujeres si el tipo Rh de la pareja es positivo, a las 28 semanas de gestación.
- Prescribir medicamentos de acuerdo con Listado Institucional de Medicamentos Esenciales (LIME) observando el Formulario Terapéutico Nacional.

14. Citar al próximo control.

15. Confeccionar el plan de nacimiento (en la consulta de las 32 o 36 semanas) en conjunto con la mujer embarazada y su acompañante, con el fin de conocer sus deseos y preferencias, y brindar información y opciones si las hubiera en torno a la atención del parto y nacimiento para garantizar el cumplimiento de este en la instancia correspondiente.

16. Brindar información sobre los Hogares de Espera Materna (HEM) como alternativa para su permanencia durante las últimas semanas de embarazo, así como también en otras situaciones relacionadas a su salud, a mujeres cuyas condiciones sociales lo requieran. En los HEM también funcionará la educación prenatal para las mujeres y sus acompañantes.(20)

4. Mortalidad Materna en el embarazo

Cada minuto, a nivel mundial, una mujer muere a causa de su embarazo sobre todo en los países en vías de desarrollo, lo que implica la pérdida de más de 10 millones de vidas en una generación. Una de cada 48 mujeres en los países en vías de desarrollo tiene posibilidades de morir por la misma causa y en contraste, en los países desarrollados la relación es de 1 a 1,800. (13)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la mayoría de las muertes maternas son evitables. Si se parte de esta premisa, el aumento en las cifras registradas en El Salvador, en los últimos años, es una alarma que debe focalizar y debiera ser un llamado a la toma de medidas urgentes a nivel de los sistemas de salud. Una muerte materna es el fallecimiento de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, es decir, el periodo después del nacimiento hasta la primera menstruación. (13)

La OMS plantea que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas: “Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto”.(13) La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recalca que el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre clases sociales.(13)

El informe, titulado Tendencias en la mortalidad materna, revela alarmantes retrocesos para la salud de las mujeres en los últimos años, puesto que prácticamente en todas las regiones del mundo el número de muertes maternas ha aumentado o se ha estancado su descenso. (21)

“Para millones de familias, el milagro del alumbramiento se ve empañado por la tragedia de la mortalidad materna”, señaló la directora ejecutiva de UNICEF, Catherine Russell. «Ninguna madre debería temer por su vida al traer un bebé al mundo, especialmente cuando se dispone de los conocimientos y las herramientas para tratar las complicaciones habituales. La equidad en la atención de salud significa ofrecer a todas las madres, independientemente de su identidad o lugar de residencia, la oportunidad justa de un parto seguro y un futuro saludable con su familia». (21)

El informe, en el que se hace seguimiento de la mortalidad materna en el ámbito nacional, regional y mundial de 2000 a 2020, muestra que en 2020 se registraron, según las estimaciones, 287 000 muertes maternas en todo el mundo. Esa cifra constituye solo un ligero descenso desde las 309 000 muertes maternas de 2016, cuando se pusieron en marcha los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. Si bien en el informe se presentan ciertos avances considerables en la reducción de la mortalidad materna entre 2000 y 2015, los avances logrados se estancaron en gran medida, e incluso en algunos casos retrocedieron, a partir de ese punto.

En números absolutos, la mortalidad materna sigue concentrándose mayoritariamente en las zonas más pobres del mundo y en países afectados por conflictos. En 2020, aproximadamente el 70% de todas las muertes maternas ocurrieron en África Subsahariana. (23) En nueve países con graves crisis humanitarias, las tasas de mortalidad materna duplicaron con creces el promedio mundial (551 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 223 en el ámbito mundial). (21)

En 2021, segundo año de pandemia, el Ministerio De Salud De El Salvador (MINSAL) reportó 63 muertes maternas, equivalente a un 37% más que en 2020; la cifra más

alta de muertes maternas desde 2015. Lo que lleva a preguntarse si el incremento se debe solo a la pandemia de COVID-19 o están interviniendo otros factores que deben ser atendidos. (13)

De acuerdo con la OMS, antes de la pandemia las principales complicaciones, causantes 75% de las muertes maternas eran: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las de las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos. Todo ello puede prevenirse y tratarse en gran medida con acceso a una atención de salud respetuosa y de alta calidad. (13)

La atención primaria de salud centrada en la comunidad puede atender las necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes y facilitar el acceso equitativo a servicios cruciales, como los partos instrumentados y la atención prenatal y posnatal, las vacunas infantiles, la nutrición y la planificación familiar. Sin embargo, la infrafinanciación de los sistemas de atención primaria de salud, la falta de trabajadores de la atención de salud capacitados y la debilidad de las cadenas de suministro de productos médicos ponen en peligro los avances.

“Reducir la mortalidad materna sigue siendo uno de los retos más urgentes en la salud mundial”, declaró John Wilmoth, director de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. “Poner fin a la mortalidad materna prevenible y ofrecer acceso universal a una atención de salud materna de calidad requiere esfuerzos nacionales e internacionales sostenidos y compromisos inquebrantables, especialmente para las poblaciones más vulnerables. Tenemos la responsabilidad colectiva de velar por que toda madre, dondequiera que esté, sobreviva al parto, y por qué ella y sus hijos salgan adelante”. (13)

El informe revela que se deben acelerar considerablemente los progresos para cumplir las metas mundiales de reducción de las muertes maternas, o de lo contrario poner en riesgo la vida de más de 1 millón de mujeres de aquí a 2030.

5. Según su causa las muertes maternas se pueden clasificar en: (14)

- a) Muerte Materna por causas Directas
- b) Muerte Materna por causas Indirectas
- c) Muerte Materna por causas No relacionadas

Muerte materna según grado de prevención: La muerte materna también se clasifica según el grado de prevención. Se considera que las muertes maternas pueden ser prevenibles o no, dependiendo de las intervenciones que se realicen oportunamente y de los recursos disponibles; según el grado de prevención se clasifican en:

- a) **Muerte materna prevenible:** Son aquellas muertes que sucedieron debido a un manejo inadecuado, descuido en su atención hospitalaria, diagnóstico incorrecto, falta de recursos materiales o humanos para la atención.
- b) **Muerte materna potencialmente prevenible:** Son aquellas muertes que presentaron una patología grave, en las que se hizo un diagnóstico y un tratamiento tardío.
- c) **Muerte materna no prevenible:** Son aquellas muertes que sucedieron a pesar de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Muerte Materna Según Demoras

- a) **Primera demora: “Tomar la decisión de buscar ayuda”:** Consiste en la decisión de la mujer y su grupo familiar de solicitar ayuda médica, ante un signo de complicación o enfermedad relacionado con el embarazo, parto y puerperio. Esta decisión, puede

estar influenciada por factores culturales, el estatus y la autonomía de la mujer, la distancia al establecimiento de salud, disponibilidad y eficiencia de transporte, la percepción del personal que labora en los establecimientos de salud.

- b) **Segunda demora: “Llegando a la instalación médica”:** Relacionada con la accesibilidad a las instalaciones de salud, incluye la distancia al establecimiento, la disponibilidad, eficiencia y costo del transporte.
- c) **Tercera demora: “Recibiendo tratamiento:** Incluye la provisión de cuidados obstétricos de emergencias, al presentarse a un establecimiento de salud influyendo en ésta la capacidad resolutive del establecimiento: personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros.

La mujer embarazada atraviesa un proceso vital, de modo que, el control prenatal es la manera de poder vigilar el desarrollo normal del bebe, ya que el equipo de salud ofrecerá a la mujer gestante actividades y procedimientos en donde se logrará dar un diagnóstico para prevenir posibles factores de riesgo que podría adquirir, y así afectar negativamente los resultados maternos fetales.

Ante el escaso conocimiento de los diferentes factores que contribuyen para que la mujer en período gestacional no logre sus controles prenatales óptimos, hay interés de algunos investigadores por profundizar en el conocimiento de estos factores como podemos verlo reflejado en el estudio de Oscar Fausto Munares García, “Factores asociados al abandono al control prenatal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2011” y también Moposita-Yumiguano, J. Santana, J. Mariana Freire. En su investigación “Incumplimiento del control prenatal y variables socioculturales relacionados en embarazadas Salasakas. Revista

Pero no todos los países de América Latina se han interesado en el estudio de estos elementos, por lo que es necesario despertar el interés en el profesional por realizar estudios sustentados que permitan crear estrategias adecuadas para la mejora de los indicadores maternos e infantiles.

6. Atención prenatal:

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.

«Para que las mujeres utilicen los servicios de atención prenatal y regresen cuando vayan dar a luz, deben recibir una atención de buena calidad durante todo su embarazo», señaló el Dr. Ian Askew, director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS. «El embarazo debe ser una experiencia positiva para todas las mujeres, y estas deben recibir una atención que respete su dignidad» (20)

Con el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas.

Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas.(5)

Con el nuevo modelo se incrementan las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, se mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios y las embarazadas, y se aumenta la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo.

7. Control prenatal:

Es la atención integral, periódica y sistemática que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo de salud sea médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciada en salud materna infantil en unidades de ecos familiar y especializados con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. (20)

8. Clasificación del control prenatal:

Según la evaluación de la usuaria se clasifica en:

Prenatal básico: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por integrado del equipo salud médico en servicio social, médico general, médico de familia, licenciada en salud materna infantil, licenciada en enfermería graduada.

Prenatal especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por médico ginecólogo obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. (20)

Esta clasificación prenatal básico y especializado es un proceso dinámico de acuerdo con la condición de la embarazada.

9. Componentes del control prenatal:

1. Educativo:

Tiene como objetivo fomentar el auto cuidado de la salud de la embarazada con participación de su pareja y familia para el reconocimiento de signos y síntomas de alarma, así como los establecimientos de salud en donde acudir en el caso que se detecte uno de los signos y síntomas de alarma.

Las principales intervenciones educativas individuales y familiares deben contener:

- Involucramiento de la pareja o de un familiar que la embarazada desee en el control prenatal, parto y puerperio.
- Asistir de manera puntual a la cita de control prenatal y a la toma de exámenes de laboratorio (se sugiere llevar agenda prenatal) y cumplir con las indicaciones médicas.
- Reconocer las posibles complicaciones del embarazo mediante los signos y síntomas de alarma y solicita atención de inmediata cuando se presente.
- Llevar adecuada higiene personal, bucal, salud mental.
- Recomendaciones de nutrición y alimentación adecuada durante el embarazo.
- Reconocer y reportar situaciones de violencia
- Evitar la automedicación y el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
- Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
- Asistir a control puerperal.
- Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, postparto y cuidados del recién nacido con participación de la pareja y la familia.

- Ejecución del plan de parto para asegurar la atención hospitalaria.
 - Reconocer los hogares de espera materna para las mujeres que por su zona geográfica o condición social lo ameriten.
 - Concientizar acerca de la importancia de la leche materna exclusiva en los primeros seis meses.
 - Información sobre cuidados de episiotomía y/o cesárea dependiendo de la elección de la vía del parto.
 - Métodos anticonceptivos, esterilización quirúrgica masculina o femenina.
 - Brindar consejería y aclarar dudas según necesidad de la mujer, su pareja o su familia.
 - Información sobre código único al nacimiento (CUN)
 - Promover participación comunitaria a través de formación de grupo de apoyo o clubes de madres y círculos educativos para adolescentes embarazadas.
- (20)

2. Evaluación clínica:

Vigilar la condición de salud de la mujer y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente. Se deberá priorizar la atención de la mujer que presente signos y síntomas de alarma. En este componente las principales actividades son:

- 1- Llenado correcto de la hoja filtro y de la historia clínica perinatal.
- 2- Realizar examen físico completo, incluyendo cavidad oral, mamas y examen vaginal. En caso de no presentar PAP vigente, se debe ofertar la toma.
- 3- Evaluación del estado nutricional a través del cálculo del índice de masa corporal.

4- Evaluar la salud mental de la mujer embarazada mediante la Escala de experiencia en el embarazo (PES)

5- Toma de exámenes de laboratorio y gabinete de acuerdo a la fecha de los controles establecidos.

6- Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Se debe referir a la embarazada con factores de riesgos o con complicaciones. Estas actividades podrán ser realizadas por personal de salud capacitado sea enfermera, licenciado materno-infantil y el médico. (20)

3. Prevención y tratamiento:

Se deberán brindar medidas preventivas favorables para la mujer embarazada y su hijo/a, así mismo proporcionar el tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten. Las intervenciones a realizar durante los controles prenatales son:

- 1- Administración de micronutrientes.
- 2- Atención odontológica y nutricional.
- 3- Aplicación de vacuna antitetánica (Td) y vacuna contra la influenza.
- 4- En caso de presentar infecciones de transmisión sexual y de vías urinarias, brindar el tratamiento oportuno.
- 5- Detección y referencia de embarazadas con VIH y Sida.
- 6- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.
- 7- Atención de mujeres víctimas de violencia de género.
- 8- Medicamento de acuerdo a la categorización de FDA (Food and Drug Administration, por sus siglas en inglés) y etapa del embarazo. (15)

Cabe destacar que la duración de la consulta de inscripción es de treinta minutos y la consulta subsecuente de veinte minutos. Sin embargo, la duración del control prenatal podría variar dependiendo de las necesidades o complicaciones que presente la embarazada.

10. Requisitos del control prenatal:

- Debe ser precoz: iniciar lo más temprano posible, idealmente antes de las doce semanas de gestación.
- Completo e integral: los contenidos deben garantizar el cumplimiento adecuado y efectivo de las acciones de información, educación, diagnóstico y tratamiento tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
- De amplia cobertura: debe abarcar todas las mujeres embarazadas.
- Con calidez: la atención prenatal debe brindarse tomando en consideración todos los aspectos socioculturales de la embarazada con un enfoque basado en derechos. (20)
- Periódico: a toda embarazada se le deberán completar como mínimo cinco atenciones prenatales que consta de una inscripción y cuatro controles que serán brindados de la siguiente manera según (tabla 1):

Tabla 1. Atenciones prenatales y semanas de gestación

Atenciones prenatales	Semanas de gestación
Inscripción	Antes de las primeras 12 semanas de gestación.
Primer control	A las 20 semanas de gestación
Segundo control	A las 26 semanas de gestación
Tercer control	A las 30 semanas de gestación
Cuarto control	A las 34 semanas de gestación
Quinto control	A las 36 semanas de gestación
Sexto control	A las 38 semanas de gestación

Fuente: Protocolos de El Salvador de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, a la persona recién nacida y lactancia materna en situación de bajo riesgo en Primer Nivel de Atención 2022

Al cumplir las 40 semanas de gestación la mujer embarazada debe ser referida a la unidad de emergencia del hospital que corresponda en donde un médico ginecoobstetra deberá evaluar la vía del parto según la condición materna y fetal, así como el puntaje de Bishop, realizar pruebas de bienestar fetal y evaluación completa. Al cumplir las 41 semanas de gestación, la mujer en etapa de embarazo debe ser referida al hospital para ingreso.

Toda mujer con antecedente de cesárea anterior y con indicación nuevamente de parto abdominal, deberá referirse a las 35 semanas de gestación al establecimiento de salud que corresponda para programar de forma electiva. La posibilidad de que una embarazada con cesárea anterior opte a un parto vaginal, será evaluada en el hospital que se atenderá el parto. Toda mujer en quien se considere parto vaginal posterior a cesárea podrá optar si:

- Tiene un periodo intergenésico mayor a 3 años.
- Acceso a reporte quirúrgico previo.
- No presenta antecedente de puerperio mórbido que contraindique parto vaginal.

El establecimiento donde se atenderá el parto se encuentre en condiciones necesarias para realizarlo, donde pueda monitorearse estrictamente a la paciente durante el trabajo con los insumos necesarios para responder ante cualquier situación de emergencia presentada. (20)

En cada control prenatal deberán realizarse actividades que son parte de la historia clínica perinatal entre las cuales se encuentran: estimación de la edad gestacional, toma de medidas antropométricas, determinación de presión arterial, actualización de Esquema de Vacunación (Antitetánica, Anti influenza pandémica H1N1), evaluación odontológica, evaluación del estado nutricional, examen de las mamas, medición de la altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, pruebas de bienestar fetal, evaluación clínica de la pelvis, inspección cervical y vaginal, toma de Papanicolaou (PAP) si no presenta vigente, prescripción de micronutrientes. De igual forma, se deben realizar exámenes de laboratorio como: Hematocrito- Hemoglobina (permite diagnosticar anemia), Típo- Rh, Hemoglucotest (indica la presencia de Diabetes pregestacional), glicemia en ayunas, prueba rápida para la detección del VIH, VDRL (prueba para la detección de la Sífilis), Tira rápida para orina y examen de heces (descartar parasitismo intestinal), pruebas para la evaluación de la función renal. (20)

11. Promoción de un embarazo saludable mediante controles prenatales:

Uno de los principales objetivos de estos controles es la identificación temprana del embarazo que se acompaña con una inscripción oportuna que permite elaborar un plan de nacimiento que involucra todos los factores internos como externos que permiten durante su embarazo hasta el parto satisfacer las necesidades biopsicosociales en beneficio de la mujer embarazada y su bebé. Integrando la

atención de acuerdo con las necesidades que se vayan identificando en apoyo a su salud mental, entorno social y valoración de riesgos biológicos. (20)

Durante el embarazo es esencial concientizar a la mujer embarazada acerca de la importancia de la asistencia regular a los controles prenatales para la prevención de complicaciones y detección oportuna de enfermedades que conlleven un riesgo para la mujer y su bebé. Cada establecimiento de salud será responsable de organizar grupos para las sesiones de educación prenatal y asegurar la atención integral en donde tanto la mujer embarazada como su pareja o familia puedan sentirse en un ambiente adecuado y armonioso. Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

En cada control prenatal se debe concientizar a la mujer acerca de:

- Inicio precoz de los controles.
- Cumplimiento de la ingesta de micronutrientes prenatales indicados por el médico.
- Consumo de alcohol, tabaco y consumo de fármacos y drogas.
- Uso de medicamentos en la gestación y período de lactancia.
- Exposición a sustancias tóxicas y radiación.
- Mantener una dieta saludable en conjunto con un peso adecuado.
- Limitar la ingesta de cafeína.
- Realizar controles odontológicos regulares.
- Detección de signos y síntomas de alarma.

-Cumplimiento de vacunas correspondientes a la edad gestacional indicada por el médico.

-Asistir regularmente a los controles prenatales.

Para prever de manera temprana la posibilidad de un embarazo de alto riesgo, orientando y disminuyendo factores de riesgo intermediarios con sus posibles complicaciones, así como la prevención de una muerte materna. (20)

12. Percepción:

Se define percepción como: captar la realidad que nos rodea a través del sentir, se hablará de percepción en este estudio, ya que para muchas mujeres, los controles prenatales no solo son una medida médica, sino también una experiencia emocionalmente significativa que les permite sentirse más conectadas y preparadas para la llegada de su bebé, ya que, la percepción de las embarazadas sobre los controles prenatales es fundamental para garantizar un embarazo saludable, parto y puerperio sin complicaciones.

Dentro de un estudio realizado en Perú, en la ciudad de Lambayeque acerca de la percepción de los controles prenatales por las mujeres gestantes en el distrito mencionado, este estudio menciona que la percepción que pueda tener la gestante depende de diversos parámetros como el entorno organizacional, y el componente humano.

En los parámetros de percepción dependiente del componente humano, en este caso se refiere al personal de salud y describe la percepción de la atención realizada por estos.

En donde se concluye el estudio con el 57% las mujeres tuvieron entre 29 y 42 semanas de gestación y el 66% fueron atendidas entre 4 a 6 veces, de las cuales el 30.3% y el 42,1% respectivamente percibieron una atención prenatal excelente; mientras que para el 9.1% y el 7.9% de ellas, manifestaron haber tenido una atención deficiente

Además, en este estudio se menciona que una de las cualidades más solicitadas por las gestantes fue que el personal que las atiende debería contar con la capacidad de entablar un diálogo amable y fluido al momento de la consulta; ya que esto les hizo percibir que las trataban con empatía. Igualmente, esto fomentó el cuidado integral en todas las gestantes; sobre todo en aquellas que no asistían a sus controles prenatales o lo hacían irregularmente, generando así una adherencia a los controles prenatales. (19)

En Ecuador, se llevó a cabo un estudio descriptivo durante el 2018 que buscaba estimar la percepción de 83 gestantes sobre la atención prenatal recibida en un centro de salud; en donde se registró una percepción positiva en relación al trato recibido y a la buena interacción que tuvo el personal de salud al momento de la consulta. (20)

Vesga ejecutó una investigación durante el año 2019 en Colombia, con el objetivo de describir la percepción que tuvieron 150 gestantes sobre el cuidado profesional recibido al momento de realizarse sus controles prenatales. La conclusión del estudio determinó que las capacidades cognitivas y brindar un cuidado humanizado pueden llegar a influir positivamente en la adherencia de sus atenciones prenatales. (19)

13. Adherencia

De manera generalizada, se define como el acto de mantenerse firme o pegado a algo, en este contexto, se refiere específicamente a la acción de seguir un tratamiento

médico o terapéutico de manera consistente y adecuada según las indicaciones del profesional de la salud.(3)

La adherencia se refiere a la capacidad de una persona para seguir un plan de tratamiento o cuidado de la salud de manera consistente y precisa. En el contexto de los controles prenatales, la adherencia se relaciona con la capacidad de la mujer embarazada para asistir a todas las citas médicas programadas durante el embarazo, seguir las recomendaciones médicas, como tomar vitaminas prenatales o realizar pruebas específicas, y adoptar hábitos saludables durante el embarazo, como una alimentación equilibrada y evitar el consumo de sustancias nocivas. Una buena adherencia a los controles prenatales es crucial para garantizar la salud tanto de la madre como del bebé, ya que permite detectar y tratar cualquier problema de manera temprana, reduciendo así el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto.

14. Adherencia a los controles prenatales

El cumplimiento de los controles prenatales por parte de la madre contribuye a reducir de manera significativa la mortalidad neonatal; sin embargo, otro factor importante es la adherencia a estos, la cual muchas veces se ve afectada por factores socioeconómicos, demográficos, culturales, entre otros.

Así como existen factores que afectan negativamente la adherencia a los controles prenatales, hay otros que favorecen y motivan a las gestantes a recibir sus controles; el principal factor es la humanización. Se dice que la humanización de la atención y la educación prenatal inciden en la adherencia de las gestantes a las consultas y favorecen su seguridad para enfrentar el proceso de embarazo y parto, ya que la gestante que llega con dudas y temores, en un primer momento, logra desarrollar una

confianza estable con su médico cuando este le proporciona un trato humanizado. (24)

Igualmente, este trato humanizado logra que la gestante supere sus temores, recupere su autoconfianza, fortalezca su poder de toma de decisiones y sus derechos; en otras palabras, empodera a la gestante y la ayuda a superar las brechas culturales que desmotivan la adherencia a la atención prenatal. (25)

15. La asistencia al Control Prenatal

De acuerdo con una investigación realizada en Perú, en el Instituto Materno Perinatal hace énfasis en que toda gestante está en la obligación de realizarse no menos de 6 controles prenatales, de forma precoz, periódica y completa, los estudios indican que el elemento más adecuado para el control prenatal es iniciarlo lo más precozmente posible. Cuando estos elementos se realizan de forma parcial, como por ejemplo tener menos de 6 controles, se produce un evento denominado abandono al control prenatal, como ejemplo dentro de una investigación se identificó que sólo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal, con una media de 4 controles. (16)

Tomando como referencia dentro de la investigación a Von Waldenfels y colaboradores mencionan que encontraron un 30% de encuestadas que no acudieron al control prenatal, el 70% había tenido entre una a más controles prenatales, y entre los factores que destacaban eran sociales, culturales, educativos, económicos entre otros. (16)

En El Salvador se realizó una investigación en Unidad de salud Barrio Rafael enfocada en el índice de asistencia a controles prenatales donde refleja que la

población de mujeres en edad fértil, que no asisten a un control prenatal adecuado debido a múltiples razones tales como patrones culturales, sociales y educativos, difícil acceso a los servicios de salud, por lo que se convierte en un verdadero problema para la salud pública en nuestro país, un buen porcentaje de mujeres inicia sus controles prenatales al momento de presentar alguna morbilidad y no desde el momento que lo estipulan las normas de salud pública que es entre la 2ª y 4ª semana de retraso del periodo menstrual (17)

Dentro de un estudio específico realizado en nuestro país y relacionado a los factores socioculturales que afectan los controles prenatales, realizado en la unidad de salud intermedia de Soyapango, de igual manera identifican similares factores relacionados entre ellos: económicos, educativos, culturales, sociales. (18)

16. Factores socioculturales y la adherencia a controles en el embarazo.

En investigaciones realizadas en el contexto de abandono a los controles prenatales en Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se concluye que la población de mujeres gestantes vive en contextos sociales diferentes, por ello la sociedad compleja genera algunos elementos que pueden influenciar en la adherencia a controles prenatales, entre ellos se han identificado: soltera sin pareja estable, dificultad de permisos en el trabajo, desempleo, poco apoyo de la familia, ambiente inadecuado para la consulta prenatal, dificultad por quehaceres domésticos, residir en barrio marginal, domicilio lejano del lugar de atención, y maltrato familiar(16)

Como conclusiones de este estudio, los principales factores relacionados al abandono de controles prenatales fueron: sociales, culturales, educativos y económicos. Los resultados de esa investigación mostraron asociación con dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos y el abandono al control prenatal.

En los factores institucionales se encontró asociación con el trato inadecuado, relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención prenatal, incoordinación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control prenatal y consultorio prenatal difícil de ubicar y el abandono al control prenatal.

En cuanto a los factores personales se encontró asociación con olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos, multiparidad y el abandono al control prenatal.

La dificultad de permisos en el trabajo, gastos por exámenes no disponibles, servicios incompletos y difícil ubicación del consultorio prenatal se asocian al número de controles prenatales. (16)

En nuestro País el estudio relacionado a factores socioculturales, y su influencia en los controles prenatales, arroja como conclusiones que el factor que más afecta la asistencia al control prenatal es el Económico. (8)

Las señoras afirman que no tienen dinero para asistir a su control prenatal porque, aunque no paguen la consulta en algunos casos, si tienen que gastar para el pago de transporte y otros gastos, necesitan contar con un apoyo económico que es escaso por su situación de dependencia y por la carencia de un empleo remunerado que les pueda garantizar un seguro de salud.

En el factor Social se refiere a la participación activa del entorno familiar, la educación, y la religión que cuando todas estas forman un clima favorable la mujer embarazada obtiene una mejor estimulación para la asistencia del control prenatal. Factor Cultural

Todas buscaron oportunamente el control prenatal, aunque existen factores culturales no controlados típicamente asociados al país (cultura machista) en donde la mujer embarazada puede expresarse libremente. (18)

Para definir los factores socioculturales que se tomarán en cuenta dentro de esta investigación debemos separarlos en sociales y culturales y definir cada uno de ellos, como lo hacen en la investigación en Perú relacionada con el abandono a controles prenatales debido a factores socioculturales, y lo hacen de la siguiente manera.

17. Factores sociales relacionados al abandono de controles prenatales

Soltera sin pareja estable.

El término de madre soltera hace referencia a las mujeres que hoy día se hacen cargo sin el apoyo de una pareja, de sus hijos y de su hogar. Se determinó que los controles prenatales aumentan cuando se sabe que viven con su pareja, (90% en el área rural y 82,9% en el área urbana), incluso se ha determinado que uno de los factores asociados para la utilización del control prenatal fue la educación secundaria de la pareja

Se identificó que la falta de pareja estable se asocia al abandono al control prenatal. En México Tamez-González, Valle-arcos, Eibenschutz-hartman, & Méndez-Ramírez, dentro de la misma investigación se identificó como factor para menos acceso a la atención prenatal es ser soltera. (24)

Desempleo.

El desempleo es un desajuste en el mercado laboral, donde la demanda de trabajo es mayor a la oferta. Desempleo o paro significa falta de empleo. Esto significa que

hay más trabajadores buscando empleo que puestos ofrecen las empresas. Corresponderá cuando el resultado de las actividades realizadas por la mujer no la lleva a obtener alguna retribución económica. Cáceres identificó que los bajos ingresos y las barreras financieras se asocian al abandono al control prenatal. En México Sánchez & Salado se identificó la ocupación como factor para menos acceso a la atención prenatal. Faneite y colaboradores encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 35,8% presentaban desempleo y en otro estudio realizado por el mismo autor llegó al 27,3%.

Educación / Primaria incompleta

El nivel educativo es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. El bajo nivel educativo está más asociado a la utilización o no del control prenatal Cáceres. El informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio, para Perú indicó que la atención prenatal fue mayor en las madres con autonomía en el hogar (86%) que en las madres con menor autonomía (57%), para el año 2007, el 99% de las mujeres con estudios superiores que se encontraban embarazadas tuvo atención prenatal, mientras que la atención en los embarazos de las mujeres sin educación sólo alcanzó el 57% según Del Valle, Plasencia, Del Valle, Nápoles, & Matamoros (26) En Canadá, Heaman et al., (24)encontraron que las diferencias sociales juegan un papel fundamental en la inequidad del cuidado prenatal, en ese mismo país identificaron a los padres separados, como un factor limitante de la atención prenatal. Faneite et al encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 45,2% tenía educación primaria. (24)

Distancia o accesibilidad (Domicilio lejano del lugar de atención).

La distancia entre dos puntos no es más que la longitud del segmento de la recta que los conecta, el segmento de recta de un punto a otro puede ser de manera horizontal, vertical u oblicua. (8)

La accesibilidad a los servicios de salud se refiere a la capacidad de las personas para obtener atención médica de manera oportuna, asequible y sin barreras físicas, geográficas, económicas, culturales o lingüísticas que limiten su acceso a la atención médica necesaria. Esto implica que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles para todas las personas, independientemente de su ubicación, ingresos, origen étnico, discapacidad u otros factores.

En México se identificó que el lugar de residencia como factor para menos acceso a la atención prenatal. encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 46,4% procedían de un domicilio lejano. En la misma investigación indicaron que una de las barreras para acudir a los controles prenatales era la dificultad en el transporte. En otro estudio volvieron a identificar el domicilio lejano (19,3%) como elemento para inasistencia al control prenatal, en Haití encontraron que la distancia aceptable para realizarse controles fue para llegar al hospital, en promedio de 28 Km en el área urbana y de 9,3 Km en el área rural, y la distancia hacia el centro de salud fue en el área urbana fue de 22,2 km y de 5,9 Km en el área rural(24)

Apoyo de la familia.

Hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos. (10)

El ambiente familiar constituye un componente esencial del proceso de atención a la familia, dado que la calidad de la relación funcionales un factor importante en la salud emocional y física de cada uno de sus miembros según Reyes, Valderrama, Ortega, & Chacón, (24). Un estudio realizado por Magriples y colaboradores (24) encontró algunos predictores de utilización del control prenatal, entre ellos figuraron en su análisis de regresión multimodal, la historia de infección de transmisión sexual, uso de marihuana, paridad, raza, apoyo familiar y social en el segundo y tercer trimestre. Chavarría (24) identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al control prenatal.

Autonomía Económica:

En términos generales, la definición del nivel socioeconómico aborda principalmente dos componentes. Por un lado, el factor social, que incluye características de la educación, ocupación de la persona, prestigio, poder político, identificación étnica e inclusive, el historial de la familia; por otro lado, se encuentra el factor económico, que está relacionado con el ingreso individual y en algunas ocasiones, con el nivel económico del barrio en donde la persona vive según Baker y Abrogan, (24). En palabras de Santrock (24), el nivel socioeconómico se define como “la agrupación de personas con similares ocupaciones, nivel de educación y características económicas

Empleo, ingresos y activos, lo que implica el avance visiblemente en la superación de la discriminación explícita e implícita presentes en los instrumentos de política laboral y económica y que obstaculizan que las mujeres participen, accedan y decidan sobre los recursos tangibles e intangibles y los beneficios del desarrollo nacional, además de favorecer la asistencia a controles prenatales.

18. Factores culturales

Religión

Se entiende por religión a un sistema de creencias, comportamientos y valores culturales, éticos y sociales, a través de los que una comunidad se vincula con lo sagrado y lo trascendente.

La influencia de la religión en la adherencia a los controles prenatales puede variar según las creencias y prácticas de cada individuo. Algunas religiones pueden promover la importancia de cuidar el cuerpo como un templo divino, lo que podría incentivar a las mujeres embarazadas a seguir los controles prenatales regularmente. Por otro lado, algunas interpretaciones religiosas pueden desalentar la intervención médica o promover la confianza en la providencia divina, lo que podría llevar a una menor adherencia a los controles prenatales. La influencia específica depende de múltiples factores, como la interpretación personal de la religión y las enseñanzas de la comunidad religiosa a la que pertenece la mujer embarazada.

Machismo

Un sistema de valores irracionales que exalta ciertas conductas por considerarlos altamente masculinos, que tiene por fundamento la supuesta superioridad de la masculinidad a diferentes niveles y considera lo femenino inferior.

Otra definición del machismo se refiere a este como una forma de hipermasculinidad usada para describir una actitud de superioridad del hombre sobre la mujer con características tales como agresividad, dominancia, valentía, promiscuidad, virilidad, sexismo, autonomía, fortaleza, papel proveedor y restricción en la expresión emocional. (23)

Una investigación realizada en Perú relaciona que las gestantes que no tienen una buena situación de pareja, y dependen principalmente de ellos en la parte económica, el machismo se hace vigente; los esposos no quieren acudir al centro de salud y no acompañan a la pareja a los controles prenatales y de esta manera a verse vulneradas afectar su adherencia a sus controles. (24)

4. Hipótesis

H1: La adherencia a los controles prenatales de las embarazadas se ve influenciada por los factores socioculturales.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

A) Enfoque y tipo de investigación:

La presente investigación es de tipo **descriptivo** ya que buscamos describir las características del fenómeno objeto de estudio sin modificarlo tal es el caso de los diferentes factores socioculturales que influyen en la adherencia a los controles prenatales por parte de las embarazadas así como aquellos factores que promueven una buena adherencia al mismo, cuenta con un enfoque de tipo **cuantitativo** ya que se recopilaron, procesaron y analizaron datos sobre nuestras variables de estudio, apoyándonos de una muestra que fue representativa de la población objeto de estudio y **transversal** porque se efectúa en un periodo de tiempo determinado.

B) Sujeto y objeto de estudio

1. Población:

Se estudió una población estimada de 57 mujeres embarazadas entre las edades de 20 a 35 años, inscritas en el Programa de Atención Materna que asistieron a su control prenatal en la Unidad de Salud Sonsonate en el periodo de Abril-Agosto del 2024.

2. Muestra:

Para el presente estudio se recopiló información por medio de Unidad de Salud de Sonsonate que la asistencia promedio de embarazadas es de 57, obteniendo este dato se utilizó una muestra de 50 embarazadas inscritas en el Programa de Atención Materna que asistieron a su control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Sonsonate y que cumplieron con los criterios de inclusión.

La técnica de muestreo que se utilizó es consecutiva no probabilística. Significa que cada mujer que llegó al área de atención materna de Unidad de Salud de Sonsonate, tuvo la misma oportunidad de responder el cuestionario, siempre que cumpliera con criterios de inclusión y así lo decidiera realizar con su consentimiento y voluntad.

3.Unidad de análisis:

Las mujeres embarazadas de entre 20 y 35 años que residen en el área urbana y que asistieron a los controles prenatales básicos en la Consulta Externa en la Unidad de Salud de Sonsonate en donde se estudió la influencia de los factores socioculturales en la adherencia a sus controles prenatales.

4. Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas entre los 20-35 años
- Edad gestacional entre 34 semanas hasta las 40 semanas de gestación
- Embarazadas inscritas en control prenatal básico
- Mujeres embarazadas que consulten en el periodo de abril a agosto del 2024
- Mujeres inscritas al control prenatal en la unidad de salud de Sonsonate
- Mujer que acepte formar parte del estudio.
- Mujeres embarazadas que sepan leer y escribir.

5. Criterios de Exclusión

- Embarazo adolescente
- Edad gestacional menor de las 34 semanas de gestación
- Edad mayor de 35 años
- Embarazadas inscritas en otra Unidad de salud
- Embarazadas en control prenatal especializado
- Mujeres que no deseen formar parte del estudio

- Mujeres inscritas fuera del periodo de tiempo en el que se realiza la recolección de datos de la investigación.
- Mujeres embarazadas con algún tipo de discapacidad

6. Variables e indicadores

Percepción: Se define percepción como: captar la realidad que nos rodea a través del sentir. (19)

Control Prenatal: es la atención integral, periódica y sistemática que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo de salud sea médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciada en salud materna infantil en unidades de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) familiar y especializados con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto. (15)

Machismo: se refiere a este como una forma de hipermasculinidad usada para describir una actitud de superioridad del hombre sobre la mujer con características tales como agresividad, dominancia, valentía, promiscuidad, virilidad, sexismo, autonomía, fortaleza, papel proveedor y restricción en la expresión emocional. (25)

Accesibilidad: La accesibilidad a los servicios de salud se refiere a la capacidad de las personas para obtener atención médica de manera oportuna, asequible y sin barreras físicas, geográficas, económicas, culturales o lingüísticas que limiten su acceso a la atención médica necesaria. Esto implica que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles para todas las personas, independientemente de su ubicación, ingresos, origen étnico, discapacidad u otros factores. (9)

Nivel educativo: es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. (9)

Nivel económico: agrupación de personas con similares ocupaciones, nivel de educación y características económicas. (9)

Religión: se entiende por religión a un sistema de creencias, comportamientos y valores culturales, éticos y sociales, a través de los que una comunidad se vincula con lo sagrado y lo trascendente. (10)

Apoyo familiar: hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos. (10)

Madre soltera: mujeres que hoy día se hacen cargo sin el apoyo de una pareja, de sus hijos y de su hogar. (16)

Desempleo: es un desajuste en el mercado laboral, donde la demanda de trabajo es mayor a la oferta. (9)

- Indicadores y su medición u observación

Realidad: Realidad es lo que es o existe de un modo actual u objetivo, por oposición a lo que es una apariencia, una ilusión o una ficción, o a lo que es meramente posible o ideal, o subjetivo. (7)

Sentir: se refiere percibir o experimentar sensaciones físicas o emocionales, así como tener conciencia de ellas a través de los sentidos o la mente. (19)

Parto: El parto se define como la expulsión de un (o más) fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. Se considera un parto a término, es

decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla. (15)

Atención integral: La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. (15)

Equipo de salud: Grupo de trabajo interdisciplinario constituido, por personal profesional, técnico y auxiliar, cuyo objetivo común es el generar acciones en el campo de la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, así como atención médica. (15)

Hipermasculinidad: es la exageración de los estereotipos de comportamiento que se consideran masculinos. (23)

Actitud de superioridad: es un mecanismo inconsciente mediante el cual la persona esconde sus sentimientos y busca resaltar aún más aquellas cualidades que sobresalen. (23)

Dominancia: la dominancia es la posesión de un alto estatus social dentro de un grupo de animales que exhibe una organización social jerárquica. (23)

Agresividad: La agresividad puede ser definida como la tendencia a atacar a otro con la intención de causar daño, aunque existen muchas otras definiciones, en todas ellas la intención de causar daño es la piedra angular de esta emoción. (9)

Restricción en la expresión emocional: La restricción en la expresión emocional se refiere a la tendencia de una persona a limitar o controlar la manifestación de sus emociones, ya sea reprimiéndolas o mostrándolas de manera muy limitada. Esto puede ser el resultado de diversos factores, como normas sociales, expectativas

culturales, miedos o traumas pasados. Las personas que experimentan restricción en la expresión emocional pueden tener dificultades para expresar abiertamente sus sentimientos, lo que puede afectar su bienestar emocional y sus relaciones interpersonales. (24)

Longitud: Magnitud física que expresa la distancia entre dos puntos, y cuya unidad en el sistema internacional es el metro. (8)

Kilómetros: Unidad de longitud equivalente a 1000 metros. (8)

Edad: Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. (8)

Grado de escolaridad: Indica el número de años de estudio (cursos lectivos aprobados) de la población. (9)

Ocupación: cualquier actividad de producción de bienes o prestación de servicios a cambio de una remuneración o un beneficio. (9)

ingresos financieros: Los ingresos financieros se refieren a los flujos de dinero que una persona, empresa u organización recibe como resultado de sus inversiones financieras, como intereses sobre préstamos, dividendos de acciones, ganancias de la venta de activos, entre otros. Son una parte importante de la gestión financiera y pueden provenir de diversas fuentes. (9)

Creencias: Las creencias religiosas son convicciones, doctrinas o prácticas relacionadas con lo divino, lo espiritual o lo sobrenatural. Estas creencias suelen estar arraigadas en la fe y la adoración a una deidad o fuerza superior, y pueden influir en la forma en que las personas viven sus vidas, se relacionan con los demás y perciben el mundo que las rodea. (23)

Comportamientos: Se entiende normalmente por comportamiento al modo en que un ser vivo responde a los estímulos de su entorno, ya sea que lo haga de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria, proporcionada o no. (10)

Denominación Religiosa: Una denominación religiosa es un subgrupo dentro de una religión que opera bajo un nombre común, tradición e identidad. (23)

Comunicación: La comunicación es un proceso que consiste en la transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor. (10)

Soporte: Ayudas económicas destinadas a la cobertura de necesidades básicas (alimentación, transporte público, medicamentos, gastos sanitarios concretos no cubiertos por la sanidad pública y gastos escolares). (9)

Estado Civil: El estado civil es la situación en la que se encuentra una persona en determinado momento de su vida personal. Las circunstancias determinantes del estado civil pueden ser su edad, su filiación y si es soltero o casado. Estas circunstancias pueden cambiar o durar en el tiempo y determina la capacidad de obrar de esas personas. (7)

Oportunidad Laboral: Una oportunidad laboral se refiere a una situación o circunstancia que ofrece la posibilidad de empleo o de desarrollar una carrera profesional. Esto puede incluir vacantes en empresas, proyectos de emprendimiento, pasantías, oportunidades de formación o cualquier otra situación en la que una persona pueda obtener un trabajo remunerado o adquirir experiencia laboral. (7)

C) Técnicas a emplear en la recopilación de información

Se realizó a través de una encuesta que fue dirigida a las embarazadas en controles prenatales en la Unidad de salud de Sonsonate, durante su consulta se entregó una

encuesta de manera impresa, con un bolígrafo color azul, con el cual realizó el llenado de dicha encuesta, siguiendo las opciones de respuesta y seleccionando la respuesta más apropiada para ella. La encuesta fue recolectada por 3 médicos de año social capacitados en el uso de esta herramienta.

D) Instrumentos de registro y medición

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de 23 preguntas de las cuales 1 es de tipo abierta y 22 preguntas de opción múltiple con **enfoque cualitativo** con **escala tipo Likert**.

Enfocado a investigar la percepción y adherencia de la población de estudio sobre los controles prenatales. (Anexo 1).

	ES EN LA ADHERENCIA A SUS CONTROLES PRENATALES					
IDENTIFICAR LOS FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN EL APEGO DE LOS CONTROLES PRENATALES ENTRE LAS EMBARAZADAS	FACTORES SOCIO-CULTURALES	-MACHISMO -ACCESIBILIDAD -NIVEL EDUCATIVO -NIVEL ECONOMICO -RELIGIÓN -APOYO FAMILIAR. -MADRE SOLTERA -DESEMPLEO.	MACHISMO: SE REFIERE A ESTE COMO UNA FORMA DE HIPERMASCULINIDAD USADA PARA DESCRIBIR UNA ACTITUD DE SUPERIORIDAD DEL HOMBRE SOBRE LA MUJER CON CARACTERÍSTICAS TALES COMO AGRESIVIDAD, DOMINANCIA, VALENTÍA, PROMISCUIDAD, VIRILIDAD, SEXISMO, AUTONOMÍA, FORTALEZA, PAPEL PROVEEDOR Y RESTRICCIÓN EN LA EXPRESIÓN EMOCIONAL. ACCESIBILIDAD: LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD SE REFIERE A LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DE MANERA OPORTUNA, ASEQUIBLE Y SIN BARRERAS FÍSICAS, GEOGRÁFICAS, ECONÓMICAS, CULTURALES O LINGÜÍSTICAS QUE LIMITEN SU ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA. NIVEL EDUCATIVO: ES EL NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO QUE UNA PERSONA HA TERMINADO. NIVEL ECONÓMICO: AGRUPACIÓN DE PERSONAS CON SIMILARES OCUPACIONES, NIVEL DE EDUCACIÓN Y CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS	HIPERMASCULINIDAD. -ACTITUD DE SUPERIORIDAD. -DOMINANCIA. -AGRESIVIDAD. -RESTRICCIÓN EN LA EXPRESIÓN EMOCIONAL. -LONGUITUD. -KILOMETROS -EDAD. -GRADO DE ESCOLARIDAD. -OCUPACIÓN. -INGRESOS FINANCIEROS.	ENCUESTA	CUESTIONARIO

			RELIGIÓN: SE ENTIENDE POR RELIGIÓN A UN SISTEMA DE CREENCIAS, COMPORTAMIENTOS Y VALORES CULTURALES, ÉTICOS Y SOCIALES, A TRAVÉS DE LOS QUE UNA COMUNIDAD SE VINCULA CON LO SAGRADO Y LO TRASCENDENTE. APOYO FAMILIAR: HACE ALUSIÓN A LA UNIÓN, COMUNICACIÓN, CONFIANZA, CONVIVENCIA Y SOPORTE QUE EXISTE ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, INCLUYENDO A LOS PADRES, LOS HERMANOS, LA PAREJA Y LOS HIJOS. MADRE SOLTERA: MUJERES QUE HOY DÍA SE HACEN CARGO SIN EL APOYO DE UNA PAREJA, DE SUS HIJOS Y DE SU HOGAR. DESEMPLEO: ES UN DESAJUSTE EN EL MERCADO LABORAL, DONDE LA DEMANDA DE TRABAJO ES MAYOR A LA OFERTA.	-CREENCIAS. - COMPORTAMIENTOS. -DENOMINACIÓN RELIGIOSA. -COMUNICACIÓN. -SOPORTE. -ESTADO CIVIL. -OPORTUNIDAD LABORAL.		
MENCIONAR LOS PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES	ADHERENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES	-ACCESIBILIDAD -NIVEL ECONOMICO	ACCESIBILIDAD: LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD SE REFIERE A LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DE MANERA OPORTUNA, ASEQUIBLE Y SIN BARRERAS FÍSICAS, GEOGRÁFICAS, ECONÓMICAS, CULTURALES O LINGÜÍSTICAS QUE	-LONGITUD. -KILOMETROS -OCUPACIÓN. -INGRESOS FINANCIEROS. -COMUNICACIÓN.	ENTREVISTA	CUESTIONARIO

		-APOYO FAMILIAR	LIMITEN SU ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA. NIVEL ECONÓMICO: AGRUPACIÓN DE PERSONAS CON SIMILARES OCUPACIONES, NIVEL DE EDUCACIÓN Y CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS.	-SOPORTE.		
--	--	-----------------	---	-----------	--	--

E) Aspectos éticos de la investigación

En el marco de esta investigación, se llevó a cabo la elaboración de un consentimiento informado que describió de manera concisa el propósito del estudio y la importancia de recopilar datos mediante la participación voluntaria en el llenado de un cuestionario. Este documento incluyó un espacio designado para que las mujeres embarazadas interesadas en participar puedan proporcionar su nombre y firma de manera voluntaria.

Así mismo se explicó a las participantes que tenían el derecho a retirarse en cualquier momento de la investigación sin ningún tipo de represalia a su persona, de igual forma se explicó a las mujeres embarazadas que la decisión de participar o no en la presente investigación no afectaría en ningún momento la atención que recibirían por parte del personal de salud.

Es importante resaltar que la participación en este estudio fue completamente voluntaria. Además, se garantizó que la información proporcionada en los cuestionarios por cada participante se mantendría estrictamente confidencial, sin revelar la identidad de ninguna de las participantes y no se comprometería el secreto médico-paciente en ningún momento.

De esta manera se garantizó el cumplimiento de los principios éticos por parte de los investigadores entiéndase por estos últimos a Oscar Sellers Gaitán Santos, Claudia Paola Lovo Hernández y Karen Abigail López Canizales.

F) Procesamiento y análisis

Los datos fueron procesados en el programa de Microsoft Office 365 específicamente en Excel y Power Point, realizando estadística descriptiva, con el objetivo de describir las características y comportamientos de las variables mediante medidas de resumen, tablas o gráficos.

Cada ítem presente en cada interrogante fue representado gráficamente en relación a la cantidad de respuestas correspondientes a cada pregunta. Posteriormente se realizó una comparación por respuesta obtenida concluyendo en un análisis descriptivo que resume los resultados obtenidos.

Previamente se realizó la validación del instrumento por medio de expertos, por medio de 3 médicos especialistas en área de ginecología, salud pública y medicina general ellos son: Dr. Herbert Guevara, Dr. Ricardo Toledo, Dr. Himmer Rivas. Se cuenta con la validación de los 3 expertos.

G) Cronograma de actividades:

Actividades	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicio de búsqueda de información sobre tema asignado																																								
Elaboración del tema de investigación																																								

H) Presupuesto:

ARTICULO	COSTO	CANTIDAD	TOTAL
Papel bond (resma)	\$5	1	\$5
Impresiones			
Empastado			
Deterioro del equipo (pc)	\$100	3	\$300
Energía eléctrica	\$50	3	\$150
Gasolina	\$150	3	\$450
Alimentación	\$50	3	\$150
Internet	\$40	3	\$120
USB	\$20	1	\$20
SUBTOTAL			\$1,175
INPREVISTOS			\$175
TOTAL			\$1,330

I) Estrategias de utilización de resultados

Se entregó un informe final de investigación que servirá de estudio a MINSAL, Unidad de Salud de Sonsonate, Sistema Básico De Salud Integral SIBASI Occidente, Región Occidental de Salud donde se informaron los resultados obtenidos cuyo objetivo es la intervención en estos factores que influyen en las embarazadas en la asistencia a sus controles prenatales para que las entidades correspondientes puedan crear estrategias para prevenir en la medida de lo posible las futuras complicaciones maternas y perinatales con la asistencia regular de los controles prenatales.

H) Fuentes de información consultadas

La fuente de información fue de dos tipos:

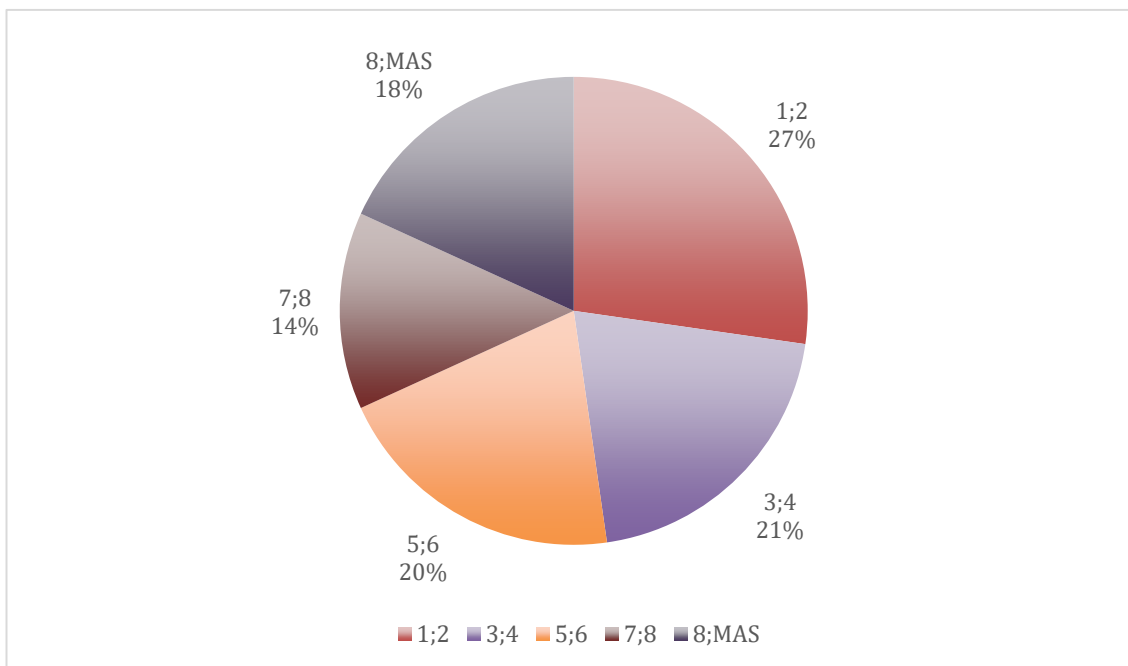
- Fuente de información primaria: Estuvo determinada por las mujeres embarazadas.
- Fuentes de información secundaria: Constituida por la documentación bibliográfica.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La técnica empleada para la recopilación de información fue a través de una encuesta dirigida a las 50 mujeres embarazadas las cuales constituyen la muestra del trabajo de investigación, la cual fue obtenida mediante la fórmula para muestras finitas a partir de una población de 57 mujeres embarazadas que asiste a controles prenatales en la Unidad de Salud de Sonsonate. Durante la consulta se entregó dicha encuesta de manera impresa con un bolígrafo de color azul para el respectivo llenado de la encuesta, seleccionando el criterio más apropiado de acuerdo a cada embarazada. Posterior al llenado de la encuesta se recolectaron los datos, los cuales fueron procesados en el programa de Microsoft office 365 específicamente en Excel y Power Point realizando estadística descriptiva, con el objetivo de describir las características y comportamientos de las variables mediante medidas de resumen, tablas o gráficos. Cada ítem presente en cada interrogante fue representado gráficamente en relación a la cantidad de respuestas correspondientes a cada pregunta. Posteriormente se realizó una comparación por respuesta obtenida concluyendo en un análisis descriptivo que resume los resultados obtenidos.

A) ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

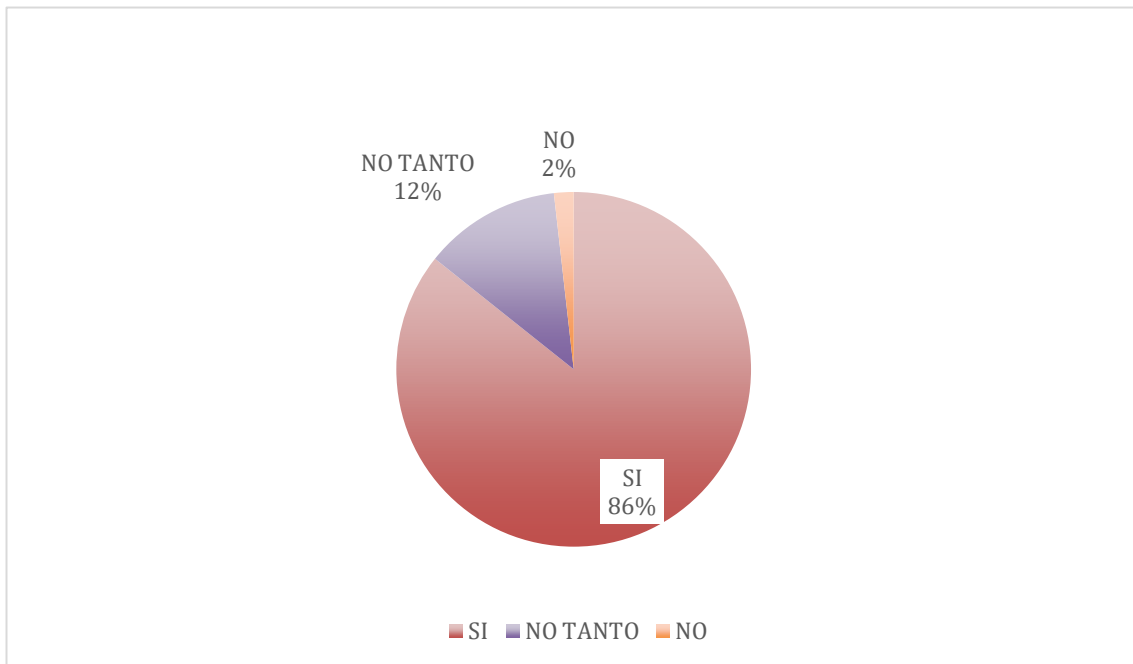
GRÁFICO 1: Número de controles prenatales a los que asistieron las embarazadas



Análisis:

Los porcentajes indican un grave déficit en la cobertura de los controles prenatales, con solo el 28% de las mujeres alcanzando o superando el mínimo recomendado de 7 controles. Factores como la distancia y los problemas económicos, así como la falta de educación y seguimiento adecuado, están contribuyendo a esta tendencia. Abordar estas barreras es clave para mejorar los índices de atención prenatal, reducir complicaciones en el embarazo y aumentar la salud materno-infantil. Tomando en cuenta que la muestra fue de 50 embarazadas.

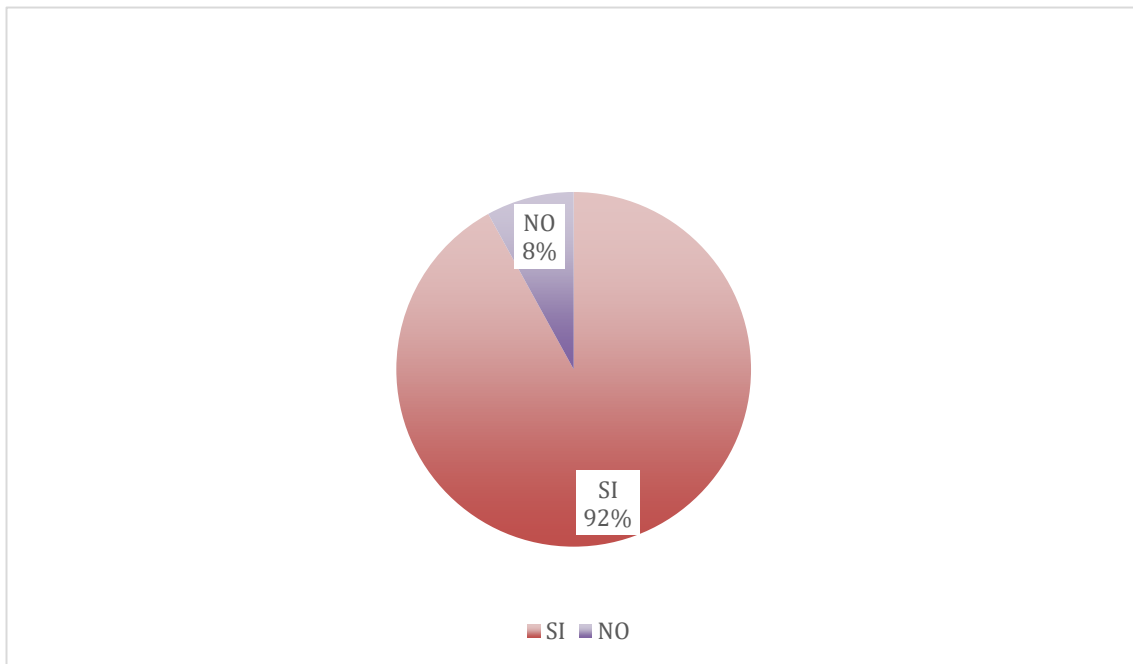
GRÁFICO 2: Percepción de la Importancia de los controles prenatales, según las usuarias



Análisis:

El análisis del gráfico de la pregunta sobre la percepción de la importancia de los controles prenatales revela una aceptación casi universal de su relevancia. Sin embargo, a pesar de que un **96%** de las mujeres reconocen la importancia de estos controles, muchas no asisten a la cantidad recomendada de citas, lo que pone de manifiesto la presencia de barreras que van más allá del conocimiento. Los factores logísticos, económicos y culturales deben abordarse para cerrar esta brecha entre la percepción y la acción, y garantizar que todas las mujeres reciban el cuidado prenatal necesario para un embarazo seguro y saludable.

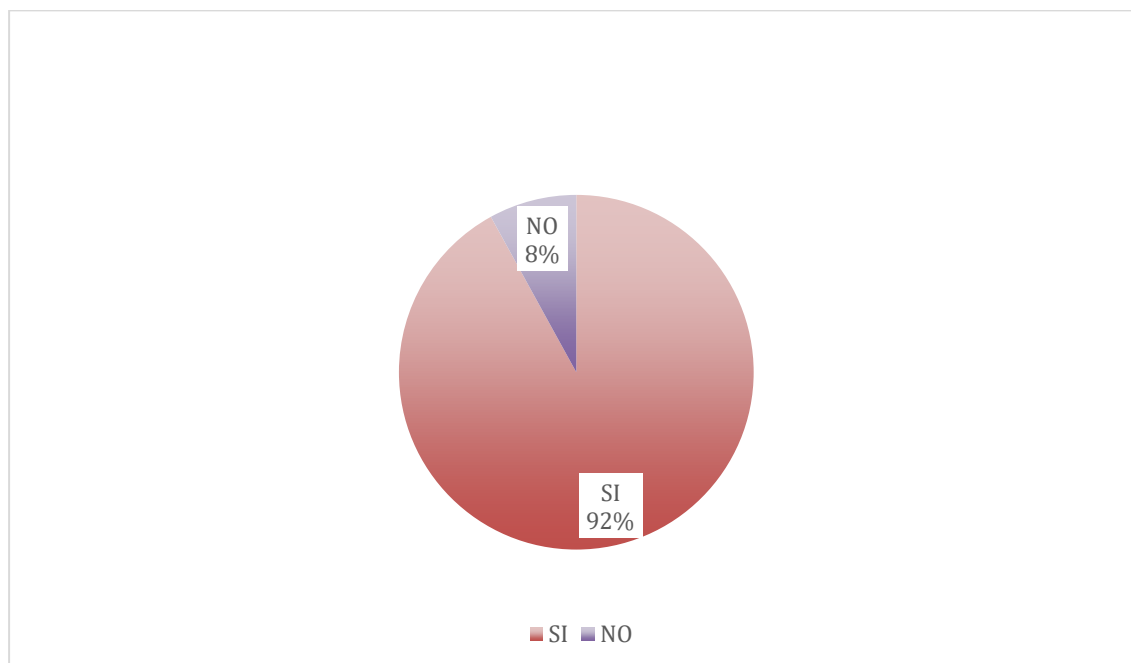
GRÁFICO 3: atenciones brindadas en los controles prenatales para las usuarias



Análisis:

El análisis del gráfico del literal cuatro, muestra que una abrumadora mayoría de las mujeres (92%) reconoce la importancia de las diferentes atenciones que se brindan durante los controles prenatales, lo que refleja una alta concienciación sobre el enfoque integral del cuidado en el embarazo. No obstante, aún existe un pequeño grupo (8%) que no considera importantes estas atenciones, lo cual debe ser abordado mediante estrategias educativas que destaquen la importancia de la salud mental, la nutrición, la odontología y las sesiones educativas para un embarazo saludable. Además, aunque la percepción de importancia es alta, la asistencia efectiva a los controles sigue siendo un desafío debido a diversas barreras. Las intervenciones deben centrarse no solo en mantener y aumentar la concienciación, sino también en facilitar el acceso a estos servicios para garantizar que todas las mujeres embarazadas reciban el cuidado integral que necesitan.

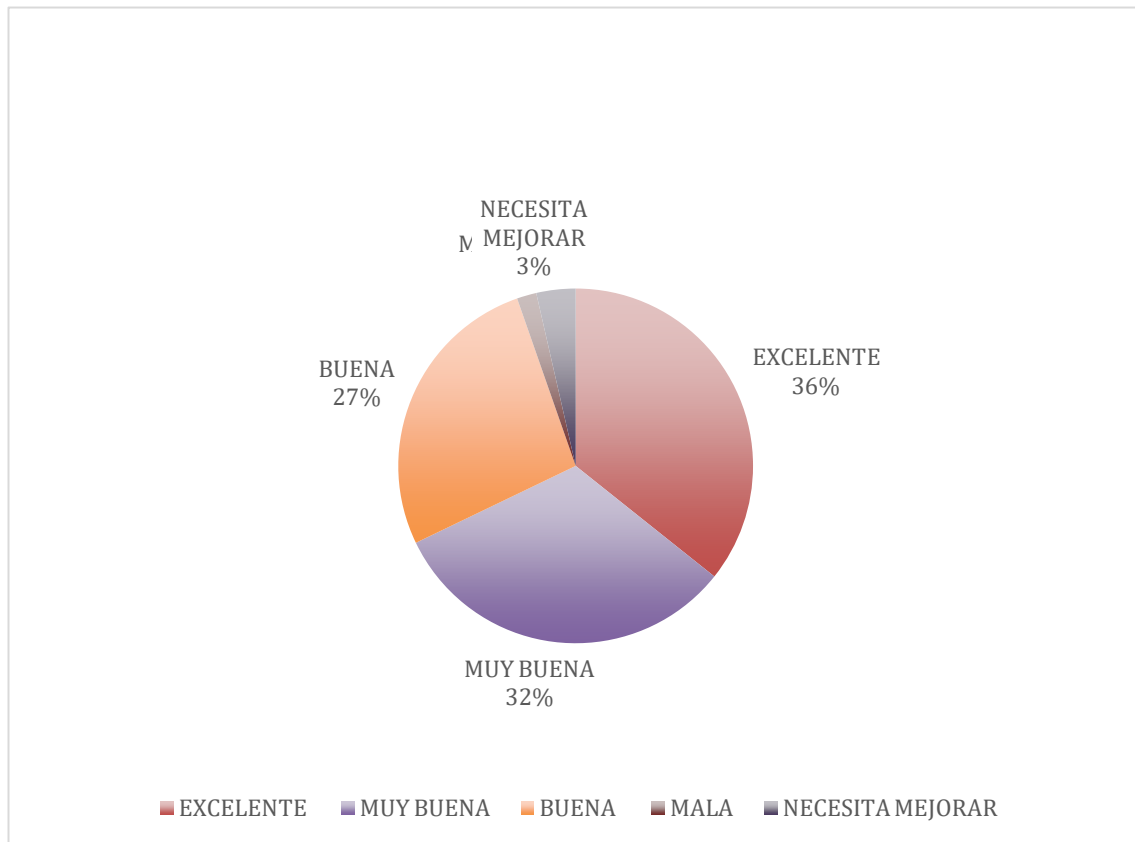
GRÁFICO 4: Percepción de la importancia de las atenciones como nutrición, psicología, odontología y sesiones prenatales para las usuarias



Análisis:

Estos resultados son un reflejo positivo de la percepción general sobre la importancia del cuidado prenatal integral. La gran mayoría de las mujeres encuestadas en esta región reconoce el valor de servicios adicionales como la nutrición, psicología, odontología y sesiones prenatales, lo que demuestra un enfoque más completo hacia la salud materna.

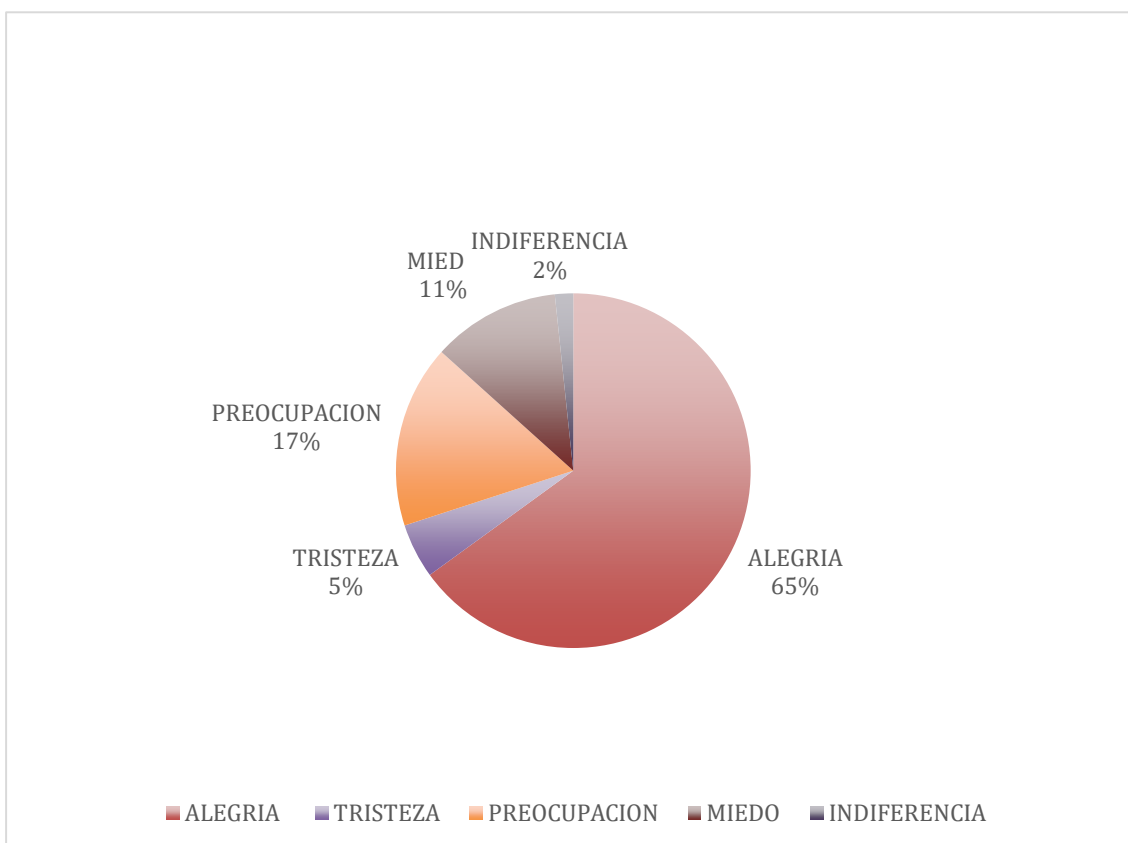
GRÁFICO 5: Percepción de la calidad de la atención recibida durante el control prenatal según las usuarias.



Análisis:

El gráfico del literal cinco revela un alto nivel de satisfacción entre las mujeres embarazadas respecto a la atención recibida en sus controles prenatales. Con un **76%** de las encuestadas calificando la atención como excelente o muy buena, el sistema de salud parece estar cumpliendo con las expectativas de la mayoría de las usuarias. Sin embargo, el **30%** que calificó la atención como "buena" y el **6%** que tuvo percepciones negativas representan áreas de mejora que deben abordarse. A través de la mejora continua de la calidad de la atención, los servicios prenatales pueden asegurar que todas las mujeres reciban el cuidado integral que necesitan para garantizar embarazos saludables y reducir las complicaciones maternas y perinatales.

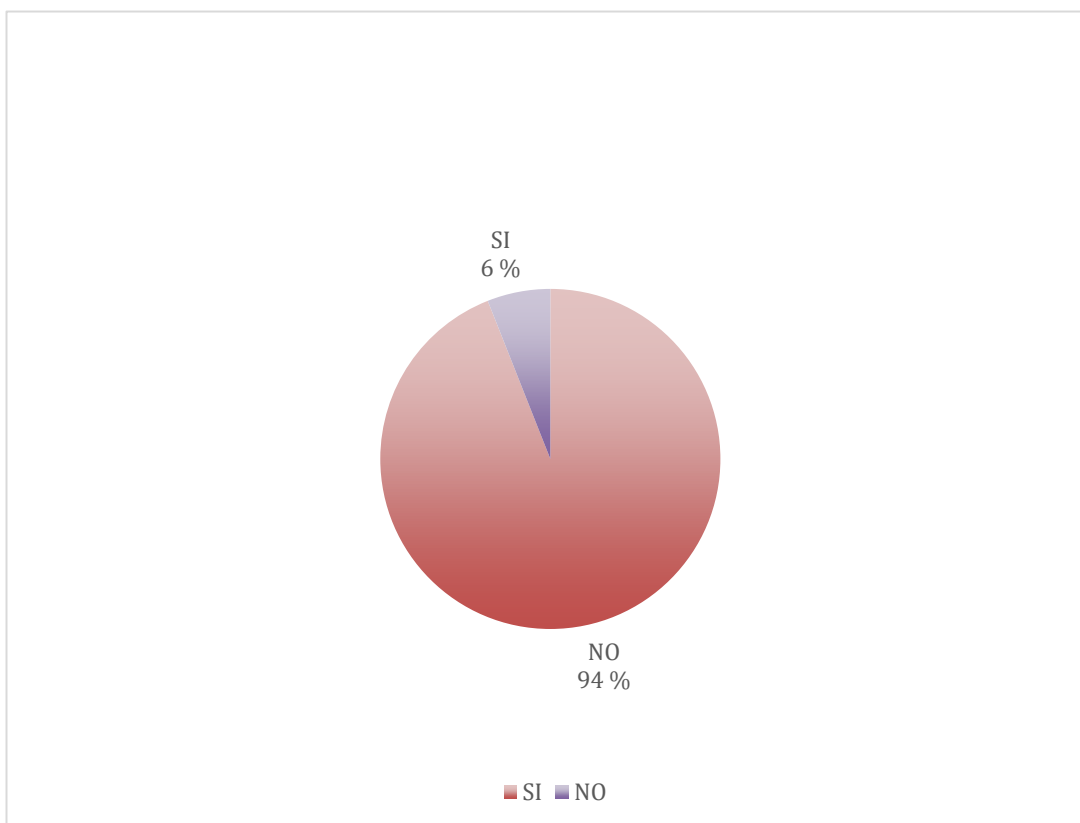
GRÁFICO 6: Sentimientos generados por el embarazo según las usuarias.



Análisis:

Los resultados del cuestionario reflejan un espectro amplio de emociones relacionadas con el embarazo. Mientras que la alegría es predominante, las emociones negativas como la preocupación, el miedo y la tristeza también están presentes y deben ser consideradas cuidadosamente por los profesionales de la salud. Un enfoque holístico en la atención prenatal que incluya apoyo emocional y psicológico puede ser crucial para manejar estos sentimientos y garantizar una experiencia de embarazo saludable y positiva para todas las mujeres.

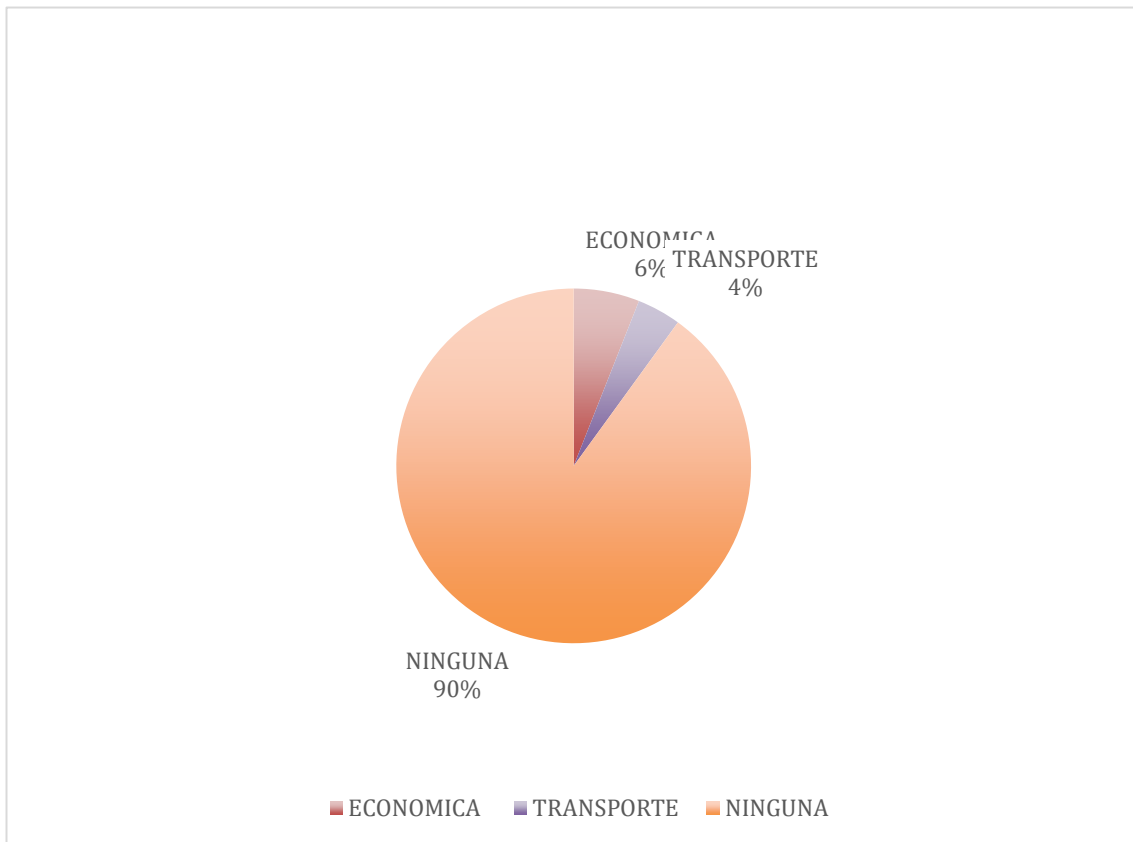
GRÁFICO 7: Limitaciones establecidas por la pareja para asistir a los controles prenatales según las usuarias.



Análisis:

Los datos del literal siete revelan que la mayoría de mujeres embarazadas recibe apoyo de parte de su pareja para asistir a sus controles, sin embargo, un bajo porcentaje (6%) afirma si presentar limitaciones de parte de su pareja. Por lo tanto, es de vital importancia indagar que tipo de limitaciones ejerce la pareja sobre la mujer embarazada para lograr abordarlas de la mejor manera y de esta forma evitar la inasistencia a los controles prenatales.

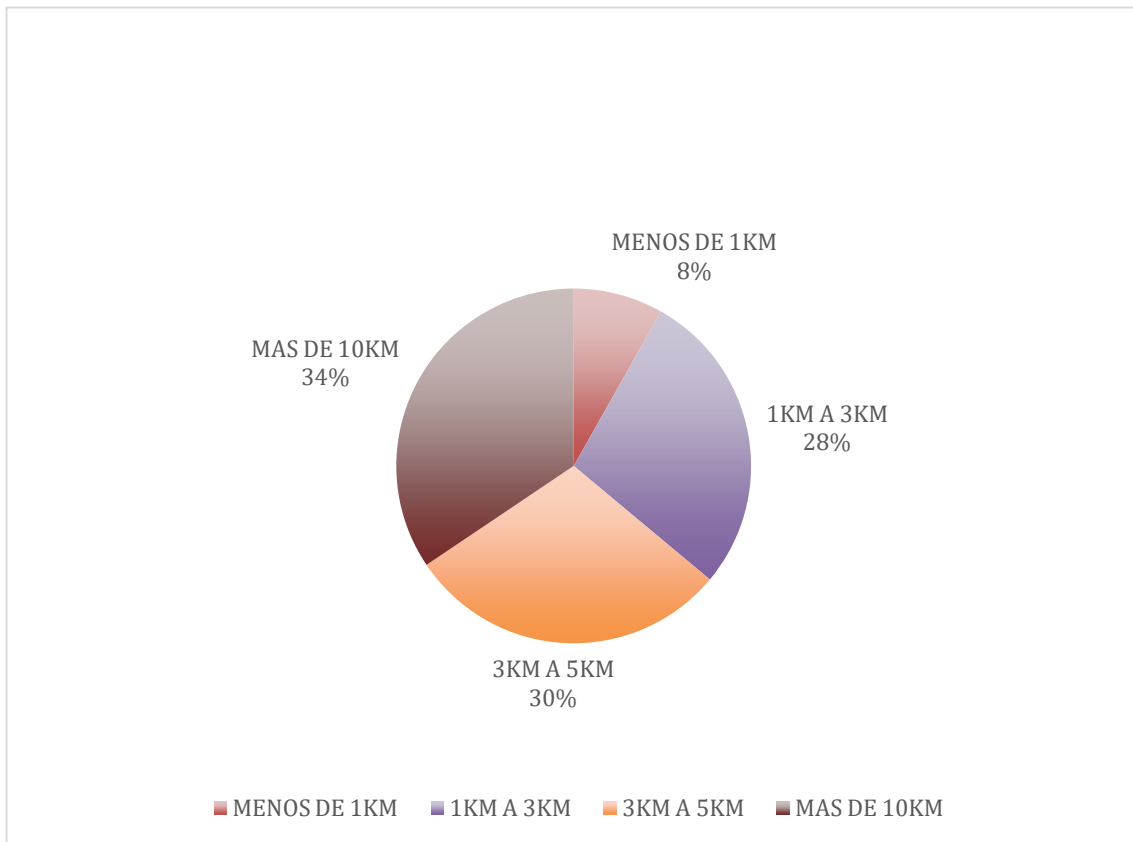
GRÁFICO 8: Tipo de limitaciones identificados por las usuarias para asistir a controles prenatales



Análisis:

Los resultados de este literal destacan la complejidad de las dinámicas de pareja en relación con el acceso a los cuidados prenatales. Aunque muchas mujeres no especificaron una limitación concreta, es evidente que cualquier tipo de restricción puede tener consecuencias serias para su salud y bienestar. Es vital que los servicios de salud reconozcan y aborden estas dinámicas, trabajando no solo con las embarazadas sino con sus parejas y comunidades para eliminar barreras y promover un entorno de apoyo que facilite el acceso a cuidados prenatales adecuados y oportunos.

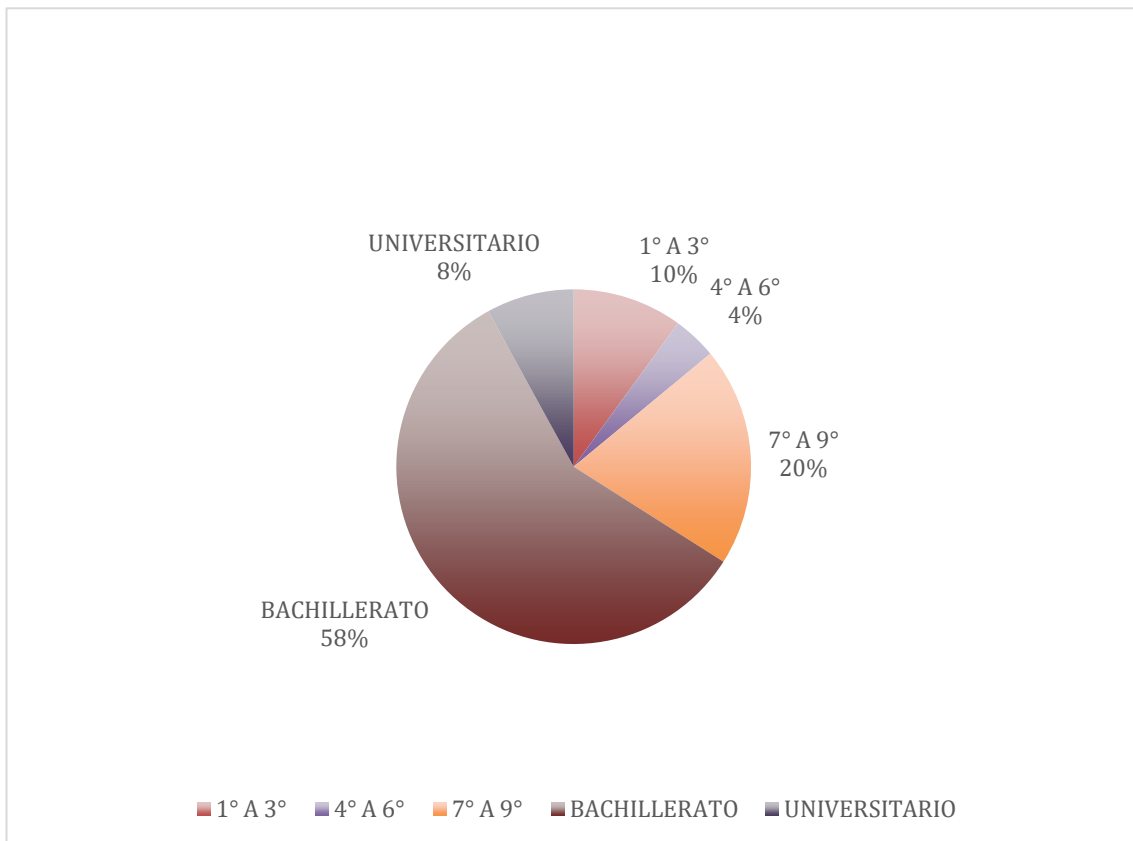
GRÁFICO 9: Distancia aproximada de la unidad de salud al domicilio de las usuarias



Análisis:

La distancia entre el hogar y las unidades de salud es un factor crucial que influye en la frecuencia con la que las mujeres embarazadas pueden asistir a sus controles prenatales. Los resultados indican que muchas mujeres enfrentan desafíos significativos debido a la lejanía de las instalaciones de salud. Abordar este problema es fundamental para mejorar la salud maternal y perinatal, y requiere una combinación de mejora en la infraestructura de salud, servicios de transporte accesibles y el uso innovador de tecnología como la telemedicina.

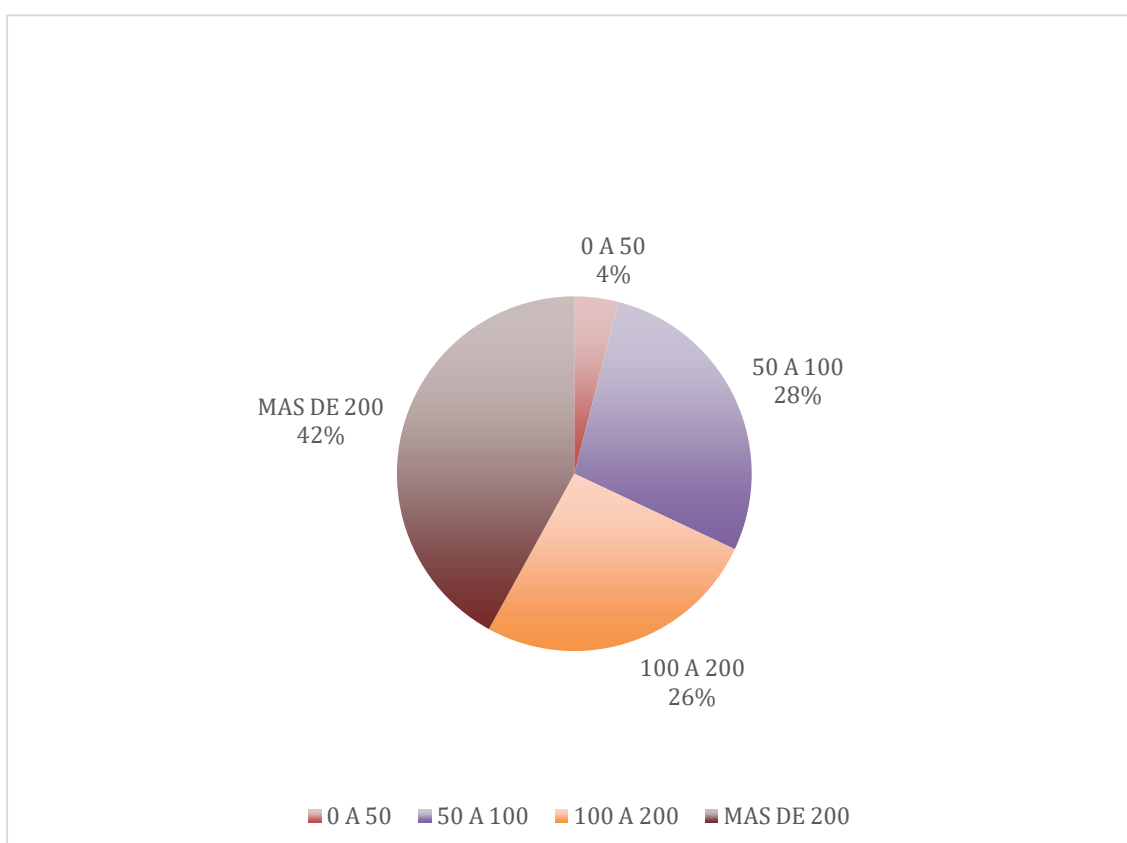
GRÁFICO 10: Nivel educativo alcanzado por las usuarias



Análisis:

El análisis del nivel educativo de las mujeres embarazadas en este estudio revela una variación significativa que puede impactar cómo acceden y utilizan los servicios de salud prenatal. Mientras que la mayoría parece tener una educación suficiente para gestionar su salud prenatal eficazmente, un segmento aún enfrenta desafíos que requieren atención especial. Este entendimiento debería informar el desarrollo de políticas y programas diseñados para garantizar que todas las mujeres, independientemente de su nivel educativo, reciban el apoyo necesario para garantizar una experiencia de embarazo saludable y segura.

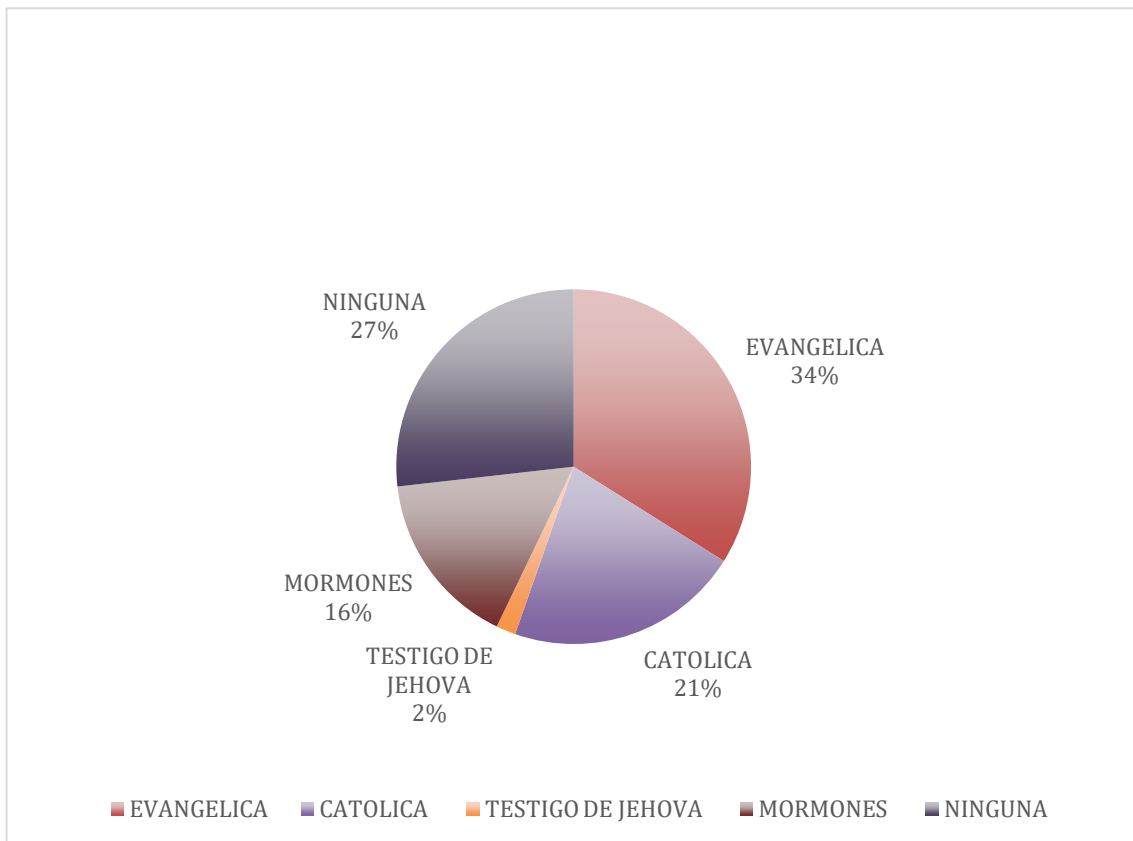
GRÁFICO 11: Distribución del ingreso mensual del hogar de las usuarias.



Análisis:

Los ingresos familiares de las mujeres embarazadas juegan un papel crucial en su capacidad para acceder a cuidados prenatales adecuados. Los datos muestran que, aunque muchas mujeres tienen ingresos que les permitirían acceder a estos servicios, un segmento no despreciable podría estar enfrentando dificultades económicas significativas que limitan su acceso a cuidados esenciales. Es vital que las políticas de salud pública aborden estas desigualdades y aseguren que todas las mujeres embarazadas, independientemente de su situación económica, tengan acceso a los cuidados prenatales que necesitan para garantizar un embarazo saludable y seguro.

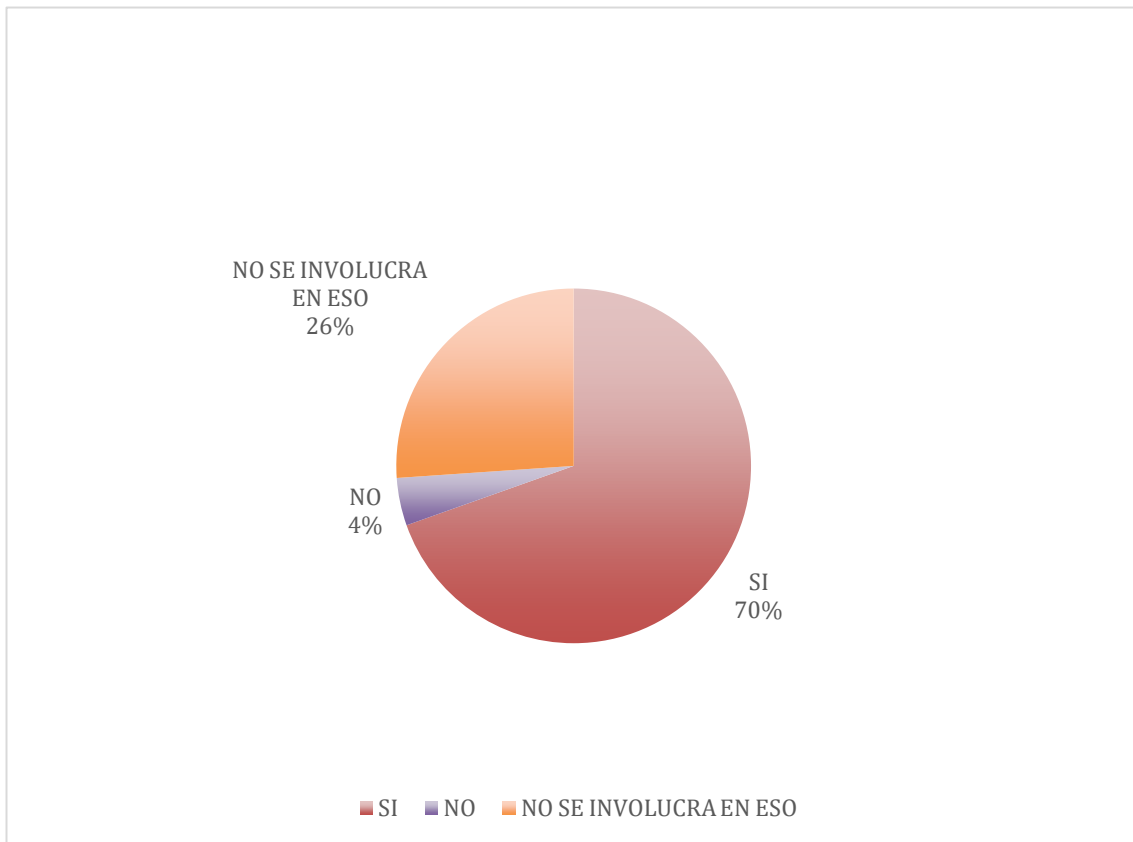
GRÁFICO 12: Afiliación religiosa de las usuarias .



Análisis:

La diversidad religiosa entre las mujeres embarazadas es significativa y tiene el potencial de influir en su enfoque hacia el cuidado prenatal. Comprender y respetar estas diferencias es crucial para proporcionar atención médica efectiva y sensible. Al integrar consideraciones religiosas en el plan de cuidado prenatal, los proveedores pueden asegurar que todas las mujeres reciban el apoyo adecuado, respetando sus creencias individuales y promoviendo resultados de salud óptimos para ellas y sus bebés. Este enfoque respetuoso y personalizado puede mejorar significativamente la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento recomendado.

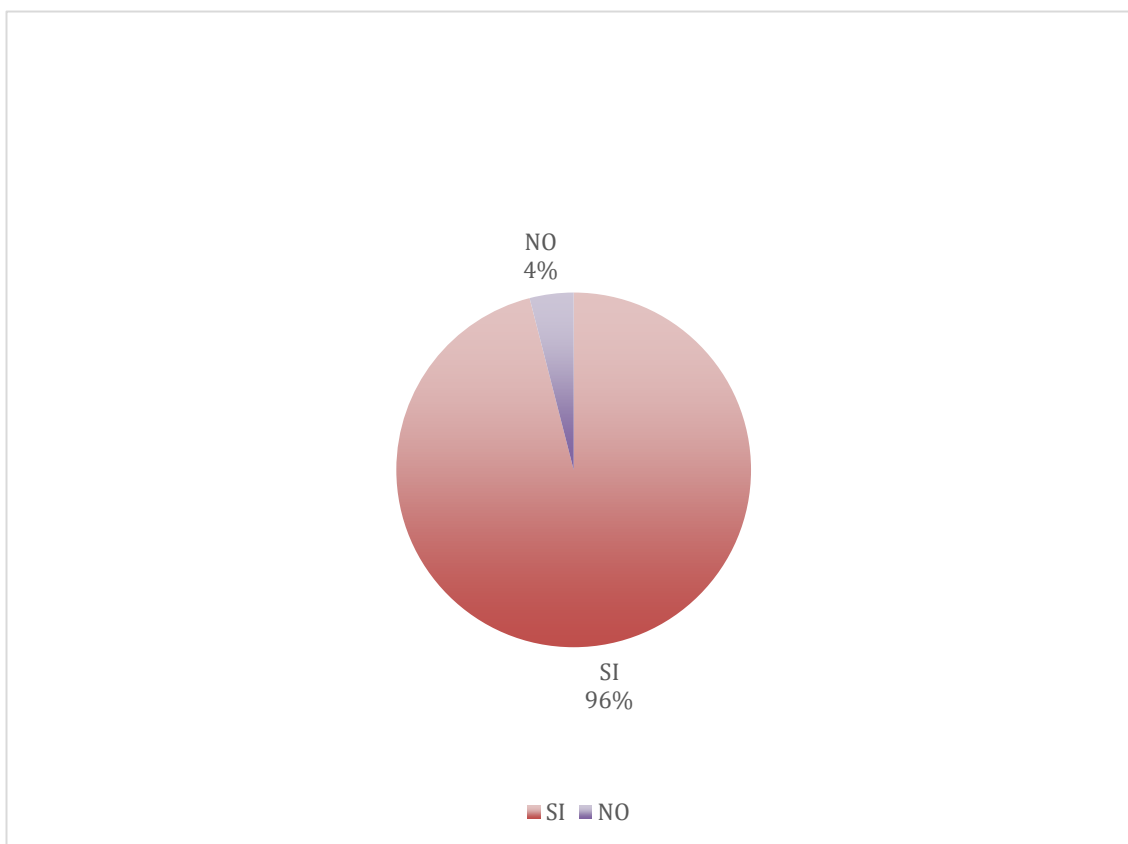
GRÁFICO 13: Influencia de la religión en la asistencia a controles prenatales según las usuarias.



Análisis:

La mayoría de las mujeres embarazadas informan que su religión no restringe su acceso a los controles prenatales, lo cual es esencial para una atención prenatal efectiva y sin conflictos. Sin embargo, una minoría enfrenta restricciones basadas en la religión que podrían comprometer su acceso a cuidados adecuados. Reconocer y abordar estas diferencias en el contexto de la atención médica es vital para asegurar que todas las mujeres reciban el apoyo necesario para manejar su salud y la de sus bebés de manera efectiva y respetuosa.

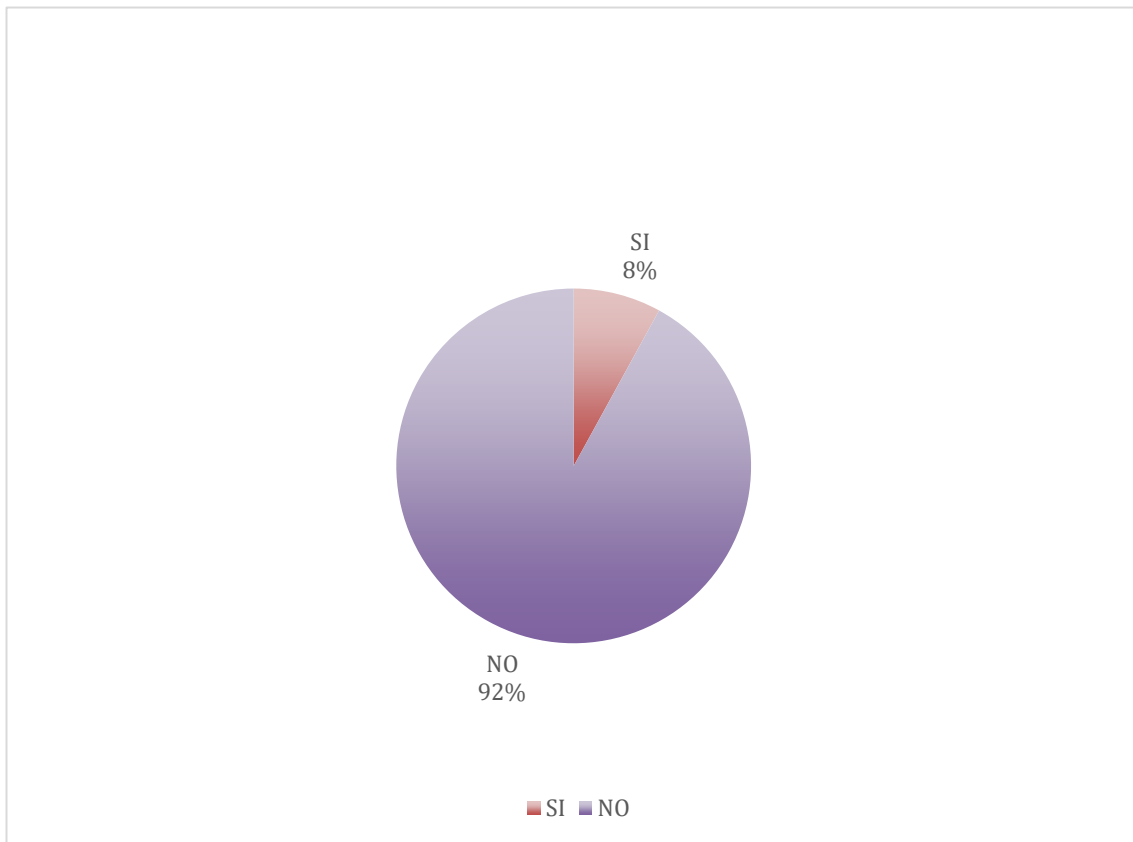
GRÁFICO 14: Percepción del apoyo familiar hacia el embarazo actual según las usuarias



Análisis:

El apoyo familiar es un recurso fundamental para la gran mayoría de las mujeres encuestadas, lo que contribuye a un embarazo más seguro y saludable. Sin embargo, las pocas mujeres que no cuentan con este apoyo enfrentan un mayor riesgo de dificultades emocionales y prácticas durante su embarazo. Es esencial que se proporcionen redes de apoyo alternativas y que los servicios de salud continúen fomentando el involucramiento de la familia en el proceso prenatal, ya que esto puede mejorar significativamente los resultados de salud para la madre y el bebé.

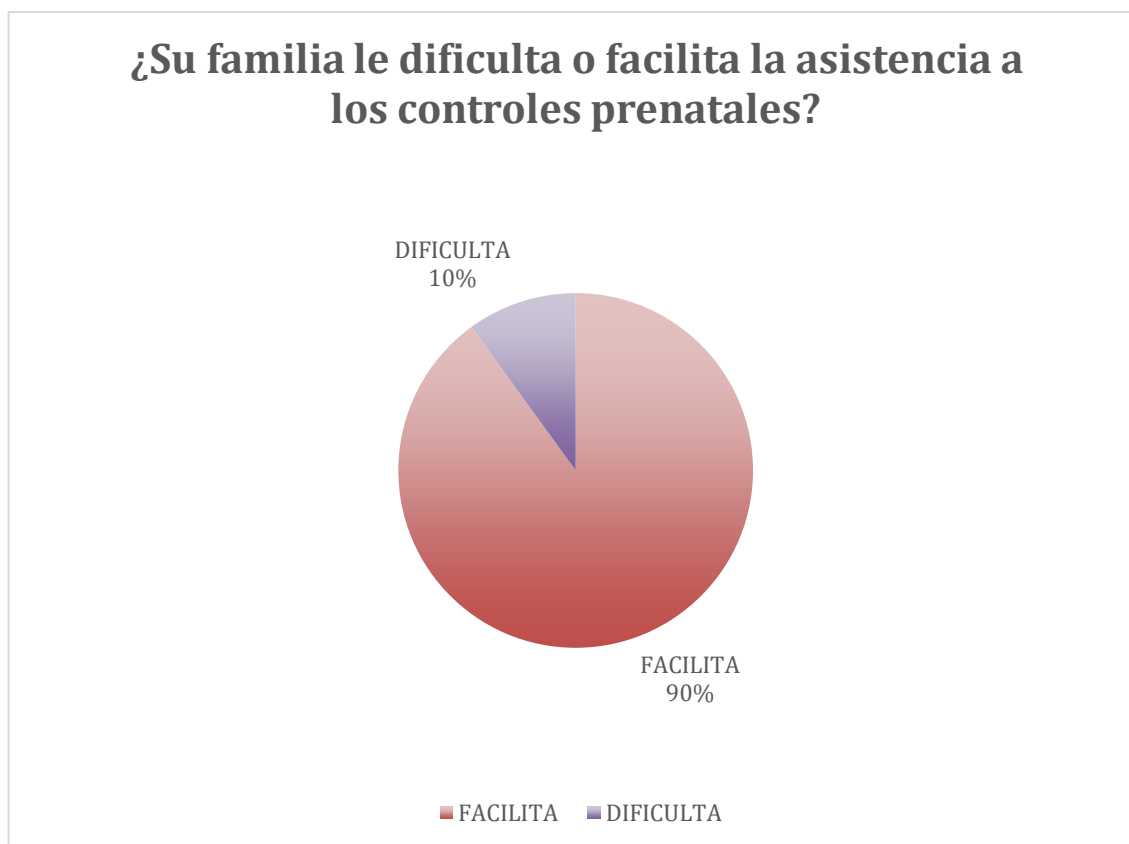
GRÁFICO 15: comentarios negativos familiares respecto al embarazo según las usuarias



Análisis:

La mayoría de las mujeres embarazadas no enfrentan comentarios negativos por parte de sus familias, lo que es un indicador positivo de apoyo familiar. Sin embargo, un pequeño grupo de mujeres reporta recibir comentarios negativos, lo cual puede tener un impacto perjudicial en su bienestar emocional durante el embarazo. Es crucial que se proporcione apoyo adicional a estas mujeres y que se fomente un ambiente familiar más positivo y comprensivo, ya que el apoyo emocional durante el embarazo es clave para asegurar una experiencia más saludable tanto para la madre como para el bebé.

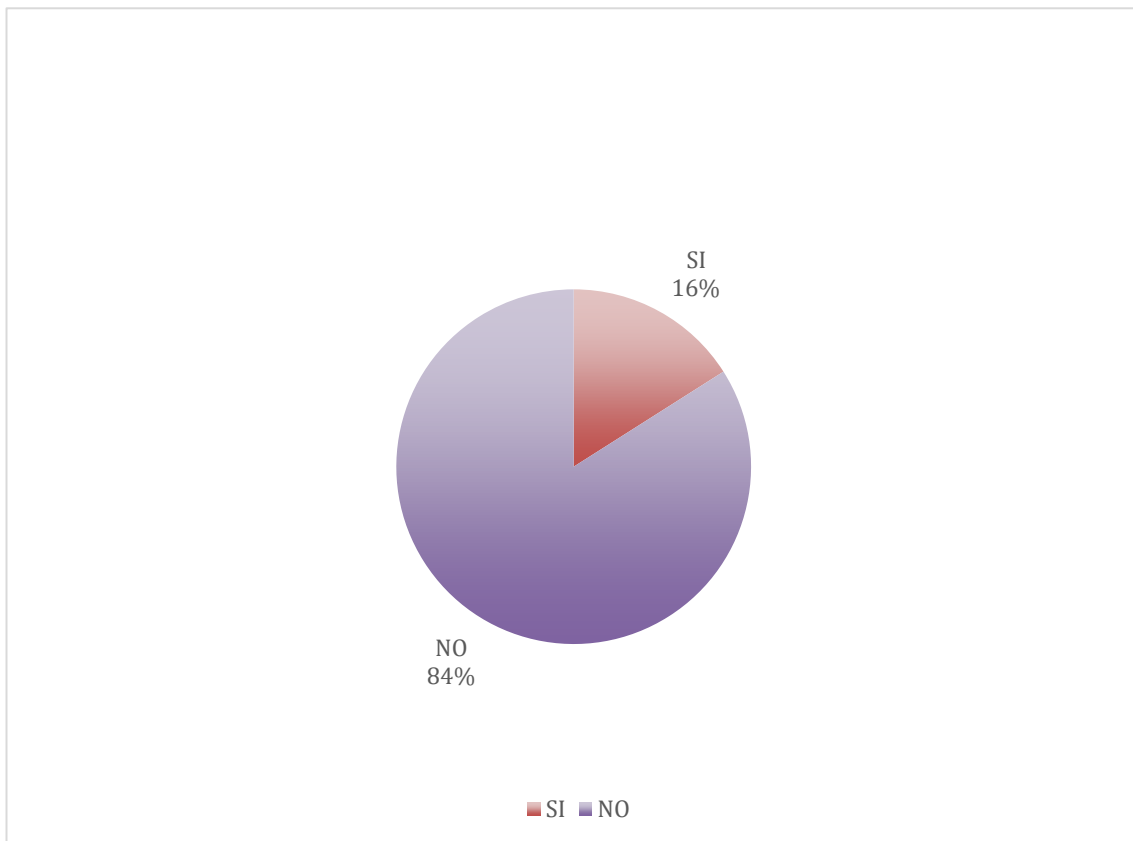
GRÁFICO16: Influencia de la familia en la asistencia a los controles prenatales según las usuarias



Análisis:

La mayoría de las mujeres embarazadas reporta que su familia les facilita la asistencia a los controles prenatales, lo que es un indicador positivo del papel de las familias en el cuidado prenatal. Sin embargo, un pequeño grupo enfrenta barreras familiares que dificultan su asistencia, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los cuidados prenatales necesarios. Educar a las familias sobre la importancia de estos controles y ofrecer recursos adicionales puede mejorar la adherencia a los cuidados médicos y, en última instancia, los resultados de salud materna e infantil.

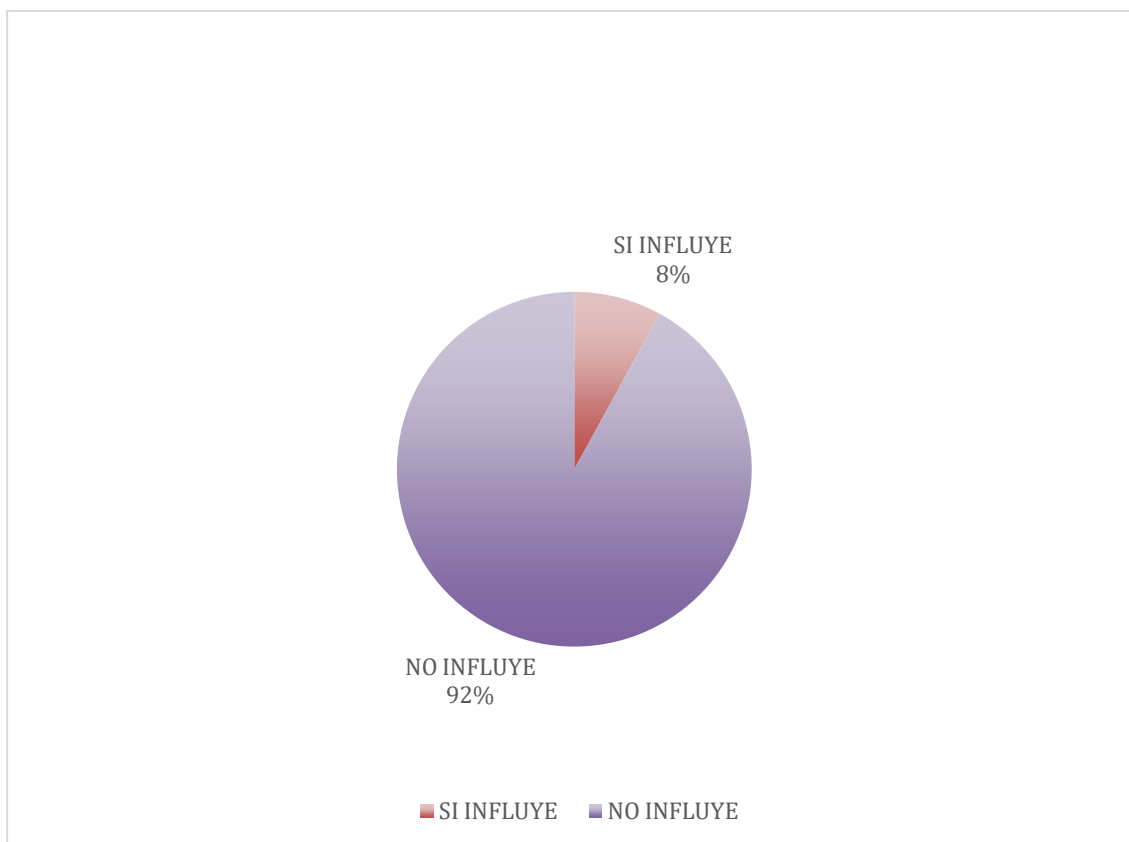
GRÁFICO 17: Proporción de madres solteras entre las usuarias.



Análisis:

Un grupo significativo de mujeres se identifica como madre soltera, lo que indica que enfrentan desafíos específicos durante el embarazo. Aunque la mayoría de las mujeres no se consideran madres solteras, las que sí lo son deben recibir atención especial, tanto en términos de apoyo emocional como financiero, para garantizar que tengan acceso a los recursos necesarios para un embarazo saludable. Crear y fortalecer redes de apoyo para las madres solteras es esencial para reducir las desigualdades y mejorar los resultados de salud materna e infantil.

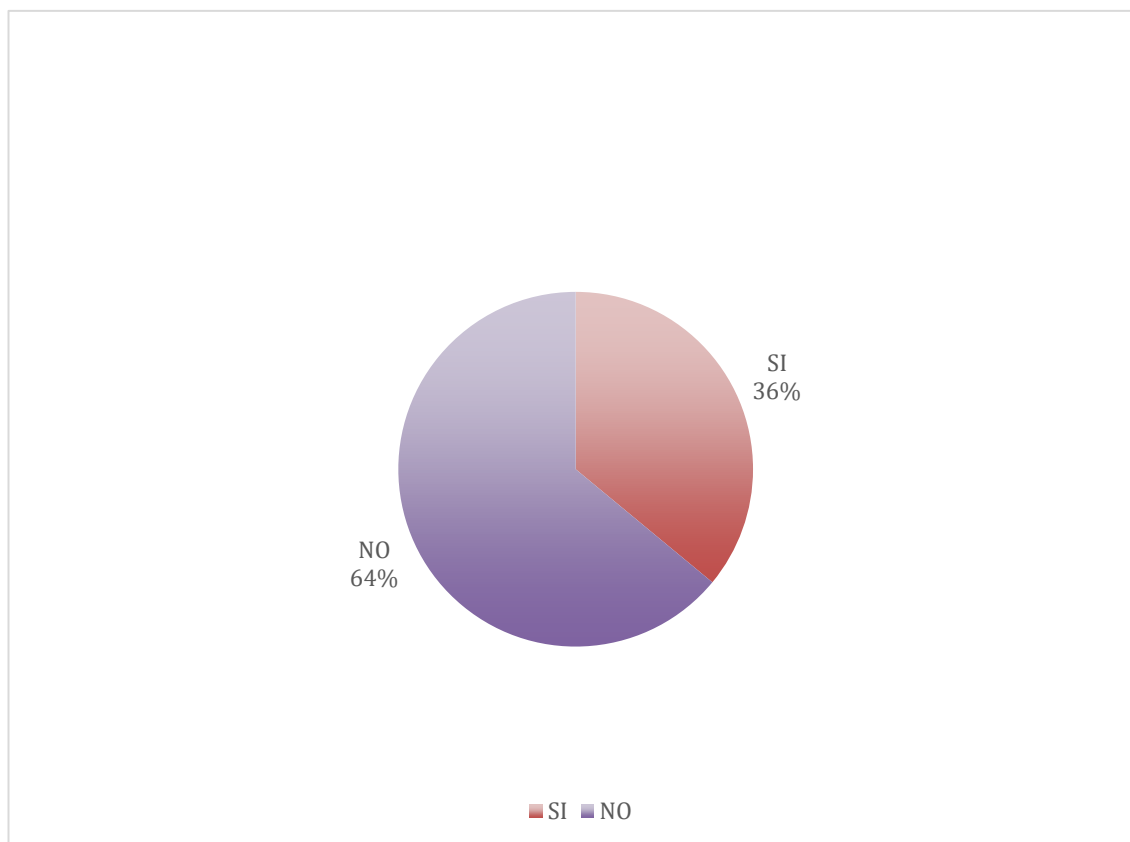
GRÁFICO 18: Influencia de ser madre soltera en la asistencia a controles prenatales según las usuarias.



Análisis:

Este resultado indica que, para la mayoría de las mujeres el ser madre soltera, no representa un impedimento o factor que afecte significativamente su capacidad para asistir a los controles prenatales. Esto podría deberse a una red de apoyo adecuada, una estructura familiar sólida, o la percepción de que la condición de madre soltera no limita directamente su acceso a los servicios de salud prenatal.

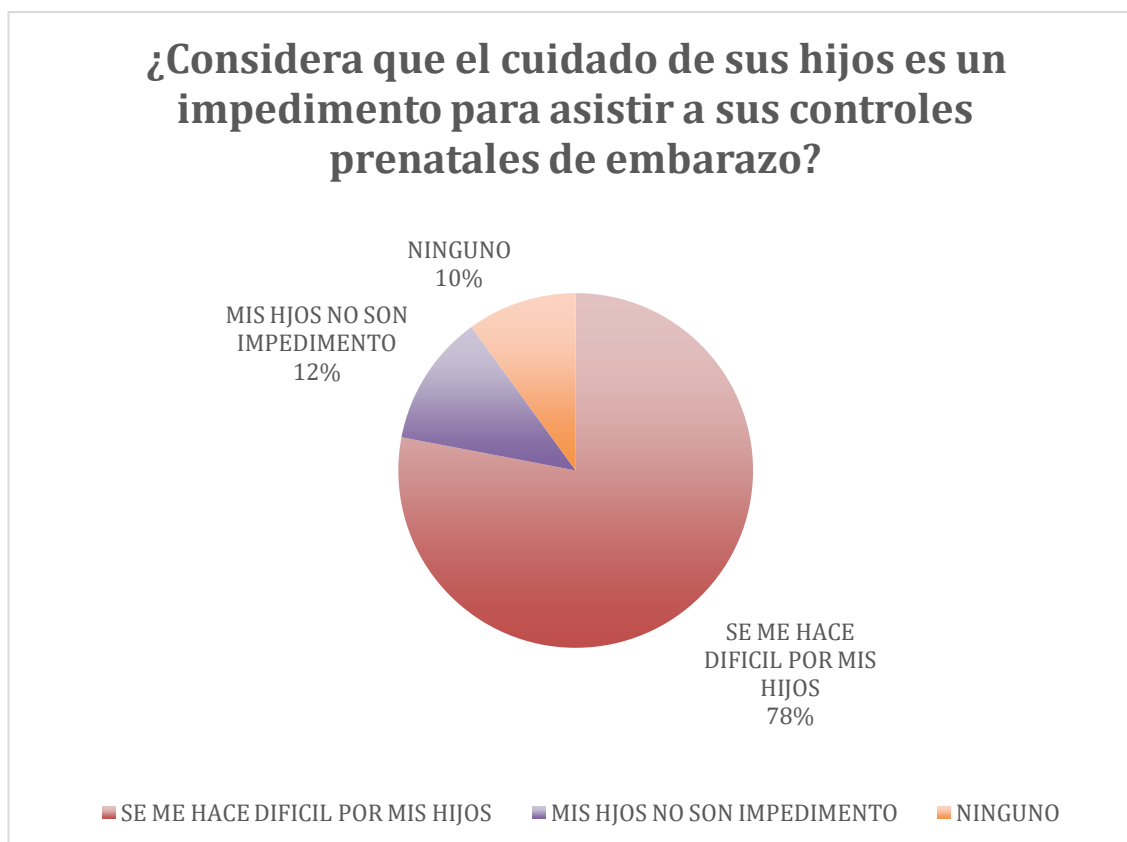
GRÁFICO 19: Proporción de usuarias que tienen otros hijos.



Análisis:

Este resultado muestra que un porcentaje considerable de las mujeres embarazadas encuestadas ya tienen hijos, lo que podría influir en diversas áreas de su embarazo actual, incluyendo la gestión del tiempo y el acceso a servicios prenatales. Es posible que las mujeres que ya tienen hijos enfrenten desafíos adicionales a la hora de asistir a sus controles prenatales debido a las responsabilidades de cuidado que tienen con sus otros hijos. El equilibrio entre las obligaciones de cuidado infantil y el tiempo dedicado a la atención prenatal puede verse afectado por varios factores, como la disponibilidad de apoyo familiar, la situación económica y las barreras de acceso a servicios de salud.

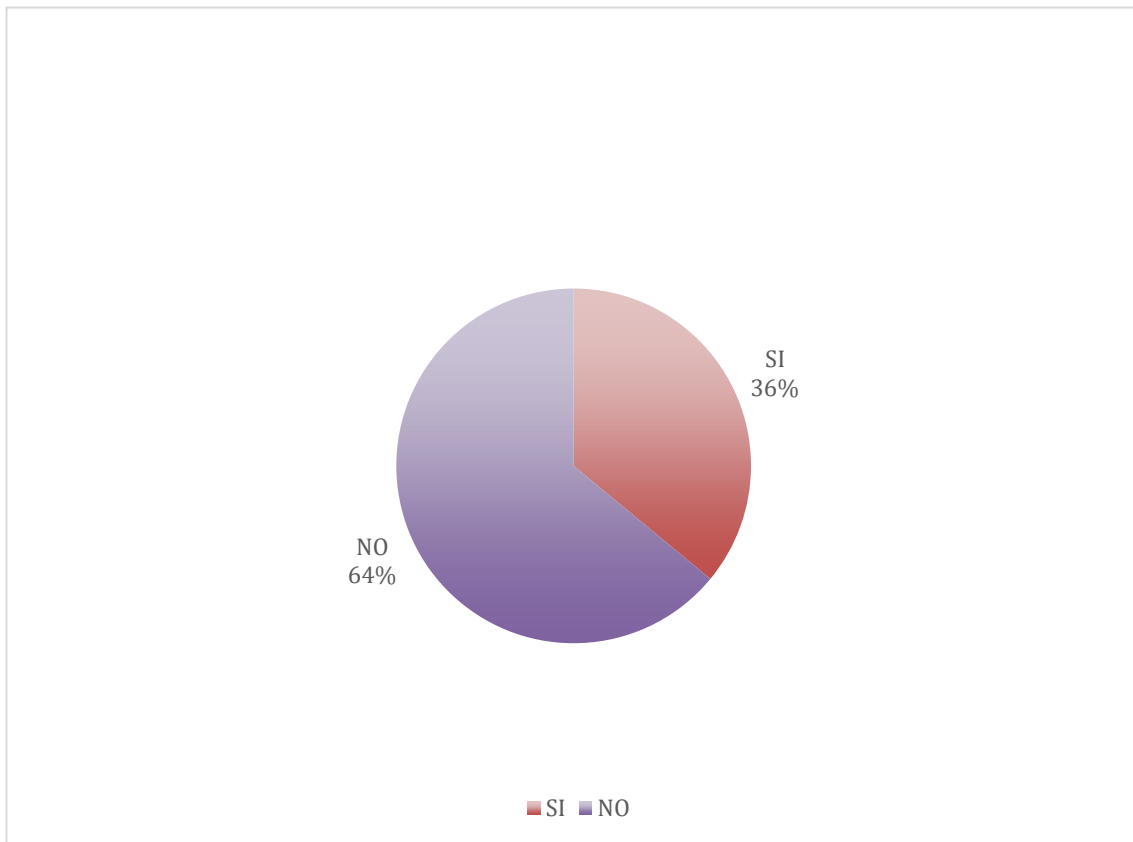
GRÁFICO 20: Percepción de las usuarias sobre el cuidado de sus hijos como impedimento para asistir a controles prenatales.



Análisis:

La mayoría de las madres encuestadas considera que el cuidado de sus hijos representa un impedimento para asistir a los controles prenatales, lo que subraya una barrera significativa para el acceso a la atención médica durante el embarazo. Es crucial que se implementen servicios de apoyo, como guarderías temporales en centros de salud o redes de apoyo comunitario, para que estas mujeres puedan asistir a sus controles sin tener que preocuparse por el cuidado de sus hijos. Al proporcionar estos recursos, se puede mejorar la asistencia a los controles prenatales y, por lo tanto, los resultados de salud tanto para la madre como para el bebé.

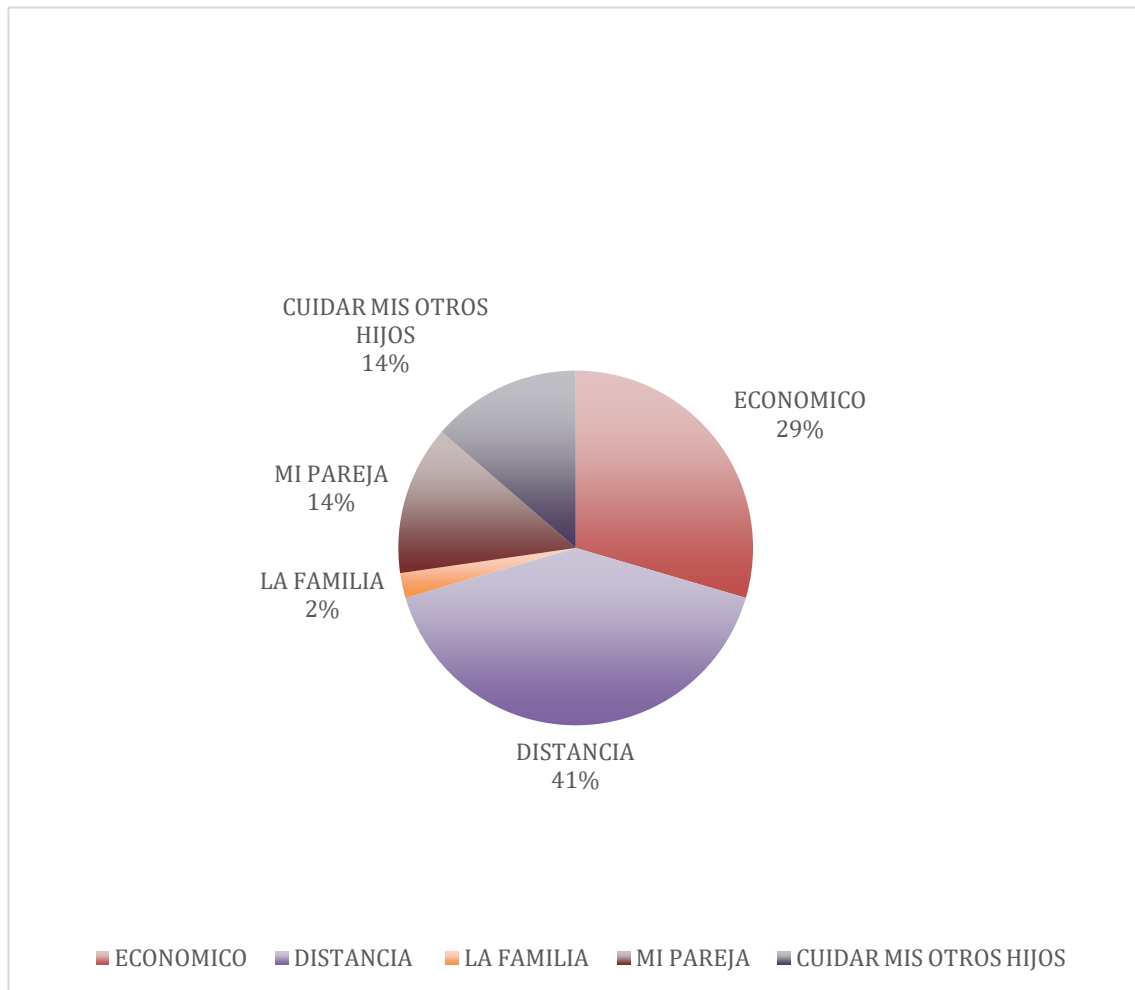
GRÁFICO 21: Percepción de la pérdida de oportunidades laborales debido al embarazo según las usuarias



Análisis:

Si bien la mayoría de las mujeres embarazadas no percibe que su embarazo haya afectado sus oportunidades laborales, una minoría significativa considera que su embarazo les ha hecho perder oportunidades. Esto resalta la importancia de seguir reforzando las políticas laborales que protejan a las mujeres embarazadas de la discriminación y aseguren que tengan acceso a las mismas oportunidades que cualquier otra persona. Además, es fundamental que se ofrezcan servicios de apoyo económico, legal y emocional a aquellas mujeres que enfrentan dificultades laborales durante el embarazo, para mejorar su bienestar y garantizar un entorno más justo e inclusivo en el trabajo.

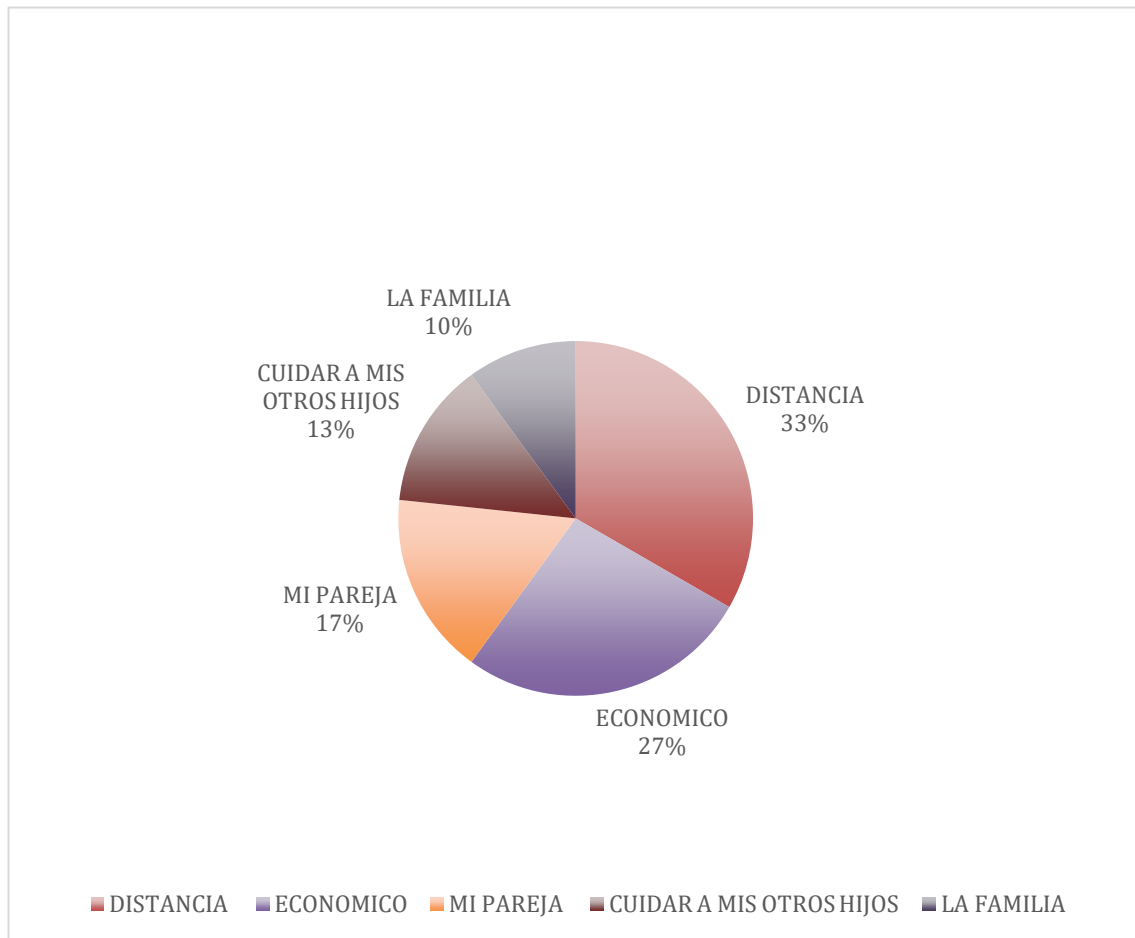
GRÁFICO 22: Factores que dificultan la asistencia a controles prenatales según las usuarias.



Análisis:

Los principales factores que dificultan la asistencia a los controles prenatales son la distancia a los centros de salud y las barreras económicas, seguidos por la falta de apoyo por parte de la pareja y las responsabilidades de cuidado de los hijos. Estas barreras subrayan la necesidad de intervenciones que mejoren el acceso a los servicios de salud prenatal, especialmente para las mujeres que enfrentan desafíos logísticos y financieros. Proporcionar soluciones como transporte gratuito, apoyo económico, y redes de cuidado infantil puede mejorar la asistencia a los controles prenatales, lo que resulta en mejores resultados de salud para las madres y sus bebés.

GRÁFICO 23: Prioridad de los factores que dificultan la asistencia a controles prenatales según su importancia.



Análisis:

Los resultados muestran que la distancia y los factores económicos son percibidos como las barreras más importantes para la asistencia a los controles prenatales, seguidos de la falta de apoyo de la pareja y las responsabilidades del cuidado infantil. Estas barreras subrayan la necesidad de soluciones específicas, como transporte gratuito para mujeres embarazadas, apoyo económico para los cuidados prenatales y la creación de redes de apoyo para madres con otros hijos. Proporcionar recursos accesibles puede mejorar la adherencia a los controles prenatales y garantizar mejores resultados de salud tanto para las madres como para los bebés.

B) DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación realizada en la UCSFI de Sonsonate revela datos importantes sobre la adherencia a los controles prenatales y cómo los factores socioculturales, económicos y familiares afectan a las embarazadas. En este análisis, se comparan y profundizan los resultados obtenidos a partir de las encuestas, los gráficos y el marco teórico del estudio.

Uno de los hallazgos más significativos es la alarmante brecha en la cobertura de los controles prenatales. El 28% de las mujeres entrevistadas alcanzaron el mínimo recomendado de siete controles prenatales, lo que representa una cobertura extremadamente baja si se compara con los estándares internacionales recomendados por la OMS (21) En comparación, según los datos globales mencionados en dicho trabajo de investigación. En Latinoamérica se ha observado que solo el 52% de las embarazadas en África Subsahariana y el 46% en Asia Meridional reciben al menos cuatro consultas. Este hallazgo es particularmente preocupante dado que, en El Salvador, la Ley Nacer con Cariño promueve la realización de un mínimo de ocho controles prenatales para garantizar una vigilancia adecuada de la salud materna y fetal.

Los resultados indican que los factores socioeconómicos, como la distancia a las unidades de salud y las barreras económicas, son las principales razones para la baja asistencia. Las mujeres que viven a más de 5 km de un centro de salud enfrentan mayores dificultades para cumplir con las visitas recomendadas, una situación reflejada también en estudios internacionales donde la ubicación rural se correlaciona con la baja asistencia a controles prenatales.

la percepción de las mujeres sobre la importancia de los controles prenatales muestra que un 96% de las encuestadas consideran esenciales estos controles. Sin embargo, existe una contradicción evidente entre el conocimiento de la relevancia de los controles y la adherencia real a los mismos. La teoría de la percepción y adherencia indica que, aunque las embarazadas son conscientes de los beneficios de los controles prenatales, barreras económicas, logísticas y culturales impiden su cumplimiento efectivo. (20)

Este fenómeno es común en varias regiones, como se ha observado en estudios en Venezuela y Perú, donde la dependencia económica y la falta de educación formal contribuyen significativamente al abandono de los controles prenatales.(3) En el estudio de Sonsonate, el 21% de las mujeres encuestadas viven a más de 10 km de un centro de salud, lo que refleja la gravedad de las barreras logísticas. En la investigación, se identificaron varios factores socioculturales que influyen negativamente en la adherencia a los controles prenatales. Estos factores incluyen el nivel educativo y la situación económica.

Estos resultados coinciden con estudios anteriores mencionados en el trabajo de investigación que destacan las mujeres casadas o con un nivel educativo bajo tienen menos probabilidades de acceder a un control prenatal adecuado. Además, la falta de apoyo emocional y logístico de las parejas puede tener un impacto directo en la asistencia a los controles. Esta situación es similar a la observada en investigaciones realizadas en Perú, donde el grado de instrucción primaria y la dependencia económica aumentan el riesgo de un control prenatal insuficiente. (24)

La satisfacción con los servicios de atención prenatal es un punto positivo en la investigación. El 76% de las mujeres calificaron la atención recibida como excelente o muy buena. Sin embargo, se debe prestar atención al 6% de mujeres que percibieron una mala atención, ya que la percepción negativa del servicio de salud puede ser una barrera adicional para la adherencia a los controles. La comparación con los datos del trabajo de investigación destaca que la calidad de los servicios es un factor crucial para garantizar que las mujeres regresen a sus citas, como lo señala la OMS. (21)

El apoyo familiar se destacó como uno de los factores más importantes para la adherencia a los controles prenatales. Un 94% de las encuestadas afirmaron que su familia les facilita asistir a las consultas. Este hallazgo es consistente con estudios internacionales que subrayan la importancia del apoyo familiar en la mejora de los resultados de salud materna y neonatal. (9)

Sin embargo, también se identificaron barreras emocionales que deben ser atendidas. Un porcentaje significativo de mujeres experimenta preocupación, miedo y tristeza durante el embarazo. Estos sentimientos, si no se abordan, pueden afectar negativamente su bienestar y predisponerlas a complicaciones. Es esencial que los servicios de salud ofrezcan atención psicológica.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Percepción positiva sobre la relevancia de los controles prenatales: La mayoría de las mujeres embarazadas encuestadas tiene una percepción muy positiva acerca de la importancia de los controles prenatales, destacando que casi todas reconocen su relevancia. Sin embargo, esta percepción no siempre se traduce en la asistencia adecuada a las consultas, lo que indica la existencia de barreras adicionales que dificultan la adherencia a los controles recomendados.

Impacto de factores socioculturales en la asistencia a los controles prenatales: Los factores socioculturales como el apoyo familiar, la distancia y la dinámica de pareja juegan un papel crucial en la adherencia a los controles prenatales. Mientras que la mayoría de las mujeres reporta un buen nivel de apoyo familiar, algunas enfrentan barreras impuestas por sus parejas o por la falta de cuidado infantil, lo que afecta su capacidad para asistir a las citas médicas. La educación, la situación laboral y el nivel de ingresos también influyen significativamente en el acceso a estos servicios.

Principales barreras económicas y geográficas para la asistencia a los controles prenatales: Los resultados muestran que los principales obstáculos para la asistencia regular a los controles son la distancia a los centros de salud y las limitaciones económicas. Las mujeres que viven a más de 5 km de un centro de salud o que enfrentan dificultades económicas son las que más limitaciones experimentan para acceder a una atención prenatal adecuada. Estas barreras deben ser abordadas mediante políticas de salud que mejoren el acceso a los servicios, como el transporte gratuito y el apoyo financiero.

B. RECOMENDACIONES:

A las autoridades responsables de la Unidad de Salud de Sonsonate:

Se recomienda establecer programas de seguimiento obligatorio para mujeres embarazadas, con un enfoque especial en las áreas rurales y comunidades vulnerables, a fin de garantizar que todas las mujeres cumplan con al menos las siete consultas prenatales recomendadas por la OMS.

Es fundamental implementar programas de educación en salud que estén dirigidos a mujeres con bajos niveles de escolaridad, utilizando materiales accesibles y estrategias comunitarias de sensibilización para mejorar el conocimiento sobre la importancia de los controles prenatales. Es crucial ofrecer servicios de guardería o cuidados infantiles temporales en los centros de salud o en la comunidad, permitiendo que las madres solteras puedan asistir a sus controles prenatales sin la preocupación de quién cuidará a sus hijos.

Se recomienda llevar a cabo evaluaciones regulares de la calidad de los servicios prenatales, enfocándose en las percepciones negativas de las usuarias, con el objetivo de mejorar la experiencia de atención a través de capacitaciones al personal de salud y optimización de los recursos disponibles.

Se sugiere desarrollar programas de educación familiar que involucren a la pareja y a otros miembros de la familia en el proceso de atención prenatal, promoviendo un entorno de apoyo integral que fomente la adherencia a los controles y el bienestar materno-infantil.

Se deben incluir servicios de apoyo emocional y psicológico en los programas de atención prenatal, integrando consejeros y psicólogos especializados que aborden las preocupaciones emocionales de las mujeres embarazadas y promuevan su bienestar mental durante todo el embarazo.

Se recomienda mejorar la infraestructura de salud en zonas rurales mediante la implementación de clínicas móviles o programas de telemedicina, además de

establecer sistemas de transporte accesibles que faciliten la asistencia de las mujeres a los controles prenatales.

Las políticas de salud deben garantizar la gratuidad de los controles prenatales, además de ofrecer apoyo económico para cubrir los costos indirectos, como el transporte o exámenes adicionales, de modo que ninguna mujer se vea excluida de estos servicios por motivos financieros.

A las embarazadas atendidas en la Unidad de Salud de Sonsonate:

Asumir con responsabilidad el compromiso de asistir a las fechas concertadas de su control prenatal y estar en la de tomar todos los exámenes complementarios indicados por el médico.

Al personal de salud de la Unidad de Salud de Sonsonate:

Ejercer responsablemente su labor en el control prenatal a embarazadas atendidas en ese centro asistencial.

Realizar las iniciativas sostenidas para desarrollar el programa investigando y desarrollando modelos alternativos de atención a la población que lo requiera.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Aguilera S. Control Prenatal. Revista medico clínica condes.23 sep. 2014; 25(6): pag 880
2. Protocolos de El Salvador de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, a la persona recién nacida y lactancia materna en situación de bajo riesgo en Primer Nivel de Atención 2022 (ley nacer con cariño).
3. Aniervic MB, Mayela YG. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA. Venezuela: FUNDACIÓN KOINONIA; enero 2020; 4(7): pag 78-85.
4. Organización panamericana de la salud. OPS.2021[citada 09 de febrero de 2024]. Disponible en <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-el-salvador#:~:text=En%20cuanto%20al%20control%20prenatal,de%2075.3%25%20a%2080%25>
5. La OMS Señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el Momento Adecuado [internet]. Organización Mundial De La Salud OMS; 2016 [citado 3 febrero 2024]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
6. Verde M, Varela L, Episcopo C, García R; Briozzo L; Impallomeni I. Embarazo sin control. Análisis epidemiológico. En: Revista Médica de Uruguay. Mayo, 2012; 28(2).
7. Vivanco Guaman KB, Reyes EY. Factores que influyen en el control prenatal. Polo del conocimiento. Agosto 2023; 8(8): pag 448-462.
8. Amaya Mancía CR, Ling Romero NM, Sánchez TE. Evaluación De La Calidad De La Atención De Los Controles Prenatales Básicos Brindados A Las Mujeres Embarazadas, Por El Equipo Comunitario De Salud Familiar Urbano

De El Municipio De Chalchuapa Departamento De Santa Ana. San Salvador, Universidad De El Salvador; 2012. Pag 1-70.

9. Madrid Vilorio, R. M. Barreras para la atención prenatal en mujeres de América Latina en pleno siglo XXI. Revista La Universidad. Junio 2021; 2, págs. 144-163
10. Moposita-Yumiguano, J. Santana, J. Mariana Freire. Incumplimiento del control prenatal y variables socioculturales relacionados en embarazadas Salasakas. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Volumen 4. Número 8. Año 4. Julio – Diciembre 2020
11. Gómez Velasco DV. El Embarazo. Gómez Velasco DV, editor. EPS nutrición . 2020. Available from: www.epsnutricion.com.mx
12. Carrillo Mora P, Garcia Franco A, Soto Lara M, Rodriguez Vasquez G, Perez Villalobos J, Martinez torres D. Cambios Fisiológicos Durante El Embrazo. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2021
13. Análisis del alza de mortalidad materna en El Salvador, informe anual, Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, 2022 <https://observadsdr.org/>
14. MINSAL, Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materno perinatal, ministerio de salud publica y asistencia social, fonde de población de las naciones unidas, diciembre, El Salvador 2009.
15. Oscar Fausto Munares García, Factores asociados al abandono al control prenatal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2011
16. Ana Patricia Castro Montoya, Evaluación de la asistencia al control prenatal de la unidad de salud del Barrio San Rafael en comparaciones de las metas establecidas, por el ministerio de salud publica y asistencia social durante el periodo de 8 de marzo al 30 de junio 2012, Universidad de El Salvador, 2012

17. Ponce Paucar, Johnny Jesús Alberto, Zapó Vargas, Samira Lizbeth, Percepción de la atención prenatal recibida por las gestantes en un establecimiento I-3 del distrito de Lambayeque 202, Escuela Académica Profesional de Medicina, Universidad Señor de Sipán, Perú, 2022
18. Cabrera C. Calidad percibida en la atención prenatal recibida en el Centro de Salud Tipo A - Pugacho, Ibarra. Universidad Técnica del Norte. 2018
19. Vesga L, Ruiz C. Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. [Internet]. 2019.
20. Ley nacer con cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido. El Salvador, 2022.
21. Organización mundial de la salud. Tendencias en la mortalidad materna. 2023 [citado 05 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth—un-agencies>
22. Instituto salvadoreño para el desarrollo integral de la niñez y adolescencia ISNA. La situación del embarazo adolescente en El Salvador. 2019: pag 7-71.
23. Saldaña Sousa, C. (2021). Creencias y prácticas de Madres Gestantes del Barrio de Vista Alegre de Ayacucho. Puriq, 3(1), 26–38. <https://doi.org/10.37073/puriq.3.1.138>
24. Dioses Dayanna L, Sosa Corzo Cristhian A, García Zarate J, Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados. Dic 2023. Universidad Nacional de Tumbes, Perú.

I) ANEXOS:

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Título del estudio: "Factores Socioculturales que Influyen en la Adherencia a los Controles Prenatales en Embarazadas en la Unidad de Salud de Sonsonate en el Periodo de Abril a Agosto"

Yo, [nombre del participante], reconozco que he sido informado(a) y entiendo los propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios de participar en el estudio mencionado anteriormente. De manera voluntaria, acepto participar en este estudio y doy mi consentimiento para que mis datos sean utilizados con fines de investigación.

- **Propósito del Estudio:** El propósito de este estudio es investigar los factores socioculturales que pueden influir en la adherencia a los controles prenatales entre las mujeres embarazadas que asisten a unidad de salud Sonsonate durante el periodo de Abril a Agosto.
- **Procedimiento:** Consistirá en responder a un cuestionario diseñado para recopilar información sobre prácticas culturales y percepciones sobre los controles prenatales.
- **Riesgos:** Los riesgos asociados con este estudio son mínimos y están relacionados principalmente con la confidencialidad de la información proporcionada. Se tomarán todas las medidas necesarias para proteger la privacidad de los participantes.

- **Confidencialidad:** Toda la información proporcionada por los participantes se mantendrá estrictamente confidencial. Los datos se almacenarán de forma segura y solo serán accesibles para el equipo de investigación. Los resultados del estudio se presentarán de manera agregada, sin revelar la identidad de ningún participante.
- **Derecho a Retirarse:** Entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que tengo derecho a retirarme en cualquier momento, sin consecuencias negativas para mí. Mi decisión de participar o no participar en el estudio no afectará mi atención médica.
- **Consentimiento:** Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada en este documento y que estoy de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

ANEXO 2:

GLOSARIO

1. **Accesibilidad:** Grado en el cual los servicios de salud, recursos y atención médica son fácilmente disponibles y accesibles para todas las personas, sin discriminación ni barreras geográficas, económicas, culturales o sociales, promoviendo el acceso equitativo a la atención prenatal y materna.
2. **Adherencia:** Grado en el cual una persona sigue las recomendaciones y tratamientos médicos prescritos por profesionales de la salud, incluyendo la asistencia regular a citas de control prenatal y la adherencia a pautas de cuidado y tratamiento.
3. **Autonomía:** Capacidad de una persona para tomar decisiones autónomas, libres de coerción o influencias externas, basadas en sus propios valores, deseos y preferencias individuales.
4. **Autonomía Económica:** Estado de independencia financiera que permite a una persona ejercer control sobre sus recursos económicos y tomar decisiones sobre su vida y su salud, incluyendo decisiones relacionadas con el embarazo y la atención prenatal.
5. **Control Prenatal:** Conjunto de acciones médicas y de atención primaria realizadas de manera regular durante el embarazo para monitorear y promover la salud materna y fetal, así como detectar y prevenir posibles complicaciones.
6. **Desempleo:** Situación en la que una persona apta para trabajar no tiene un empleo remunerado, pudiendo afectar la estabilidad económica y el acceso a la atención médica durante el embarazo y el posparto.

7. **Embarazo:** Estado fisiológico en el que una mujer alberga y nutre a un embrión o feto en desarrollo en su útero, desde la concepción hasta el parto.
8. **Esterilización:** Procedimiento médico quirúrgico o farmacológico utilizado para evitar la fertilidad en hombres y mujeres, de forma permanente o temporal, como método anticonceptivo o de planificación familiar.
9. **Educación Prenatal:** Proceso de enseñanza y orientación proporcionado a las mujeres embarazadas y sus familias sobre el cuidado prenatal, la salud materna, el desarrollo fetal, el parto y el posparto, con el objetivo de promover resultados de salud óptimos para la madre y el bebé.
10. **Machismo:** Conjunto de actitudes, creencias y comportamientos que promueven la superioridad y dominio de los hombres sobre las mujeres, pudiendo influir en la toma de decisiones relacionadas con la salud materna y prenatal.
11. **Micronutrientes:** Nutrientes esenciales necesarios en cantidades pequeñas para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de la salud, incluyendo vitaminas y minerales como el ácido fólico, el hierro y el calcio, importantes durante el embarazo para prevenir deficiencias nutricionales y promover la salud materna y fetal.
12. **Muerte Materna:** Fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto, debido a causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.
13. **Parto:** Proceso fisiológico de expulsión del feto y la placenta del útero de la mujer al final del embarazo, marcando el final de la gestación y el inicio del posparto.

14. **Percepción:** Proceso cognitivo mediante el cual las personas interpretan, organizan y comprenden la información sensorial y la realidad que las rodea, influyendo en sus actitudes, comportamientos y decisiones.
15. **Período Intergenésico:** Intervalo de tiempo entre un embarazo y el siguiente, durante el cual la mujer se recupera física y emocionalmente de su experiencia de parto y cuidado del recién nacido, y puede considerar la planificación familiar y la anticoncepción.
16. **Puerperio:** Período de tiempo inmediatamente después del parto, durante el cual el cuerpo de la mujer se recupera de los cambios fisiológicos del embarazo y el parto, y se adapta a las demandas del cuidado del recién nacido, incluyendo el establecimiento de la lactancia materna.
17. **Religión:** Sistema de creencias y prácticas espirituales compartidas por una comunidad o grupo de personas, que pueden influir en las actitudes, valores, decisiones y comportamientos relacionados con la salud, incluyendo el embarazo, el parto y el cuidado prenatal.
18. **Tamizaje:** Proceso de detección precoz de enfermedades, trastornos o factores de riesgo mediante la aplicación de pruebas de diagnóstico, evaluaciones clínicas u otras herramientas de detección, con el fin de iniciar intervenciones tempranas y prevenir complicaciones.
19. **Vitalidad Fetal:** Estado de salud y bienestar del feto durante el embarazo, evaluado mediante pruebas clínicas y diagnósticas como la monitorización fetal, la ecografía y la evaluación de movimientos fetales.

20. **Violencia:** Manifestación de fuerza física, emocional, sexual o psicológica que causa daño, sufrimiento o amenaza de sufrimiento a una persona, pudiendo afectar la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas y sus hijos.

ANEXO 3:



CUESTIONARIO

TESIS PARA DOCTORADO EN MEDICINA

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Tema: Factores socioculturales que influyen en la adherencia a controles prenatales en embarazadas durante Abril-Agosto en US Sonsonate en 2024.

Objetivo del instrumento: Describir la influencia de los factores socioculturales en la adherencia de controles prenatales en embarazadas que asisten a sus controles en el periodo de Abril-Agosto de 2024 en US de Sonsonate

Indicaciones: Lea detenidamente las siguientes preguntas y seleccione la respuesta correcta encerrando en un círculo el literal que usted considere correcto o acertado a su criterio.

Fecha: _____

Edad: _____

Religión: _____

Estado civil: _____

Preguntas:

1. ¿A cuántos controles prenatales ha asistido?

2. ¿Cómo calificaría la atención recibida en su control prenatal?

- A) Excelente
- B) Muy buena
- C) Buena
- D) Mala
- E) Necesita mejorar

3. ¿Qué sentimiento le genera estar embarazada?

- A) Alegría
- B) Tristeza
- C) Preocupación
- D) Miedo
- E) Indiferencia

4. ¿Considera que los controles prenatales son importantes?

- A) Si
- B) No tanto
- C) No

5. ¿Conoce todas las atenciones que se brindan en los controles prenatales?

- A) Si
- B) No

6. ¿Si su respuesta fue si cuales de estas conoce?

- A) Nutrición
- B) Psicología
- C) Odontología,
- D) Sesiones prenatales
- E) Todas las anteriores

7. Su pareja establece limitaciones para asistir a sus controles?

- A) Si
- B) No

8. Si su respuesta fue si, seleccione la limitación.

- A) Económica,
- B) Transporte,
- C) Se molesta con usted

9. ¿A cuántos kilómetros aproximadamente le queda la unidad de salud?

- A) Menos de 1km
- B) Entre 1km y 3km
- C) Entre 3km y 5km
- D) Mas de 10 km

10. Hasta que grado estudió?

- A) 1° a 3°
- B) 4°a 6°
- C) 7° a 9°
- D) Bachillerato
- E) Universitario

11. ¿Cuánto es el ingreso mensual de su hogar?

- A) 0 a 50.
- B) 50 a 100.
- C) 100-200
- D) Mas de 200

12. ¿Pertenece a alguna religión?

- A) Evangélica
- B) Católica
- C) Testigo de Jehová
- D) Mormones
- E) Ninguna

13. ¿Su religión le permite asistir a sus controles prenatales?

- A) Si
- B) No
- C) No se involucran en eso

14. ¿Considera que su familia apoya su embarazo actual?

- A) Si recibo apoyo
- B) No recibo apoyo

15. ¿Su familia hace comentarios negativos referentes a su embarazo?

- A) Recibo solo comentarios positivos
- B) Si hacen comentarios negativos
- C) No dicen nada

16. ¿Su familia le dificulta o facilita la asistencia a los controles prenatales?

- A) Me dificulta.
- B) Me facilita

17. ¿Es usted madre soltera?

- A) Si
- B) No

18. Si su respuesta fue si, ¿considera que ese factor influye en la asistencia a sus controles?

- A) Si influye
- B) No influye

19. ¿Tiene usted otros hijos?

- A) Si
- B) No

20. ¿Si su respuesta fue si considerara que el cuidado de sus hijos es un impedimento para asistir a sus controles de su embarazo?

- A) Se me hace más difícil por mis hijos
- B) Mis hijos no son impedimento

21. ¿Considera que su embarazo le ha hecho perder oportunidades laborales?

- A) Si
- B) No
- C) Algunas

22. Cuáles de los siguientes factores considera que dificultan su asistencia a los controles prenatales? puede escoger más de un literal

- A) Económico
- B) Distancia
- C) La familia
- D) Mi pareja
- E) Cuidar mis otros hijos

23. En caso de escoger más de un literal enumérellos del 1 al 5 según orden de importancia en donde 1 es muy importante y 5 es nada importante

ANEXO 4:

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Herbert Ramón Guevara López, con DUI: N°: 026402115, especialista en Medicina general, ostento el grado de Doctorado en medicina y ejerzo la carrera profesional en Medicina general. Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento "TEMA DE INVESTIGACIÓN: Factores socioculturales que influyen en la adherencia a controles prenatales en embarazadas Durante Abril-Junio en USF2 Sanarate en 2024".

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

EVALUACION DE INSTRUMENTO:

N°	INDICADORES	VALORES			
		1	2	3	4
1	El instrumento presenta coherencia con el problema de investigación.				X
2	El instrumento evidencia el problema a solucionar.				X
3	El instrumento guarda relación con los objetivos propuestos en la investigación.				X
4	El instrumento facilita la comprobación de la hipótesis que se plantea en la investigación.				X
5	Los indicadores son los correctos para cada dimensión.			X	
6	La redacción de los ítems es clara y apropiada para cada dimensión.				X
7	En general, el instrumento permite un manejo ágil de la información				X

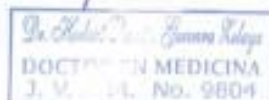
1= Deficiente 2 = Regular 3= Bueno 4 = Excelente

Observaciones:

Las preguntas del cuestionario o encuesta toma en cuenta la partes que influyen en que los embarazadas asistan a sus controles prenatales.

Fecha: 30-5-2024

Firma: [Firma]



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Himmer Ernesto Rivas Rivera, con DUI: N° 00996714-4, especialista en Salud Pública, ostento el grado de Medico Consultante y ejerzo la carrera profesional en Doctor en Medicina. Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento "TEMA DE INVESTIGACION: Factores socioculturales que influyen en la adherencia a controles prenatales en embarazadas durante abril-junio en UCSFI seasonate en 2024.".

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

EVALUACIÓN DE INSTRUMENTO:

N°	INDICADORES	VALORES			
		1	2	3	4
1	El instrumento presenta coherencia con el problema de investigación.				✓
2	El instrumento evidencia el problema a solucionar.				✓
3	El instrumento guarda relación con los objetivos propuestos en la investigación.				✓
4	El instrumento facilita la comprobación de la hipótesis que se plantea en la investigación.				✓
5	Los indicadores son los correctos para cada dimensión.				✓
6	La redacción de los ítems es clara y apropiada para cada dimensión.			✓	
7	En general, el instrumento permite un manejo ágil de la información				✓

1= Deficiente 2 = Regular 3= Bueno 4 = Excelente

Observaciones:

Considerar el indicador Incidencia Comunitaria como factor sociocultural

Fecha: 29/05/24

Firma: [Firma]

Dr. Himmer Ernesto Rivas Rivera
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 6695

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Ricardo Ernesto Toledo Arias, con DUI: N° 05130673-4, especialista en Ginecología y Obstetricia, ostento el grado de Especialista y ejerzo la carrera profesional en Ginecología y Obstetricia. Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento "TEMA DE INVESTIGACION: Factores socioculturales en la adherencia de controles prenatales en embarazadas que asisten a sus controles en el periodo de abril a junio de 2024 en UCSFI Sonsonate".

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

EVALUACION DE INSTRUMENTO:

N°	INDICADORES	VALORES			
		1	2	3	4
1	El instrumento presenta coherencia con el problema de investigación.				✗
2	El instrumento evidencia el problema a solucionar.				✗
3	El instrumento guarda relación con los objetivos propuestos en la investigación.				✗
4	El instrumento facilita la comprobación de la hipótesis que se plantea en la investigación.				✗
5	Los indicadores son los correctos para cada dimensión.				✗
6	La redacción de los ítems es clara y apropiada para cada dimensión.				✗
7	En general, el instrumento permite un manejo ágil de la información				✗

1= Deficiente 2 = Regular 3= Bueno 4 = Excelente

Observaciones:

Excelente instrumento facil de entender y por ende facilita el constatar a las mujeres embarazadas

Fecha: 04/06/24

Dr. Ricardo Ernesto Toledo Arias
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 20005



Firma: _____

ANEXO 5:

Cronograma de actividades:

Actividades	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inicio de búsqueda de información sobre tema asignado																																								
Elaboración del tema de investigación																																								

USB	\$20	1	\$20
SUBTOTAL			\$1,175
INPREVISTOS			\$175
TOTAL			\$1,330