



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“Factores asociados a insuficientes controles prenatales según la
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020”**

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS
VIRTUAL**

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTOR:

Oyague Quispe, Andrea Beatriz (ORCID 0000-0002-1778-3406)

DIRECTOR:

Dr. De La Cruz Vargas, Jhony A. (ORCID 0000-0002-5592-0504)

ASESOR:

Mg. Abarca Barriga, Hugo (ORCID 0000-0002-0276-2557)

LIMA, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR (Oyague Quispe, Andrea Beatriz)

Tipo de documento de identidad del AUTOR (DNI)

Número de documento de identidad del AUTOR (72204843)

Datos de asesor

ASESOR (Abarca Barriga, Hugo Hernan)

Tipo de documento de identidad del ASESOR (DNI)

Número de documento de identidad del ASESOR (23982195)

Datos del jurado

PRESIDENTE (Arango Ochante, Pedro Mariano, 09807139, 0000-0002-3267-1904)

MIEMBRO (Luna Muñoz, Consuelo del Rocío, 29480561, 0000-0001-9205-2745)

MIEMBRO (Espinoza Rojas, Ruben, 10882248, 0000-0002-1459-3711)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

Dedicatoria

A mi mamá, hermana, abuelos y sobrinita.

Así también agradezco de manera especial a mi hermano quien me enseñó lo fuerte y valiente que es. Sin su bondad y buen humor, mis años de estudiante no habrían sido iguales. Gracias Christianito.

Agradecimientos

Un agradecimiento especial al Mg. Hugo Abarca, mi asesor de tesis, por acompañarme en esta etapa de mi vida universitaria. De igual manera, al Dr. Jhony De la Cruz, quien con su experiencia, conocimiento y buena disposición hicieron que cumpla esta meta.

Resumen

Introducción: El objetivo del control prenatal es promover una buena salud materna y fetal e identificar factores de riesgo de complicaciones en el embarazo. A pesar de que el gobierno peruano brinda gratuitamente este servicio, la mortalidad materna se ha mantenido en los últimos 5 años en el país.

Objetivo: Determinar los factores asociados a insuficientes controles prenatales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2020.

Metodología: Es un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, de tipo observacional, transversal y analítico, basado en la ENDES del 2020, se analizó datos de 12 291 mujeres entre 12 y 49 años, residentes en el Perú, para la evaluación de los factores asociados al inadecuado control prenatal se realizó el análisis univariado mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Posteriormente se realizó el análisis bivariado y multivariado mediante las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La prevalencia de inadecuado control prenatal fue de 1 246 (10,1%). Los factores asociados a inadecuado control prenatal con menos de seis controles prenatales fueron: el no tener educación (RP:1,8; IC 95% 1,31-2,47; $p<0,01$), el tener pareja (RP:1,42; IC 95% 1,22-1,66; $p<0,01$) y el ser pobre (RP:1,32; IC 95% 1,17-1,50; $p<0,01$). Y Los factores asociados a inadecuado control prenatal con menos de ocho controles prenatales fueron: el tener pareja (RP:1,29; IC 95% 1,18-1,41; $p<0,01$) y el ser pobre (RP:1,23; IC 95% 1,14-1,31; $p<0,01$).

Conclusiones: Se evidenció baja prevalencia de inadecuado controles prenatales. Los factores asociados a inadecuado control prenatal con menos de seis controles prenatales fueron: el no tener educación, el tener pareja y el ser pobre, Y los factores asociados a inadecuado control prenatal con menos de ocho controles prenatales fueron: el tener pareja y el ser pobre.

Palabras clave (DeCS): Atención prenatal, violencia doméstica, violencia contra la mujer

Abstract

Introduction: The objective of antenatal care is to promote good maternal and fetal health and to identify risk factors for pregnancy complications. Despite the fact that the Peruvian government provides this service free of charge, maternal mortality has remained the same in the last 5 years in the country.

Objective: To determine the factors associated with insufficient prenatal check-ups according to the 2020 Demographic and Family Health Survey.

Methodology: It is a quantitative descriptive, observational, cross-sectional and analytical study, based on the 2020 DHS, data from 12,291 women between 12 and 49 years of age, residents of Peru, were analyzed for the evaluation of factors associated with inadequate prenatal control. Subsequently, bivariate and multivariate analysis was performed using crude prevalence ratios (PRc) and adjusted prevalence ratios (PRa) with their respective 95% confidence intervals.

Results: The prevalence of inadequate antenatal care was 1,246 (10.1%). The factors associated with inadequate antenatal care with less than six prenatal controls were: not having education (PR:1.8; 95% CI 1.31-2.47; $p<0.01$), having a partner (PR:1.42; 95% CI 1.22-1.66; $p<0.01$) and being poor (PR:1.32; 95% CI 1.17-1.50; $p<0.01$). The factors associated with inadequate antenatal care with less than eight prenatal controls were: having a partner (PR:1.29; 95% CI 1.18-1.41; $p<0.01$) and being poor (PR:1.23; 95% CI 1.14-1.31; $p<0.01$).

Conclusions: There was a low prevalence of inadequate prenatal checkups. The factors associated with inadequate antenatal care with less than six prenatal checkups were: not having an education, having a partner and being poor, and the factors associated with inadequate antenatal care with less than eight prenatal checkups were: having a partner and being poor.

Key words (MeSH): Prenatal care, domestic violence, intimate partner violence

Índice

Introducción	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Línea de investigación	12
1.4 Justificación del estudio-	12
1.3.1 Justificación epidemiológica.....	12
1.3.2 Justificación clínica.....	12
1.5 Delimitación	12
1.6 Objetivos de la investigación	13
1.6.1 General	13
1.6.2 Específicos.....	13
1.7 Viabilidad.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes.....	14
2.1.1 Nacionales	14
2.1.2 Internacionales	18
3.2 Bases teóricas	19
2.3 Definiciones operacionales	24
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	26
3.1 Hipótesis de la investigación	26
3.2 Variables de la investigación	26
CAPITULO IV: METODOLOGIA	27
4.1 Tipo y diseño de estudio	27
4.2 Población y muestra	27
4.3 Operacionalización de las variables	28

4.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	28
4.5 Procesamiento de datos y plan de análisis	29
4.6 Aspectos éticos.....	29
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
5.1 Resultados	30
5.2 Discusión.....	37
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
6.1 Conclusiones	41
6.2 Recomendaciones	41
Bibliografía.....	42
Anexo 1: Acta de aprobación del proyecto de tesis	51
Anexo 2: Carta de compromiso del asesor de tesis.....	52
Anexo 3: Carta de aprobación del proyecto de tesis, firmado por la secretaría académica	53
Anexo 4: Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el Comité de Ética de Investigación.....	54
Anexo 5: Acta de aprobación del borrador de tesis	55
Anexo 6: Reporte de originalidad del turnitin	56
Anexo 7: Certificado de asistencia al curso taller	57
Anexo 8: Matriz de consistencia	58
Anexo 9: Operacionalización de las variables	59

Índice de tablas

Tabla 1: Características generales de las mujeres entre 12 y 45 años, según la ENDES del 2020	30
Tabla 2: Análisis bivariado de los factores asociados a inadecuado control prenatal, según la ENDES del 2020	32
Tabla 3: Razón de prevalencia (RP) crudas y ajustadas	33
Tabla 4: Análisis bivariado de los factores asociados a inadecuado control prenatal, según la ENDES del 2020	35
Tabla 5: Razón de prevalencia (RP) crudas y ajustadas	36

Tabla de abreviaturas

ACOG	<i>Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología</i>
ENDES	<i>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar</i>
IC	<i>Intervalo de confianza</i>
INEI	<i>Instituto nacional de estadísticas e informática</i>
MINSA	<i>Ministerio de salud</i>
OMS	<i>Organización mundial de la salud</i>
RP	<i>Razón de prevalencia</i>
TSH	<i>Hormona estimulante de la tiroides</i>
VIH	<i>Virus de la inmunodeficiencia humana</i>

Introducción

En el mundo, hay una mejora significativa en la salud materna en las últimas dos décadas, sin embargo, estimaciones recientes sugieren que alrededor de 808 madres siguen muriendo al día por complicaciones asociadas al embarazo y al parto. Y alrededor del 94% de todas las muertes maternas en el mundo ocurren en países de bajos ingresos y estas muertes son en su mayoría prevenibles¹.

El Perú es un país en vías de desarrollo, con una geografía variada y en donde hay muchas brechas económicas y culturales por la que no todos tienen las mismas condiciones de tener acceso al sistema de salud². Se conoce que la principal causa de muerte obstétrica es la hemorragia post parto y los trastornos hipertensivos del embarazo³. Estas son patologías cuyos factores de riesgo se pueden detectar o prevenir durante los controles prenatales. A pesar de que el gobierno peruano brinda gratuitamente este derecho, la mortalidad materna se ha mantenido en los últimos 5 años, con un incremento durante el año 2020 por la pandemia de covid-19³. Además, la mortalidad neonatal en los últimos 15 años ha descendido ligeramente de 12 a 10 en la actualidad⁴. Pero aún estamos lejos de alcanzar los objetivos de Desarrollo Sostenible del 2030, para esta meta se debe reducir 3.6 puntos en razón de mortalidad materna³.

Así mismo, en el 2018, la tasa de mortalidad perinatal en nuestro país fue de 24 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración. La mortalidad perinatal para los nacimientos de madres que tenían 40 a 49 años en el momento del nacimiento fue 28 por mil, y en las de 20 a 29 años fue de 20 por mil. Se presenta mayores tasas de mortalidad perinatal en el quintil inferior de riquezas (32 por mil) y en la región selva (37 por mil)⁴.

Por todo lo expuesto, es importante tener un adecuado control de la gestación para detectar factores de riesgos en la gestantes que pueden orientarnos a predecir alguna complicación durante esta etapa crucial en la formación del nuevo ser, como así también reducir la mortalidad materna debida a causas obstétricas. Es por eso que este trabajo busca encontrar los factores asociados a inadecuados controles prenatales.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en países de bajos y medianos ingresos, el control prenatal ha aumentado desde su introducción como control prenatal básico en el 2002⁵. Sin embargo, a nivel mundial, durante el periodo 2007-2014, solo el 64% de las mujeres embarazadas asistieron al mínimo recomendado por la OMS⁶. Es por eso que la OMS amplió el modelo de atención prenatal de 4 a 8 controles prenatales y recomendó que la atención prenatal debe iniciar antes de las 12 semanas de embarazo⁷.

En el Perú, el 88,9% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta; es decir, entre el 2012 y el 2017, recibieron seis y más atenciones prenatales. Sin embargo, la cobertura es más amplia en el área urbana en un 90,5%, mientras que el área rural alcanzó el 84%.⁸ esto implica que hay zonas más desfavorecidas que otras en cuanto al acceso al sistema de salud.

La mortalidad materna es un problema de salud pública, que tiene mayor prevalencia en países de bajos recursos económicos y condiciones sociales precarias; por ende, constituye en indicador del desarrollo del país.⁹ En el Perú, no hay un cambio significativo en cuanto a tasa de mortalidad materna. Aún falta muchas brechas que derribar para lograr los objetivos de Desarrollo Sostenible que establecen una nueva agenda para la salud materna, destinada a acabar con la mortalidad prevenible que consiste en reducir la razón de mortalidad mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos para 2030.¹⁰

Otro punto a tener en cuenta es que la mayoría de los problemas infantiles, como anomalías congénitas, prematuridad y anomalías en el crecimiento fetal, podrían prevenirse mediante un diagnóstico temprano en el período prenatal. Por lo tanto, la atención prenatal adecuada es esencial para garantizar la salud materna e infantil¹¹.

1.2 Formulación del problema

Con la problemática expuesta, se plantea lo siguiente:

¿Cuáles son los factores asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020?

1.3 Línea de investigación

El presente estudio se encuentra entre problemas sanitarios priorizados con fines de investigación en salud 2019-2023 y está dentro del área: Salud materna, perinatal y neonatal¹². También está en la línea de investigación del 2021-2025 de la Universidad Ricardo Palma, en el área de conocimiento en Medicina, sobre salud materna, perinatal y neonatal¹³.

1.4 Justificación del estudio-

1.3.1 Justificación epidemiológica

El objetivo del control prenatal es promover una buena salud materna y fetal e identificar factores de riesgo de complicaciones durante la gestación en un intento de manejarlos y resolverlos rápidamente. A pesar de que el gobierno peruano brinda gratuitamente este servicio, la mortalidad y morbilidad materna y perinatal se han mantenido en los últimos 5 años³.

1.3.2 Justificación clínica

La gestación es una etapa en la cual se dan varios cambios fisiológicos como el aumento de peso, pirosis, hiperpigmentación de algunas zonas de la piel, reducción de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, presencia de s3 en los ruidos cardíacos, cambios hematológicos¹⁴, etc. Es por eso que durante el control prenatal es posible detectar enfermedades como la diabetes gestacional, infección del tracto urinario, hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo, enfermedades hipertensivas del embarazo, u enfermedades pre existentes en la gestante como sífilis, VIH, hepatitis viral, diabetes mellitus, hipertensión¹⁵.

El presente estudio busca colaborar con la gestión de nuevas estrategias para un control prenatal que sea oportuno y con amplia cobertura.

1.5 Delimitación

Este trabajo se delimitó a identificar las variables sociodemográficas, nivel de riqueza y tipos de violencia doméstica asociadas a los insuficientes controles prenatales, según la ENDES del 2020, realizada en gestantes de entre 12 y 49 años, en todos los departamentos del Perú.

1.6 Objetivos de la investigación

1.6.1 General

- Determinar los factores asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.

1.6.2 Específicos

- Precisar los factores demográficos asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.
- Establecer la asociación entre el nivel de riqueza y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.
- Identificar la asociación entre los tipos de violencia doméstica y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.

1.7 Viabilidad

El presente estudio fue viable debido al acceso libre a la data por medio de la página web del Instituto Nacional de estadística e informática (INEI) en el cual se tomó la base de datos de la ENDES del 2020.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Nacionales

1. Hilahuala BEH ¹⁶ en el estudio: Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el hospital regional del Cusco, 2017

Es un estudio caso control, transversal, analítico, observacional. Se utilizó 135 casos y 135 controles. Se utilizó el análisis de chi cuadrado para evaluar la asociación y odds ratio para evaluar el riesgo. Se encontró que el principal factor de riesgo personal para la falta y el abandono del control prenatal es el embarazo no planificado. En segundo lugar, se obtuvo que la poca importancia tomada por la gestante, el bajo control de instrucción, miedo al examen ginecológico, olvido de las citas de control, el ser soltera o no tener pareja estable. Dentro de los factores sociales, se identificó el poco apoyo de la pareja como el más importante. Y dentro de los factores institucionales más importante se identificó el maltrato por el profesional de salud.

2. Mejia Y ¹⁷ en el estudio: Factores asociados al abandono del control prenatal en el centro materno infantil Santa Anita, 2017

Es un estudio no experimental, de corte transversal, de muestreo no probabilístico y la muestra estuvo constituida por 120 gestantes. Se aplicó una lista de chequeo para medir las variables de factores asociados y control prenatal. Se aplicó el estadístico de regresión logística ordinal. Como resultado se obtiene que los factores asociados tienen un nivel moderado de influencia, también se concluye que el abandono del control prenatal tiene un nivel moderado. Concluye que los factores sociales tienen un nivel moderado de influencia. Considera que los factores personales tiene un nivel débil de influencia.

3. Zavala DEG, et al. en el estudio: Factores causales y el abandono del control prenatal en estantes del AA Dios es Amor, Comas, 2021

Es un estudio aplicativo, cuantitativo, correlacional, no experimental. La muestra estuvo conformada por 59 gestantes, entre 15 a 20 años. El muestreo fue no probabilístico censal. Se usó como instrumento una encuesta que constó de 29 ítems. Se obtuvo como resultado que de los factores intervinientes 36,6% presenta un nivel bajo, el 42,4% presenta un nivel medio y el 22% presenta un nivel alto, con respecto a la variable abandono del control prenatal.

4. Guerrero MH ¹⁸ en el estudio: Factores de riesgo asociados al abandono de control prenatales en gestantes del Hospital de Ventanilla en el periodo junio-octubre 2017
Es un estudio de casos y controles. En el que participaron 160 gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de ventanilla, divididas en 80 casos y 80 controles. Se utilizó un instrumento dividido en 4 partes: nivel sociodemográfico, factor de riesgo social, factor de riesgo institucional y factor de riesgo personal. Se obtuvo como resultados que los factores asociados relevantes entre los factores sociales fueron: dificultad para pedir permiso al trabajo, ocupación manual, y domicilio lejano. Se obtuvo como resultados que los factores asociados relevantes entre los factores institucionales no se encontró ninguno. Se obtuvo como resultados que los factores asociados relevantes entre los factores personales fueron: poco apoyo de la pareja, importancia del control prenatal, olvido de las citas y embarazo no planificado.
5. Guerrero MH ¹⁹ en el estudio: Factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes en el servicio de Ginecología del hospital María Auxiliadora entre junio-diciembre del 2016
Es un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de tipo casos y controles. Se obtuvo como muestra de estudio a 176, agrupados en 88 casos y 88 controles. Como resultado, se obtuvo que la edad, el estado civil, el grado de instrucción, la ocupación son factores asociados relevantes. En el ámbito de los factores clínicos maternos, se encontró que la paridad y las complicaciones durante la gestación son factores asociados importantes.
6. Huamán KNS ²⁰ en el estudio: Factores asociados al abandono del control prenatal en estantes atendidas en el hospital San José de Chíncha, en el periodo de febrero a setiembre del 2016
Es un estudio descriptivo, no experimental. En la cual se entrevistó a 56 gestantes. En cuanto a factores personales, se concluyó que hubo diferencias importantes en el estado civil, número de hijos, nivel de estudio, edad gestacional, dificultades en obtener permiso del trabajo y el olvido de citas. Entre los factores institucionales encontrados fueron: consultas de baja calidad, ambiente inadecuado y cumple con sus expectativas. En cuanto a los factores sociales se encontró que la responsabilidad en el hogar y los problemas económicos tienen relación con el abandono del control prenatal.

7. Fernández Y, et. al. ²¹ en el estudio: Inasistencia al control prenatal: ¿Cuáles son los principales factores asociados? En tumbes

Es un estudio de diseño no experimental, de tipo analítico con casos y controles, con el objetivo de determinar los factores asociados a la inasistencia al control prenatal en un puesto de salud en Tumbes. La muestra estuvo conformada por 82 gestantes divididas en 41 casos y 41 controles. Para el análisis estadístico se usó la prueba estadística de chi cuadrado y el odds ratio. Se concluyó que la inasistencia al control prenatal está asociada a factores biológicos como la edad gestacional al primer control prenatal, a factores sociales: el embarazo no deseado y dificultad para realizar los quehaceres domésticos, a factores culturales como la violencia familiar y el olvido de las citas. Y factores institucionales como la atención insatisfactoria, falta de seguimiento, tiempo de espera largo y servicios incompletos.

8. Rivera LM, et. al. ²² En el estudio: Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú

Es un estudio cuantitativo, observacional y analítico. Se analizó gestantes de la red de salud Huaral-chancay en el año 2014. Realizado en 110 puérperas de los hospitales de Huaral y chancay. Se obtuvo como resultado que el olvido de citas es un factor asociado a la cobertura inadecuado del control prenatal; mientras que la presencia de un seguro de salud, previo al control prenatal, se asoció a la atención prenatal oportuna.

9. Chilipio-Chiclla MA, Santillán-Árias JP ²³ en el estudio: Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal

Es un estudio observacional, de cohorte retrospectiva. Se usó muestreo probabilístico y técnica aleatoria simple, donde se seleccionó una muestra de 234 gestantes atendidas en el 2017. Se tomó una cohorte expuesta por 117 gestantes y una no expuesta conformada por 117 gestantes. Para el análisis estadístico se usó la prueba de chi cuadrado de independencia y el riesgo relativo como medida de asociación. Se obtuvo como resultado que el embarazo no planificado se presentó en un 6% y 15,4% de gestantes adolescentes y añosas, respectivamente. El inicio tardío de la atención prenatal se presentó en un 51,3% de las gestantes y el abandono posterior ocurrió en un 15% de casos.

10. García AY, Gonzales LL²⁴ en el estudio: Factores asociados a la omisión del control prenatal en gestantes del centro materno infantil Manuel Barreto, marzo-junio 2019
El estudio fue analítico, descriptivo, de corte transversal y observacional, en el cual se obtuvo una muestra de 239 gestantes que acudieron a su control prenatal en consultorio externo de obstetricia del centro materno infantil Manuel Barreto. Se concluyó que los factores personales asociados a la omisión del control prenatal fueron el estado civil, el embarazo planeado y la gestación. Los factores sociales fueron tener dificultades en el trabajo para poder asistir al control prenatal, la ocupación, y la distancia al establecimiento de salud. Los factores institucionales fueron el trato inadecuado por el profesional de salud, el tiempo de espera, el tiempo de consulta y la falta de citas.
11. Llanos KGA²⁵ en el estudio: Grado de instrucción primaria y multiparidad asociados a incumplimiento del control prenatal, Hospital distrital Santa Isabel. El Porvenir 2016
Se realizó un estudio observacional, analítico, tipo caso y controles, la muestra estuvo conformada por 212 gestantes de las cuales fueron 106 casos y 106 controles. Se concluyó que la multiparidad si se asocia con el incumplimiento del control prenatal, mientras que la instrucción primaria no se asocia a incumplimiento del control prenatal.
12. Lavy E ²⁶ en el estudio: Características sociales del abandono a la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud morales, noviembre 2018 a marzo del 2019
Es un estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo. La muestra está conformada por 46 gestantes que abandonaron la atención prenatal. Las características sociodemográficas fueron que el 89,1% eran solteras sin pareja estable, 67,4% reciben poco apoyo familiar, 82,6% tuvieron educación primaria.
13. Gómez H, et. al. ²⁷ en el estudio: Factores asociados al incumplimiento de la atención prenatal en adolescentes embarazadas en el Hospital de Continencia Tingo María, octubre-diciembre 2017
Es un estudio prospectivo, trasversal, con diseño correlacional, con una muestra de 73 gestantes adolescente. Como instrumento se utilizó un cuestionario. Se concluyó que como factores personales se encontró: la edad menor a quince años, temor al examen, poca o ninguna importancia al examen, olvido de las citas, el no tener apoyo de la pareja. En los factores sociales se encontró asociación significativa: el

no contar con apoyo de la familia. En los factores institucionales tenemos: la no atención por atender a otros, el poco para la atención, el mal trato del personal de salud, el tiempo de espera prolongado y el tener que asumir los consumos económicos para las pruebas auxiliares.

14. Palacios L ²⁸ en el estudio: Frecuencia y factores asociados al número de controles prenatales en puérperas y gestantes del Hospital III Goyeneche, mayo-junio Arequipa, Perú 2021

Se realizó un estudio observacional, prospectivo y trasversal. Se valoró la asociación de las variables con el test de chi cuadrado. La muestra estuvo conformada por 188 personas. De las cuales el 24,4% tienen igual o menor a cinco controles prenatales; mientras que el 75,5% si conto con igual o mayor a seis controles prenatales.

15. Bellido EA²⁹ en el estudio: Asociación entre la violencia doméstica y el cumplimiento del mínimo necesario de controles prenatales en mujeres con hijos menores de un año según la ENDES del 2017.

Es un estudio observacional, analítico y trasversal. Se utilizó la base de datos de la ENDES del 2017. No se observó asociación estadística. Se encontró que el 44,9% del total de mujeres estudiadas ha sido expuesta a algún tipo de violencia doméstica, en el que predomina la violencia física con un 54,6%.

2.1.2 Internacionales

16. Yolanda CÁI, et al.³⁰ En el estudio: Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolivar, Colombia

Es un estudio analítico de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 661 gestantes de 13 municipios del departamento de Bolivar, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. Se utilizó como instrumento una encuesta. Se aplicó estadística descriptiva y fueron calculados por OR para determinar la asociación entre variables. Se obtuvo como resultados que el 53,26 reportaron uso adecuado de control prenatal. Además, se concluyó que un adecuado control prenatal está asociado con ser mayor de 23 años, tener estudios superiores a secundaria, tener pareja, percibir apoyo familiar, tener un embarazo planeado, ser empleadas, tener afiliación en salud, pertenecer a una familia pequeña.

17. Funez YV, Garcia AF³¹ en el estudio: Factores asociados a la adherencia al programa de control prenatal, en las gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018

Es un estudio de cohorte transversal analítico. El universo está constituido por 55 gestantes. Existe relación entre la adherencia al control prenatal con pacientes que ingresan al programa antes de las 12 semanas de gestación, toman la medicación indicada en tiempo y forma, comprenden la importancia de la revisión médica, cumplen indicaciones médicas, asistencia a más de 4 controles, y al periodo intergenésico mayor a dos años.

18. Mulat A, et al.³² en el estudio: *Missed antenatal care follow-up and associated factors in Eastern Zone of Tigray, Northern Ethiopia*

Es un estudio transversal entre 548 gestantes que acudieron a los servicios de parto entre marzo y abril del 2016. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario estructurado y la recolección de datos fue presencial. Este estudio concluyó que el 33,4% de las participantes les faltaba el seguimiento de la atención prenatal. Los factores asociados significativamente con el seguimiento perdido de la atención prenatal fueron: gestantes sin educación formal, con educación primaria, trabajador independiente, empleado del gobierno, no estar casada, gestante que no informó sobre el parto institucional y la distancia de viaje de más de dos horas al hospital.

19. Alanazy W, Brown A.³³ en el estudio: *Individual and healthcare system factors influencing antenatal care attendance in Saudi Arabia*

Es un estudio transversal. La muestra estuvo conformada por 242 gestantes. Usaron como instrumento un cuestionario que examina la asistencia a la atención junto con las barreras para asistir a la atención. Se obtuvo como resultado que más de la mitad de las encuestadas había faltado al menos a una cita y un tercio había retrasado su atención. Las madres que habían perdido o retrasado la cita responsabilizaron al Sistema de salud, como las deficiencias de las instalaciones y los tiempos de espera. La asistencia a la atención no se asoció con la educación o alfabetización materna.

3.2 Bases teóricas

Control prenatal

Las principales medidas que existen para reducir la mortalidad y morbilidad materna son: la atención prenatal de calidad que comprenda un módulo integral de servicios de salud y

nutrición, prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y ofrecer tratamiento antirretroviral para las mujeres que lo necesiten, intervenciones preventivas básicas como la vacunación contra el tétano en la gestación. ¹⁰ Todas las medidas mencionadas están en relación con el control prenatal, ya que si bien la gestación en la mayoría de casos transcurre de manera normal, hay un parte de ellos que puede ocasionar complicaciones obstétricas o maternas, o incluso la muerte de alguna de las partes³⁴.

Definición

Conocido como atención prenatal reenfocada, es la evaluación integral y vigilancia de la gestante y el feto, de preferencia antes de las catorce semanas de gestación, por el cual se brinda el paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, comorbilidades maternas o factores de riesgo, por lo que se brinda educación para el autocuidado y se da manejo adecuado de las complicaciones. ³⁵

El control prenatal es importante por muchas razones. Es el mayor contribuidor a la reducción de la mortalidad y morbilidad maternal y perinatal, a través de la identificación de embarazos de alto riesgo³⁶ y permite una oportuna intervención en gestantes con complicaciones como la enfermedades hipertensivas del embarazo a o la hemorragia postparto³⁷.

Objetivo del control prenatal

Toda gestante tiene la potencialidad de presentar una complicación durante la gestación. En todo el mundo, 20 millones de mujeres tienen gestaciones de alto riesgo y más de 800 gestantes mueren diariamente por condiciones perinatales. Los porcentajes de alto riesgo obstétrico están entre 6 y 33% ya que las causas de estos son variadas. En el mundo, 5 a 10% de los embarazo se complica con pre-eclampsia. Otras complicaciones pueden ser: malaria, tuberculosis, anemia crónica por deficiencia de hierro, etc. ³⁸ Los mortinatos antes del parto tienen varias causas, que incluyen infecciones maternas, en particular sífilis, y complicaciones del embarazo. Los recién nacidos se ven afectados por problemas durante el embarazo incluido el parto prematuro y el crecimiento fetal restringido, así como otros factores que afectan la salud del bebé desarrollo como infecciones congénitas y síndrome de alcoholismo fetal. ³⁹

Características del control prenatal

La atención prenatal debe cumplir idealmente con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad. ⁴⁰

a. Precocidad y periodicidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁶ recomendaba que las mujeres tengan al menos cuatro controles prenatales con citas adicionales si la gestante o el producto presentaban alguna complicación. ³³ Sin embargo, en el 2016, la OMS amplió el modelo de la atención prenatal para mejorar los resultados maternos y neonatales, así que en lugar de sugerir al menos cuatro visitas de atención prenatal, lo amplió a al menos ocho controles prenatales y cambio de nombre de controles prenatales a contactos prenatales.

La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Canadá⁴¹ recomienda que toda gestante tiene que tener su primer control prenatal dentro de las 12 y 13 semanas a partir del momento de su último periodo menstrual y se les estimula a aumentar la frecuencia a medida que avanza la gestación. Se recomienda controles cada cuatro o seis semanas al comienzo de la gestación, cada dos y tres semanas después de las 30 semanas y cada 1 a dos semanas después de las 36 semanas de gestación.

b. Completitud

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG)⁴², la atención inadecuada se define como todos los controles prenatales que comenzaron después del cuarto mes de embarazo, también están incluidos menos del 50% recomendado del número de controles recomendados. La atención intermedia incluye 50 al 79% de las visitas recomendadas. La adecuada atención prenatal incluye el 80 al 109% y la atención muy adecuada se refiere al 110% de las visita o más de las visitas recomendadas.

Según el Ministerio de Salud del Perú³⁵, se refiere a la gestante atendida cuando es la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual. Y considera a la gestante controlada cuando tiene igual o mayor a seis controles prenatales y que ha recibido el paquete básico de atención de la gestante.

c. Cobertura

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar⁴³ del 2020, el 98,1% de mujeres de 15 a 49 años de edad gestantes del último nacimiento de los cinco años anteriores a la encuesta, recibieron atención prenatal de un profesional de salud calificado (médico, obstetra y enfermera). En el 2015 el porcentaje fue de 97%.

d. Gratuidad

En el Perú, las consultas prenatales son gratuitas tanto en el Ministerio de Salud por el Aseguramiento Universal en Salud y por Essalud. ⁴⁴

Actividades del control prenatal

En cada consulta se debe tomar la historia clínica, exploración física, tomar la presión arterial, el peso y brindar asesoría sobre signos de alarma⁴⁵.

Adicionalmente en el primer trimestre, se debe tomar citología de cérvix, en caso no se haya tomado en los dos últimos años. Se debe tomar hemograma, glucemia, TSH, grupo ABO, Rh Coombs, serologías. Cultivo de orina y proteinuria. Si hay factores de riesgo, tomar cribado para descartar diabetes. La primera ecografía entre las 11 y 13 con 6 días. ⁴⁶

En el segundo y, se debe tomar la altura uterina, evaluar los movimientos fetales, realizar las maniobras de Leopold, tomar proteinuria. Realizar a todas las gestante el cribado de diabetes y segunda ecografía entre la semana 18 y 21 con 6 días. ⁴⁶

En el tercer trimestre, también se debe se debe tomar la altura uterina, evaluar los movimientos fetales, realizar las maniobras de Leopold, tomar proteinuria. Adicionalmente realizar cribado de diabetes si hay factores de riesgo, tomar hemograma, pruebas de coagulación y serologías. También realizar la tercera ecografía entre la semana 34 y 36 con 6 días. ⁴⁶

Actividades en el primer control prenatal

Según el Ministerio de Salud de Perú³⁵, el primer control prenatal incluye:

- Evaluación clínica del riesgo gestacional, nutricional y de laboratorio.
- Tamizaje de violencia familiar
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental
- Toma de Papanicolau, previa orientación/consejería y examen de mamas.
- Evaluación odontológica
- Indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplementación con ácido fólico.
- Orientación a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.

Factores socioeconómicos al insuficiente control prenatal

a. Edad

Según Michell JK ⁴², las mujeres mayores de 30 años tuvieron más posibilidades de empezar el control prenatal en el primer trimestre de la gestación. También concluyó que las mujeres menores de 20 años tuvieron menos posibilidades de recibir su primer control en el primer trimestre, en particular aquella con edad menor a 15 años. Así mismo, el porcentaje que recibió el control prenatal tardíamente fueron principalmente las madres adolescentes. Por el contrario, la que tuvieron menos posibilidades de control prenatal tardío fueron aquellas entre 30 y 39 años.

b. Paridad

Según al Wutayd³⁶, la alta paridad está asociado con un control prenatal inadecuado. También encontró que siendo económicamente activas y teniendo una paridad mayor a tres hijos, estuvieron asociadas con primer control prenatal tardío.

c. Nivel de escolaridad

En comparación con las mujeres sin educación, se asoció la educación secundaria a una mayor probabilidad de que las mujeres asistieran a consultas del control prenatal por personal calificado en el primer trimestre en Guatemala, México y Nicaragua. ⁴⁷

d. Nivel de riqueza

Frecuentemente, los estudios sobre atención prenatal realizados en países de ingresos bajos y medios concluyen que la pobreza se encuentra fuertemente asociada a la falta de controles prenatales. ⁴⁸

Violencia domestica

Violencia contra la gestante es un serio problema de salud pública. La evidencia científica reconoce que la morbilidad y la mortalidad están asociados con la violencia durante el embarazo. Esta evidencia sugiere que hay mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, en el trabajo de parto y en el periodo postparto. Hay un elevado riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, infecciones de transmisión sexual, depresión postparto. También está asociado con la iniciación del control prenatal. ⁴⁹

La violencia doméstica es un problema persistente, preocupante y a menudo un problema social, clínica y devastador que afecta la vida de muchas mujeres y sus familias. Es definido como un patrón de coacción, comportamiento diseñado para ejercer poder y control sobre una persona en una relación íntima mediante el uso del comportamiento intimidatorio, amenazante, dañino y acosador.⁵⁰

El porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja en toda su vida se sitúa entre el 15 % y el 71 %. La violencia perpetrada por la pareja es la forma más común de violencia que padecen las mujeres, el 30 % de las mujeres en América Latina y el Caribe han vivido violencia sexual o física a manos de la pareja, mientras que un 11 % ha sufrido violencia sexual ocasionada por un tercero.⁵¹

Diferentes estudios han estimado la prevalencia de violencia durante el embarazo que va desde el 1% al 20% en la población general, con la mayoría de investigadores reportando estimaciones de entre 4% a 8%.⁵⁰

Hay muchos tipos de violencia domestica contra la mujer, que incluye agresiones físicas (abofetear, golpear con los puños o con cualquier parte del cuerpo, golpes con objetos, empujones, estrangulamiento, etc.), relaciones sexuales forzadas, y otras formas de coacción sexual, maltrato psicológico (intimidación, denigración, humillación constantes, insultos, gritos, indiferencia, etc., diversos comportamientos dominantes como aislarla de su familia y amistades, vigilar sus movimientos, restringir su acceso a la información o asistencia, etc.) e incluso la muerte.⁵²

La violencia de la pareja es común durante el embarazo e incrementa el riesgo de resultados adversos. Las mujeres embarazadas que son víctimas de violencia tienen altos índices de estrés, son propensas a fumar o consumir drogas, a dar a luz a un bebe prematuro o con bajo peso al nacer, a presentar complicaciones infecciosas y es menos probable que obtengan atención prenatal.⁵³

2.3 Definiciones operacionales

Controles prenatales: Número de controles prenatales recibidos por la entrevistada en su gestación.

Nivel de escolaridad: Máximo grado de instrucción logrado hasta la fecha de la entrevista.

Estado civil: Situación jurídica en relación con la filiación con la pareja hasta la fecha de la entrevista.

Índice de riqueza: Estratificación económica según remuneración recibida hasta la fecha de la entrevista.

Lugar de residencia: Lugar donde vive la gestante hasta la fecha de la entrevista.

Violencia física menos severa: Tipo de violencia en la que la mujer estuvo expuesta a empujones, sacudidas, tirones, bofetadas, torsiones de brazo, golpe con el puño, patadas o si fue arrastrada.

Violencia física severa: Tipo de violencia en que la mujer estuvo expuesta a estrangulamiento, quemadura, amenaza con cuchillo, pistola u otro tipo de arma.

Violencia sexual: Tipo de violencia en que la mujer estuvo obligada por su pareja a tener relaciones sexuales sin su consentimiento.

Violencia emocional: Tipo de violencia en que la mujer ha recibido amenazas, humillaciones, e insultos.

Violencia económica: Tipo de violencia en la cual la pareja ha amenazado con quitarle a la entrevistada la ayuda económica.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis de la investigación

Hipótesis general:

- Existen factores asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.

Hipótesis específicas:

- Existen factores demográficos asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.
- Existe una asociación entre el nivel de riqueza y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.
- Existe una asociación entre los tipos de violencia doméstica y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.

3.2 Variables de la investigación

Variable dependiente:

- Controles prenatales

Variables independientes:

- Nivel de escolaridad
- Estado civil
- Lugar de residencia
- Nivel de riqueza
- Violencia física menos severa
- Violencia física severa
- Violencia sexual
- Violencia emocional
- Violencia económica

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Tipo y diseño de estudio

Es un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, de tipo observacional, transversal y analítico.

4.2 Población y muestra

Población

El universo de este estudio estará conformado por todas las mujeres de 12 a 49 años que participaron en la ENDES del 2020. El tamaño de la muestra de la encuesta fue de 37390 viviendas, en las cual se entrevistó a todas las mujeres entre 12 y 49 años de edad, las cuales son 40015 entrevistadas.

Tamaño y selección de la muestra

La toma de muestra fue bietápica, probabilística, y de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural. En el área urbana las unidades de muestreo fueron por conglomerado y vivienda particular; y en el área rural, por área de empadronamiento rural y vivienda particular. El método utilizado fue por entrevista directa y entrevista telefónica realizada por personal debidamente capacitado para esta función⁵⁴.

Para el de tamaño muestra se calculó el coeficiente de variabilidad, el cual es 1.4%, siendo adecuado menor a 15%.

En este trabajo se incluyó a las mujeres que respondieron el cuestionario Individual y todas las variables en estudio por lo que la muestra se redujeron de 40015 a 12 291 mujeres.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión

Mujeres entre 12 años y 49 años que respondieron todas las variables de interés del cuestionario Individual de la ENDES del 2020.

Criterios de exclusión

Aquellas encuestas que no estén debidamente llenadas sobre las variables que vamos a estudiar del cuestionario individual de la ENDES del 2020.

4.3 Operacionalización de las variables

La descripción de cada variable será descrita en la tabla de operacionalización de variables (Anexo 9)

4.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

La autora del presente estudio ingresó a la página web oficial del INEI, en la opción “Microdatos” <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>. Después se ingresó a la sección de “Consulta por encuesta” donde se seleccionó la ENDES del 2020, luego se seleccionó y se descargaron las bases de datos correspondientes que contenían las variables pertinentes y necesarias para la ejecución del análisis para someter a prueba las hipótesis planteadas.

Luego, se procede a juntar las bases de datos y se formó una nueva base de datos, las cuales contenían todas las variables necesarias para la ejecución del estudio. Posteriormente, Se depuró esta base de datos dejando solo las variables de interés para el análisis estadístico.

Se usó los módulos:

REC41: Figuran la variable: número de control prenatal.

REC0111: Información sobre los datos básicos. Figuran las variables: nivel de escolaridad, lugar de residencia, índice de riqueza.

REC516171: Figuran la variable: estado civil.

REC84DV: Información sobre la violencia doméstica y sus tipos. Figuran las variables: violencia física severa, violencia física menos severa, violencia emocional, violencia sexual y violencia económica.

4.5 Procesamiento de datos y plan de análisis

La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 25.0, asimismo el análisis estadístico se realizó con el programa STATA MP versión 13.

Se procedió a hallar el coeficiente de variación para medir el tamaño de muestra, por lo cual se empleó el módulo de muestras complejas del programa SPSS versión 25.0 con el cual se creó un archivo que contiene el diseño muestral de la ENDES del 2020 de acuerdo con el estrato, el conglomerado y el factor de ponderación correspondiente a la unidad de análisis: mujeres de entre 12 y 49 años. En el cual, el coeficiente de variación en este trabajo resultó 1,4%, siendo adecuado cuando es menor a 15%.

En el programa STATA versión 13, se realizó el análisis univariado mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Luego, se realizó el análisis bivariado también mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes. Posteriormente se calcularon las razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas haciendo uso del programa estadístico STATA versión 13 a partir del modelo de regresión Poisson, con varianza robusta incorporando las variables del diseño muestral (nivel de escolaridad, estado civil, lugar de residencia, nivel de riqueza, violencia física menos severa, violencia física severa, violencia emocional, violencia sexual y violencia económica).

Para el análisis inferencial se utilizó un nivel de confianza de 95%, una significancia estadística de $p < 0,05$.

4.6 Aspectos éticos

Los entrevistadores se encargaron de completar la aprobación y firma de un consentimiento informado antes de aplicar la encuesta a los participantes. A cada participante se le garantizó la confidencialidad de los datos brindados mediante la codificación de los mismos⁵⁴.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

El tamaño de la muestra de la ENDES del 2020 fue de 37390 viviendas, en las cual se entrevistó a todas las mujeres entre 12 y 49 años de edad; quienes fueron 40 015 encuestadas; sin embargo, en este trabajo se incluyó a las mujeres que respondieron el cuestionario Individual y todas las variables de importancia por lo que la muestra se redujo a 12 291 mujeres.

Del total de las encuestadas, se obtuvo que el 89,9% tuvo más de seis controles prenatales, mientras que 10,1% tuvo menos de seis controles prenatales. También, se obtuvo que el 73,4% tuvo más de ocho controles prenatales y el 26,6% tuvo menos de ocho controles prenatales. (Tabla 1)

Se observó que de las mujeres encuestadas, la mediana de la edad fue 29 años. La mediana del número de controles prenatales fue 9. También se determinó que el 61,2% de las encuestadas tienen pareja, mientras el 38,8 % no tienen pareja. Además, el 62,5% es de residencia urbana, mientras el 37,5% es de residencia rural. (Tabla 1)

Respecto al nivel de riqueza, la población de pobres corresponde al 56,1 % de las encuestadas, mientras que el 43,8% es población no pobre. De acuerdo al nivel de escolaridad, el 48,2% de las encuestadas tiene estudios de secundaria, solo un 28,1 % tiene estudios superiores, y el 22% tiene estudios de primaria. (Tabla 1)

Con respecto a la ocupación, el 31,9% no trabaja, mientras que el 68,1% cuenta con trabajo. De las encuestadas, el 27,1 % preciso que ha presentado violencia física menos severa y el 72,9% no presentó violencia física menos severa. También el 9,1% refiere haber presentado violencia severa, mientras que el 90,9% no refiere haber presentado violencia severa. (Tabla 1)

De las encuestadas, el 22.9% refiere haber presentado violencia sexual, mientras el 94,4% no ha presentado violencia sexual. Además, el 22,9% refiere haber presentado violencia emocional. El 14,7% refiere haber presentado violencia económica. (Tabla 1)

Tabla 1: Características generales de las mujeres entre 12 y 45 años, según la ENDES del 2020

	Mediana	RIC
Edad	29	18

Número de controles prenatales	9	4
Estado civil	n	%
Con pareja	5594	61,2
Sin pareja	3549	38,8
Residencia	n	%
Rural	3425	37,5
Urbano	5718	62,5
Riqueza	n	%
Pobres	2162	56,1
No pobres	1691	43,8
Nivel de escolaridad	n	%
Sin educación	159	1,7
Con educación	8984	98,3
Ocupación	n	%
No trabaja	1228	31,9
Profesional, técnico, gerente	467	12,1
Ventas	720	18,7
Agricultor, trabajador independiente	606	15,7
Otros	832	21,6
Física menos severa	n	%
Si	2479	27,1
No	6664	72,9
Física severa	n	%
Si	832	9,1
No	8311	90,9
Sexual	n	%
Si	510	5,6
No	8633	94,4
Emocional	n	%
Si	2094	22,9
No	7049	77,1
Económica	n	%
Si	1342	14,7
No	7801	85,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDES del 2020

Usando como punto de corte el tener menos de seis controles prenatales como inadecuado control prenatal (MINSA), tenemos los siguientes resultados:

En el análisis bivariado se observó que cuatro de las variables estudiadas evidencian asociación estadísticamente significativa a los controles prenatales inadecuados. Las cuales son: el nivel de escolaridad, el estado civil, el índice de riqueza y la violencia física severa.

Según los datos analizados, el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo sin educación fue 91% mayor con respecto al grupo que tiene educación. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,91; IC 95% (1,40-2,61) $p < 0,01$). (Tabla 2)

Según este estudio, el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo con pareja fue 41% mayor con respecto al grupo que no tiene pareja. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,41; IC 95% (1,22-1,63) $p < 0,01$). (Tabla 2)

Se estimó que el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo pobre fue 30% mayor con respecto al grupo no pobre. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,30; IC 95% (1,16-1,45) $p < 0,01$). (Tabla 2)

Se constató que el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo que presentó violencia física severa fue 22% mayor con respecto al grupo que no presentó violencia física severa. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,22; IC 95% (1,01-1,48) $p < 0,05$). (Tabla 2)

Tabla 2: Análisis bivariado de los factores asociados a inadecuado control prenatal, según la ENDES del 2020

	Si	No	RP	IC (95%)		p
Riqueza						
Pobres	783	463	1,3	1,16	1,45	<0,01
No pobres	6158	4887				
Estado civil						
Con pareja	191	1055	1,41	1,22	1,63	<0,01
Sin pareja	1200	9845				
Residencia						
Rural	415	831	1,09	0,97	1,21	0,12
Urbano	3445	7600				
Nivel de escolaridad						
Sin educación	33	1246	1,91	1,4	2,61	<0,01
Con educación	139	10906				
Física menos severa						
Si	315	931	1,07	0,95	1,21	0,24
No	2629	8416				
Física severa						
Si	106	1140	1,22	1,01	1,48	<0,05
No	759	10286				
Sexual						
Si	60	1186	1,08	0,84	1,38	0,51

No	488	10557				
Emocional						
Si	269	977	1,08	0,95	1,22	0,22
No	2225	8820				
Económica						
Si	176	1070	1,09	0,94	1,27	0,24
No	1430	9615				

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDES del 2020

Se demostró que en mujeres de 12 a 49 años que realizaron la ENDES del 2020, la proporción de inadecuados controles prenatales en el grupo sin educación fue 80% mayor con respecto al grupo con educación, ello ajustado a las variables: nivel de escolaridad, estado civil, riqueza, violencia física severa, residencia, violencia física menos severa, violencia sexual, violencia emocional y violencia económica. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1,8; IC 95% 1,31-2,47; $p<0,01$). (Tabla 3)

Se constató que en mujeres de 12 a 49 años que realizaron la ENDES del 2020, la proporción de inadecuados controles prenatales en el grupo con pareja fue 42% mayor con respecto al grupo sin pareja, ello ajustado a las variables: nivel de escolaridad, estado civil, riqueza, violencia física severa, residencia, violencia física menos severa, violencia sexual, violencia emocional y violencia económica. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1,42; IC 95% 1,22-1,66; $p<0,01$). (Tabla 3)

Se evidenció que en mujeres de 12 a 49 años que realizaron la ENDES del 2020, la proporción de inadecuados controles prenatales en el grupo pobre fue 32% mayor con respecto al grupo no pobre, ello ajustado a las variables: nivel de escolaridad, estado civil, riqueza, violencia física severa, residencia, violencia física menos severa, violencia sexual, violencia emocional y violencia económica. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1,32; IC 95% 1,17-1,50; $p<0,01$). (Tabla 3)

Tabla 3: Razón de prevalencia (RP) crudas y ajustadas

	Controles prenatales adecuados			
	RP	IC (95%)		p
Nivel de escolaridad	1,8	1,31	2,47	<0,01
Sin educación				
Con educación				
Estado civil	1,42	1,22	1,66	<0,01
Con pareja				
Sin pareja				

Riqueza	1,32	1,17	1,5	<0,01
Pobres				
No pobres				
Física severa	1,13	0,89	0,9	1,43
Si				
No				
Residencia	0,93	0,82	1,05	0,28
Rural				
Urbano				
Física menos severa	0,98	0,84	1,14	0,83
Si				
No				
Sexual	0,92	0,69	1,22	0,58
Si				
No				
Emocional	0,99	0,8	1,23	0,97
Si				
No				
Económica	0,97	0,76	1,23	0,8
Si				
No				

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDES del 2020

Tomando de referencia el punto de corte de tener menos de ocho controles prenatales como inadecuado control prenatal (OMS). Tenemos lo siguiente:

En el análisis bivariado se observó que seis de las variables estudiadas evidencian asociación con significancia estadística con los controles prenatales inadecuados. Las cuales son: el estado civil, riqueza, violencia física severa, violencia económica, violencia emocional y residencia.

Según los datos analizados, el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo con pareja fue 31% mayor con respecto al grupo que no tiene pareja. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,31; IC 95% (1,21-1,42) $p < 0,01$). (Tabla 4)

Se evidenció que el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo pobre fue 21% mayor con respecto al grupo no pobre. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,21; IC 95% (1,14-1,29) $p < 0,01$). (Tabla 4)

Se estimó que el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo que presentó violencia física severa fue 16% mayor con respecto al grupo que no presentó violencia física

severa. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,16; IC 95% (1,05-1,29) $p<0,05$). (Tabla 4)

Se encontró que el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo que presentó violencia económica fue 14% mayor con respecto al grupo que no presentó violencia económica. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,14; IC 95% (1,05-1,24) $p<0,01$). (Tabla 4)

Según este trabajo, el riesgo de tener inadecuados controles prenatales en el grupo que presentó violencia emocional fue 9% mayor con respecto al grupo que no presentó violencia emocional. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP: 1,09; IC 95% (1,00-1,14) $p<0,05$). (Tabla 4)

Tabla 4: Análisis bivariado de los factores asociados a inadecuado control prenatal, según la ENDES del 2020

	Si	No	RP	IC (95%)		p
Riqueza						
Pobres	2005	1271	1,21	1,14	1,29	<0,01
No pobres	4936	4079				
Estado civil						
Con pareja	470	2806	1,31	1,21	1,42	<0,01
Sin pareja	921	8094				
Residencia						
Rural	1079	2197	1,07	1	1,14	<0,05
Urbano	2781	6234				
Nivel de escolaridad						
Sin educación	56	3220	1,22	0,98	1,52	0,07
Con educación	116	8899				
Física menos severa						
Si	820	2456	1,06	0,99	1,13	0,09
No	2124	6891				
Física severa						
Si	266	3010	1,16	1,05	1,29	<0,01
No	599	8416				
Sexual						
Si	160	3116	1,1	0,96	1,25	0,16
No	388	8627				
Emocional						
Si	716	2560	1,09	1,02	1,17	<0,01
No	1778	7237				
Económica	481	2795	1,14	1,05	1,24	<0,01

Si	1125	7890
No		

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDES del 2020

Se constató que en mujeres de 12 a 49 años que realizaron la ENDES del 2020, la proporción de inadecuados controles prenatales en el grupo con pareja fue 29% mayor con respecto al grupo sin pareja, ello ajustado a las variables: nivel de escolaridad, estado civil, riqueza, violencia física severa, residencia, violencia física menos severa, violencia sexual, violencia emocional y violencia económica. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1,29; IC 95% 1,18-1,41; p<0,01). (Tabla 5)

Se demostró que en mujeres de 12 a 49 años que realizaron la ENDES del 2020, la proporción de inadecuados controles prenatales en el grupo pobres fue 23% mayor con respecto al grupo no pobres, ello ajustado a las variables: nivel de escolaridad, estado civil, riqueza, violencia física severa, residencia, violencia física menos severa, violencia sexual, violencia emocional y violencia económica. Este resultado fue estadísticamente significativo (RP:1,23; IC 95% 1,14-1,31; p<0,01). (Tabla 5)

Tabla 5: Razón de prevalencia (RP) crudas y ajustadas

	Controles prenatales adecuados			p
	RP	IC (95%)		
Estado civil	1,29	1,18	1,41	<0,01
Con pareja				
Sin pareja				
Riqueza	1,23	1,14	1,31	<0,01
Pobres				
No pobres				
Residencia	0,96	0,9	1,03	0,35
Rural				
Urbano				
Nivel de escolaridad	1,16	0,93	1,44	0,17
Sin educación				
Con educación				
Física menos severa	0,97	0,89	1,06	0,55
Si				
No				
Física severa	1,07	0,94	1,22	0,27
Si				
No				
Emocional	0,98	0,87	1,11	0,81

Si				
No				
Sexual	0,95	0,82	1,11	0,6
Si				
No				
Económica	1.07	0.93	1.22	0.3
Si				
No				

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDES del 2020

5.2 Discusión

Según este trabajo, el tener pareja estuvo asociado significativamente a inadecuado control prenatal, ya sea teniendo menos de seis controles prenatales (MINSa), como también teniendo menos de ocho controles prenatales (OMS). Esto podría explicarse a que el tener pareja está ligado a la supeditación de la mujer a los horarios de la pareja por el patriarcado imperante en países en vías de desarrollo⁵⁵. Por el contrario, una mujer soltera, toma las decisiones en función de sus necesidades y prioridades. Eso discrepa de Mulat A et al.³² (Etiopía) quienes encontraron que el no estar casado está asociado significativamente a el olvido del control prenatal y Belay A. et al.⁵⁶ (Etiopía) que encontraron que el estar casada, divorciada y viuda, está asociado a que tengan como mínimo 4 controles prenatales con respecto a las solteras.

Según este trabajo, el ser pobre estuvo asociado significativamente a inadecuado control prenatal, ya sea con menos de seis controles prenatales (MINSa) o con menos de ocho controles prenatales. Esto podría explicarse a que las personas de bajos recursos económicos tengan empleos informales o trabajan largas jornadas para sostener la economía familiar y descuiden la asistencia al centro de salud. Resultado muy parecido a Adhikari M. et al.¹ (Nepal) que encontraron que el tener un alto índice de riqueza está asociado a recibir más de ocho controles prenatales. Además, Dadras O. et al.¹¹ (Iran) encontraron asociación significativa entre el ingreso familiar con un adecuado control prenatal.

Además, en este trabajo se encontró que no tener educación estuvo asociado significativamente a presentar menos de seis controles prenatales (MINSa). Esto puede deberse a que las gestantes con educación tienen mayor conciencia de la importancia de los controles prenatales y de los signos de alarmas por lo que solicitan y acuden a las consultas para controlar su gestación.

Esto es similar a lo encontrado por Melkamsew et al.⁵⁷ (Etiopia) encontraron que tener educación está asociado significativamente con realizar los controles prenatales, Adhikari M. et al.¹ (Nepal) encontraron que tener educación está asociado significativamente a presentar más de 8 controles prenatales y Tekelab T. et al.⁴⁶ (Etiopia) encontraron que tener educación está significativamente asociado a presentar controles prenatales. Además, Tsegaye B et al.⁵⁹ (Etiopia) encontraron que el presentar nivel educativo primario y secundario está estadísticamente asociado a utilización del control prenatal.

También hay estudios como el de Dadras O. et al.¹¹ (Iran), Shiferaw K. et al.⁶⁰ (Etiopia), Duodu P. et al.⁶¹ (Ghana) y Raru T. et al.⁶² (Africa oriental) que encontraron que tener educación superior está asociado a presentar adecuado controles prenatales.

A su vez, Tello C et al.⁶⁰ (Perú) encontraron que tener secundaria o educación superior incrementa la probabilidad de presentar adecuado cumplimiento del control prenatal.

En esa misma línea, Ewunetie A. et al.⁶¹ (Etiopia) encontraron que no tener educación formal está asociado significativamente a retrasar la primera visita del control prenatal. A su vez Teshale A. et al.⁶² (Etiopia) encontraron que el presentar educación secundaria y superior está asociado a tener menos probabilidades de retrasar la primera atención del control prenatal. Además, Tesfaye G. et al.⁶³ (Etiopia) concluyeron que tener educación básica o superior está asociado significativamente a no retrasar la primera visita para el control prenatal en comparación con no tener educación formal, Azimi M. et al.⁷ (Afganistan) encontraron que presentar un nivel educativo inferior al secundario está asociado significativamente a control prenatal tardío y Gebresilassie B. et al.⁵⁶ (Etiopia) encontraron que el tener educación secundaria está asociado significativamente a asistir oportunamente a sus controles prenatales con respecto a las que tenían educación primaria.

El presente trabajo no encontró asociación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia y el control prenatal. Esto es parecido a lo encontrado por Tesfaye G. et al.⁶³ (Etiopia) en el que no encontraron asociación significativa con respecto al lugar de residencia sobre el retraso del inicio del control prenatal. Y discrepa con lo encontrado por Azimi M. et al.⁷ (Afganistan) encontraron que residir en zona urbana está asociado significativamente a realizar controles prenatales y Tekelab T. et al.⁵⁸ (Etiopia) encontraron una asociación positiva significativa entre la residencia urbana y la utilización de los controles prenatales. Por lo contrario, Shiferaw K. et al.⁶⁵ (Etiopia) encontraron que el residir

en zona rural está asociado significativamente a adecuado control prenatal. Así mismo, Tessema Z. et al.⁶⁶ (Etiopia) encontraron que la residencia rural está asociada significativamente a adecuado y óptimo control prenatal.

En este trabajo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la violencia física, emocional, sexual, ni económica y el control prenatal. Esto es similar al trabajo realizado por Wheeler D. et al.⁶⁷ (Benin) quienes no encontraron asociación significativa entre la violencia ejercida por la pareja y el número de controles prenatales y Islam M. et al.⁶⁸ (Bangladesh) que no encontraron asociación significativa entre la violencia sexual y psicológica con el inicio tardío del control prenatal.

Esto discrepa con lo encontrado por Jamieson B.⁶⁹ en un meta-análisis, en el cual encontró que las mujeres que presentaron violencia está asociado significativamente a no tener controles prenatales o retrasar los mismos y Leight J. et al.⁶¹ realizaron una meta-análisis de 36 países, en la cual encontraron asociación entre la violencia física y la utilización de los controles prenatales. Kuhlmann A. et al.⁷⁰ (Honduras) encontraron asociación entre violencia y adecuados controles prenatales. Y Behati C. et al.⁷¹ (Rwanda) encontraron que la violencia física está asociado a inadecuado y al inicio tardío de control prenatal.

En esa misma línea, Gashaw B. et al.⁷² (Etiopia) encontraron que la violencia física y emocional está asociado significativamente a control prenatal tardío y Islam M. et al.⁶⁸ (Bangladesh) concluyeron que mujeres que experimentan violencia física retrasan el ingreso a la atención en comparación con las que no presentan violencia física.

La primera limitación de este trabajo es que es un estudio de bases secundarias, es decir, se toma un cuestionario que mide muchas variables y de estos se hace una selección de las variables, por lo que no fue un cuestionario dirigido exclusivamente al tema en estudio. Otra limitación es el sesgo de memoria, puesto que esta entrevista recoge datos de larga data de las entrevistadas, por lo puede haber imprecisiones al recoger dicha información. Otra limitación, es que solo se evaluó la completitud de los controles prenatales pero no la precocidad de los mismos. Por otro lado, una fortaleza de este trabajo es que tiene una muestra representativa y que la encuesta de donde se recogió los datos estuvo a cargo de personal altamente capacitado. Otra fortaleza es que en este trabajo se ha evaluado la violencia económica, el cual es un tipo de violencia que no ha sido estudiada por la gran mayoría de investigadores en esta área.

Siguiendo la línea de esta investigación, se sugiere realizar estudios de fuente primaria enfocados en las gestantes y en la falta de controles prenatales en el contexto de la violencia contra la mujer puesto que es un tema que afecta la calidad de vida tanto de la madre como del producto en la etapa más crucial de su formación. Además, se debería realizar estudios que incluyan a la violencia económica como otro factor importante para investigar.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

1. Los factores asociados a inadecuado control prenatal con menos de seis controles prenatales, según la ENDES del 2020 fueron: el no tener educación, el tener pareja y el ser pobre. Y los factores asociados a inadecuado control prenatal con menos de ocho controles prenatales, según la ENDES del 2020 fueron: el tener pareja y el ser pobre.
2. Los factores demográficos asociados a los insuficientes controles prenatales son: el nivel de escolaridad y el estado civil.
3. Hay asociación entre el nivel de riqueza y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.
4. No hay asociación entre los tipos de violencia doméstica (violencia física menos severa, violencia física severa, violencia sexual, violencia emocional y la violencia económica) y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.

6.2 Recomendaciones

1. Se recomienda políticas de salud pública orientadas a los factores de riesgo asociados a inadecuado control prenatal con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad obstétrica y perinatal.
2. Promover políticas sanitarias con el fin de informar y hacer de conocimiento la importancia de los controles prenatales a la ciudadanía para evitar o prevenir complicaciones durante el embarazo, a través de medios masivos como la televisión o las redes sociales, así como también campañas de salud presenciales promovidas por las municipalidades y el Ministerio de salud.
3. Se recomienda hacer más estudios de fuente primaria en los grupos vulnerables como son las gestantes y de esta manera tener una más amplia base de datos para tomar políticas de salud pública.

Bibliografía

1. Adhikari M, Chalise B, Bista B, Pandey AR, Upadhyaya DP. Sociodemographic correlates of antenatal care visits in Nepal: results from Nepal Demographic and Health Survey 2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 5 de septiembre de 2020;20(1):513.
2. Gushiken R, Campos M. Ministerio de Cultura. Línea de base de brechas sociales por origen étnico en el Perú. 2015.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. [Internet]. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE162021/03.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Mortalidad infantil y en la niñez [Internet]. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap007.pdf
5. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Maternal health care : policies, technical standards and services accessibility in eight countries in the Western Pacific Region [Internet]. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2018 [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13983>
6. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 25 de junio de 2019;36(2):178.
7. Azimi MW, Yamamoto E, Saw YM, Kariya T, Arab AS, Sadaat SI, et al. Factors associated with antenatal care visits in Afghanistan: secondary analysis of Afghanistan Demographic and Health Survey 2015. *Nagoya J Med Sci*. febrero de 2019;81(1):121-31.
8. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Salud materna. [Internet]. [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en:

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf

9. Cabrera DC, Testa DM, Gómez DJ, Galiffa DD, Salas DG. Evolución actual de la mortalidad materna. 2019;6.
10. Calle A. Mortalidad materna en América Latina. Anticoncepción Hormonal-Segunda Edición [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://codeser.org/wp-content/uploads/2021/05/2021-Anticoncepcion%CC%81n-Hormonal-Segunda-Edicio%CC%81n-Bucheli-Noboa.pdf#page=81>
11. Dadras O, Dadras F, Taghizade Z, Seyedalini S, Ono-Kihara M, Kihara M, et al. Barriers and associated factors for adequate antenatal care among Afghan women in Iran; findings from a community-based survey. BMC Pregnancy Childbirth. diciembre de 2020;20(1):427.
12. Ministerio de Salud del Perú. Resolución_Ministerial_N__658-2019. [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF
13. Universidad Ricardo Palma. Líneas de investigación periodo 2021-2025 [Internet]. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/34046/n/lineas-de-investigacion-periodo-2021-2025>
14. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D, et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev Fac Med México. febrero de 2021;64(1):39-48.
15. Ministerio de Salud de Panamá. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
16. Hilahuala BEH. Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el Hospital Regional del Cusco, 2017. :3.

17. Mejía Y. Factores asociados al abandono del control prenatal en el centro materno infantil Santa Anita, PDF Descargar libre [Internet]. [citado 3 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/165487399-Factores-asociados-al-abandono-del-control-prenatal-en-el-centro-materno-infantil-santa-anita-2017.html>
18. Guerrero MH. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo junio - octubre 2017. :87.
19. Guerrero MH. Factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes en el servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre Junio-Diciembre del 2016. :75.
20. Huaman KNS. Factores asociados al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el hospital San José de Chincha, en el periodo de febrero a setiembre del 2016. :73.
21. Fernández Y, García G, Estrada A, Kassandra O. Absence of prenatal control: What are the main associated factors? Conoc Para El Desarro. 29 de junio de 2019;10(1):9-16.
22. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An Fac Med. abril de 2018;79(2):131-7.
23. Chilipio-Chiclla MA, Santillán-Árias JP. Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. Rev Int Salud Materno Fetal. 31 de marzo de 2019;4(1):3-9.
24. García AY, Gonzales LL. Factores asociados a la omisión del control prenatal en gestantes del Centro Materno Infantil Manuel Barreto, marzo-junio.2019 [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4137/T061_48205302_70811505_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Llanos KGA. Grado de instrucción primaria y multiparidad asociados a incumplimiento del control prenatal en el hospital distrital Santa Isabel. El Porvenir 2016. :37.

26. Lavy E. Características sociales del abandono a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, noviembre 2018 a marzo del 2019 [Internet]. [citado 3 de octubre de 2021]. Disponible en: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:on_GbJ0UIOkJ:scholar.google.com/+abandono+de+control+prenatal&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2017
27. Gómez H, Margot G, Baylon B. Factores asociados al incumplimiento de la atención prenatal en adolescentes embarazadas en el hospital de contingencia de Tingo María, octubre - diciembre 2017. :68.
28. Palacios L. Frecuencia y factores asociados al número de controles prenatales en puérperas y gestantes del Hospital III Goyeneche de mayo - junio Arequipa Perú 2021 [Internet]. [citado 3 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12523/MDpacolv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Bellido EA. Asociación entre la violencia doméstica y el cumplimiento del mínimo necesario de controles prenatales en mujeres con hijos menores de un año según Endes 2017. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2019 [citado 17 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10475>
30. Yolanda CÁI, Milena FAL, Jessica PY, Alejandra MGM, Yorleidis MP, Tejera A, et al. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. :12.
31. Funez YV, García AF. Factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, en las gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de Mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018 [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7427/1/241475.pdf>
32. Mulat A, Kassa S, Belay G, Emishaw S, Yekoye A, Bayu H, et al. Missed antenatal care follow-up and associated factors in Eastern Zone of Tigray, Northern Ethiopia. *Afr Health Sci.* junio de 2020;20(2):690-6.
33. Alanazy W, Brown A. Individual and healthcare system factors influencing antenatal care attendance in Saudi Arabia. *BMC Health Serv Res.* 20 de enero de 2020;20(1):49.

34. Peña E, Martínez M. Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, Distrito Nacional, 2005. Cienc Soc. 1 de marzo de 2010;35(1):87-101.
35. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. [citado 3 de octubre de 2021]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
36. Al-Wutayd O. Inadequate and Late Antenatal Contacts Among Saudi Mothers: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. Int J Womens Health. 14 de septiembre de 2020;12:731-8.
37. Gobierno de la República de Honduras. Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCION.PRECONCEPCI%C3%93N.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN3.MANEJO.DE.LAS.COMPLICACIONES.OBSTETRICAS.pdf>
38. March AL. Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics. Elsevier Health Sciences; 2018. 193 p.
39. Towards stronger antenatal care: Understanding predictors of late presentation to antenatal services and implications for obstetric risk management in Rwanda [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256415>
40. Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. Rev Fac Med. 1 de julio de 2019;67(3):331-5.
41. Debessai Y, Costanian C, Roy M, El-Sayed M, Tamim H. Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: findings from the Maternity Experiences Survey. J Perinatol. junio de 2016;36(6):420-6.
42. Osterman MJK. Timing and Adequacy of Prenatal Care in the United States, 2016. :14.

43. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Informe principal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020 [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
44. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal - Instituto Nacional Materno Perinatal-2011 [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3775/Munares_gopdf?sequence=3
45. Aguilera P, Soothill MD. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. noviembre de 2014;25(6):880-6.
46. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica: Control prenatal del embarazo normal [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
47. Banco Interamericano de Desarrollo. Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica | Publications [Internet]. [citado 17 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cobertura-y-oportunidad-de-la-atenci%C3%B3n-prenatal-en-mujeres-pobres-de-6-pa%C3%ADses-de-Mesoam%C3%A9rica.pdf>
48. Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK, et al. Coverage and timing of antenatal care among poor women in 6 Mesoamerican countries. BMC Pregnancy Childbirth. diciembre de 2016;16(1):234.
49. Quelopana AM, Champion JD, Salazar BC. Health Behavior in Mexican Pregnant Women with a History of Violence. West J Nurs Res. diciembre de 2008;30(8):1005-18.
50. Yanikkerem E, Karadaş G, Adıgüzel B, Sevil Ü. Domestic Violence during Pregnancy in Turkey and Responsibility of Prenatal Healthcare Providers. Am J Perinatol. 2006;23(02):093-104.

51. Mayor S, Salazar CA. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac Médica Espirituana*. abril de 2019;21(1):96-105.
52. Aiquipa Tello JJ. Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Rev Psicol PUCP*. 2015;33(2):411-37.
53. Chambliss LR. Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. junio de 2008;51(2):385-97.
54. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Ficha técnica de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020 [Internet]. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/FichaTecnica/739-Ficha.pdf>
55. Sagols L. Repensar el patriarcado. ¿Más allá de la condición de víctima de la mujer? *Theoría Rev Col Filos*. 31 de diciembre de 2015;(29):11-24.
56. Belay A, Astatkie T, Abebaw S, Gebreamanule B, Enbeyle W. Prevalence and factors affecting the utilization of antenatal care in rural areas of Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14 de enero de 2022;22(1):30.
57. Tesfaye M, Dessie Y, Demena M, Yosef T. Late antenatal care initiation and its contributors among pregnant women at selected public health institutions in Southwest Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2021;39:264.
58. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. Factors affecting utilization of antenatal care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2019;14(4):e0214848.
59. Tsegaye B, Ayalew M. Prevalence and factors associated with antenatal care utilization in Ethiopia: an evidence from demographic health survey 2016. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 de septiembre de 2020;20(1):528.
60. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and Determinants of Adequate Compliance with Antenatal Care in Peru. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. junio de 2021;43(6):442-51.

61. Ewunetie AA, Munea AM, Meselu BT, Simeneh MM, Meteku BT. DELAY on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16 de mayo de 2018;18(1):173.
62. Teshale AB, Tesema GA. Prevalence and associated factors of delayed first antenatal care booking among reproductive age women in Ethiopia; a multilevel analysis of EDHS 2016 data. *PloS One*. 2020;15(7):e0235538.
63. Tesfaye G, Loxton D, Chojenta C, Semahegn A, Smith R. Delayed initiation of antenatal care and associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 15 de noviembre de 2017;14(1):150.
64. Gebresilassie B, Belete T, Tilahun W, Berhane B, Gebresilassie S. Timing of first antenatal care attendance and associated factors among pregnant women in public health institutions of Axum town, Tigray, Ethiopia, 2017: a mixed design study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 18 de septiembre de 2019;19(1):340.
65. Shiferaw K, Mengistie B, Gobena T, Dheresa M, Seme A. Adequacy and timeliness of antenatal care visits among Ethiopian women: a community-based panel study. *BMJ Open*. diciembre de 2021;11(12):e053357.
66. Tessema ZT, Animut Y. Spatial distribution and determinants of an optimal ANC visit among pregnant women in Ethiopia: further analysis of 2016 Ethiopia demographic health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 4 de marzo de 2020;20(1):137.
67. Idriss-Wheeler D, Yaya S. Exploring antenatal care utilization and intimate partner violence in Benin - are lives at stake? *BMC Public Health*. 30 de abril de 2021;21(1):830.
68. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Exploring the associations between intimate partner violence victimization during pregnancy and delayed entry into prenatal care: Evidence from a population-based study in Bangladesh. *Midwifery*. abril de 2017;47:43-52.

69. Jamieson B. Exposure to Interpersonal Violence During Pregnancy and Its Association With Women's Prenatal Care Utilization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. diciembre de 2020;21(5):904-21.
70. Sebert Kuhlmann AK, Foggia J, Fu Q, Sierra M. Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. 21 de agosto de 2017;41:e104.
71. Bahati C, Izabayo J, Niyonsenga J, Sezibera V, Mutesa L. Intimate partner violence as a predictor of antenatal care services utilization in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 de noviembre de 2021;21(1):754.
72. Gashaw BT, Magnus JH, Schei B. Intimate partner violence and late entry into antenatal care in Ethiopia. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. diciembre de 2019;32(6):e530-7.

Anexo 1: Acta de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "Factores asociados a insuficientes controles prenatales según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020" que presenta la SR(A). ANDREA BEATRIZ OYAGUE QUISPE para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mg. Hugo Abarca Barriga
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

SURCO, 19 DE OCTUBRE DE 2021

Anexo 2: Carta de compromiso del asesor de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Andrea Beatriz Oyague Quispe, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender
10. de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Hugo Abarca Barriga

Lima, 19 de octubre del 2021

Anexo 3: Carta de aprobación del proyecto de tesis, firmado por la secretaria académica



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2388-2021-FMH-D

Lima, 08 de noviembre de 2021

Señorita
ANDREA BEATRIZ OYAGUE QUISPE
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A INSUFICIENTES CONTROLES PRENATALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2020", desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha Jueves 28 de octubre de 2021.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco Central 708-0000 / Anexo:
6010

Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina

Anexo 4: Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el Comité de Ética de Investigación

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "FACTORES ASOCIADOS A INSUFICIENTES CONTROLES PRENATALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DESALUD FAMILIAR DEL 2020".

Investigadora:

ANDREA BEATRIZ OYAGUE QUISPE

Código del Comité: **PG 131 - 021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISIÓN por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 05 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

Anexo 5: Acta de aprobación del borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A INSUFICIENTES CONTROLES PRENATALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2020", que presenta la Señorita Andrea Beatriz Oyague Quispe para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo con lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

MC. Pedro Arango Ochante
PRESIDENTE

MC. Ruben Espinoza Rojas
MIEMBRO

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Mg. Hugo Abarca Barriga
Asesor de Tesis

Lima, 23 de mayo de 2022

Anexo 6: Reporte de originalidad del turnitin

Turnitin Originality Report

Processed on: 25-May-2022 08:32 -05
ID: 1843935719
Word Count: 13506
Submitted: 1

Similarity Index	Similarity by Source
16%	Internet Sources: 17% Publications: 1% Student Papers: 10%

"Factores asociados a insuficientes controles prenatales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020" By Andrea Oyague

2% match () Atusparia Flores, Geraldine Liseth. "Prácticas de anticoncepción y su asociación con el deseo de embarazo actual en las mujeres peruanas: análisis de la encuesta ENDES 2019", 'Universidad Ricardo Palma', 2020
1% match () Paz Vargas, José Christopher. "Caracterización de las referencias del Hospital de Emergencias Pediátricas, Lima 2018", 'Universidad Ricardo Palma', 2021
1% match (Internet from 21-May-2022) http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/4662/Falc%c3%b3n%20Cabrera.pdf?seq=
1% match () Carranza Ortiz, Karina Isabel. "Factores clínicos y epidemiológicos asociados a la hospitalización de pacientes Covid-19 en un establecimiento de salud en Lima, durante marzo -agosto del año 2020", 'Universidad Ricardo Palma', 2021
1% match () Vilca Huañacari, Bryan Grimaldo. "Factores asociados con la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad en Perú durante el 2019", 'Universidad Ricardo Palma', 2021
1% match (Internet from 12-Apr-2022) https://mail.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/actualidad-bibliografica/bibliografia-de-2021
1% match (Internet from 04-Apr-2022) https://Dspace.Unitru.Edu.Pe/bitstream/handle/UNITRU/18846/MALCA%20CHOLAN%20-%20TS.pdf?isAllowed=y&sequence=1
1% match () Diez Quevedo, Karina Elizabeth. "Factores relacionados al proveedor de salud que influyen en la satisfacción de la atención prenatal de las usuarias del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, año 2016", 'Baishideng Publishing Group Inc.', 2021
1% match (student papers from 19-Aug-2017) Submitted to Universidad Autónoma de Ica on 2017-08-19

Anexo 7: Certificado de asistencia al curso taller



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

ANDREA BEATRIZ OYAGUE QUISPE

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**FACTORES ASOCIADOS A INSUFICIENTES CONTROLES PRENATALES
SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR DEL 2020.**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 13 de enero de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (a)

Anexo 8: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>¿Cuáles son los factores asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020?</p>	<p>General: Determinar los factores asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p> <p>Específicos: Precisar la asociación entre los factores demográficos y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p> <p>Establecer la asociación entre nivel de riqueza y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p> <p>Identificar la asociación entre los tipos de violencia doméstica y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p>	<p>General: Existen factores asociados a insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p> <p>Específicas: Existe una asociación entre los factores demográficos y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p> <p>Existe una asociación entre el nivel de riqueza y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p> <p>Existe una asociación entre los tipos de violencia doméstica y los insuficientes controles prenatales según la ENDES del 2020.</p>	<p>Dependiente: Controles prenatales</p> <p>Independientes: Lugar de residencia Nivel de escolaridad Estado civil Nivel de riqueza Violencia física Violencia física menos severa Violencia sexual Violencia emocional Violencia económica</p>	<p>El diseño de la investigación es cuantitativo, observacional, retrospectivo transversal y analítico.</p> <p>Población:</p> <p>Muestra: todas las mujeres entre 12 y 49 años que participaron de la ENDES del 2020</p> <p>Tipo de muestreo: Bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.</p>

Anexo 9: Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable relación y naturaleza	Nombre de variable en microdatos de ENDES	Etiqueta en microdatos de ENDES	Ubicación original en microdatos de ENDES	Etiquetas de valor en microdatos de ENDES	Recodificación
Controles prenatales	Actividad sanitaria que recibe la gestante durante el embarazo	Número de controles prenatales recibidos por la entrevistada en una gestación	De razón	Dependiente cuantitativa	M14	Visitas prenatales por embarazo	REC41		0=Más de 6 controles prenatales 1= Menos de 6 controles prenatales
Nivel de escolaridad	Máximo grado de instrucción logrado	Máximo grado de instrucción logrado hasta la fecha de la entrevista	Nominal politémica	Independiente cualitativa	V106	Nivel educativo más alto	REC011 1	0=Sin educación 1=Primario 2=Secundario 3=Mayor	0=Sin educación 1=Con educación

Estado civil	Situación jurídica en relación con la filiación o matrimonio	Situación jurídica en relación con la filiación o matrimonio hasta la fecha de la entrevista	Nominal politómica	Independiente cualitativa	V501	Estado civil actual	RE51617 1	0=Nunca casada 1=Casado 2=Viviendo juntos 3=Viuda 4=Divorciada 5=No viven juntos	0=Sin pareja 1=Con pareja
Índice de riqueza	Estratificación económica según remuneración recibida	Estratificación económica según remuneración recibida hasta la fecha de la entrevista	Nominal politómica	Independiente Cualitativa	V190	Índice de riqueza	REC011 1	1=Los más pobres 2=Pobre 3=Medio 4=Rico 5=Más rico	0= Pobre 1= No pobre
Lugar de residencia	Lugar donde vive la gestante	Lugar donde vive la gestante hasta la fecha de la entrevista	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	V025	Tipo de lugar de residencia	REC011 1	1=Urbano 2=Rural	0=Urbano 1=Rural

Violencia física menos severa	Tipo de violencia en que se hace uso de la fuerza física contra otra persona	Tipo de violencia en la que la mujer estuvo expuesta a empujones, sacudidas, tirones, bofetadas, torsiones de brazo, golpe con el puño, patadas o si fue arrastrada.	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	D106	Experimento cualquier violencia física menos severa	REC84D V	0=No 1=Si	0=No 1=Si
Violencia física severa	Tipo de violencia en que se hace uso de la fuerza física contra otra persona de forma más extrema,	Tipo de violencia en que la mujer estuvo expuesta a estrangulamiento, quemadura, amenaza con	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	D107	Experimento cualquier violencia física severa	REC84D V	0=No 1=Si	0=No 1=Si

	que pone en riesgo la vida de la persona.	cuchillo, pistola u otro tipo de arma.							
Violencia sexual	Tipo de violencia en que hay coacción de una persona a otra para realizar actividad sexual sin su consentimiento.	Tipo de violencia en que la mujer estuvo obligada por su pareja a tener relaciones sexuales sin su consentimiento.	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	D108	Experimento cualquier violencia sexual	REC84D V	0=No 1=Si	0=No 1=Si
Violencia emocional	Tipo de violencia en que busca disminuir el valor propio de una persona.	Tipo de violencia en que la mujer ha recibido amenazas, humillaciones, e insultos.	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	D104	Hubo violencia emocional	REC84D V	0=No 1=Si	0=No 1=Si

Violencia económica	Tipo de violencia que busca limitar los recursos económicos familiares a la gestante.	Tipo de violencia en la cual la pareja ha amenazado con quitarle a la entrevistada la ayuda económica.	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	D103D	Su esposo o compañero la ha amenazado con irse de la casa, quitarle a sus hijos o la ayuda económica	REC84D V	0=No 1=Si	0=No 1=Si
---------------------	---	--	--------------------	---------------------------	-------	--	-------------	-----------	-----------

