

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES INDÍGENAS DE LA COMUNIDAD DE SALASACA”.

Trabajo de titulación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Autora: Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano.

Tutora: Md. Lorena Jazmín Santana Mera. Esp.

Ambato – Ecuador

Abril, 2021

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor Jesús Chicaiza Tayupanta, Esp, e integrado por los señores Md. Verónica Imelda Torres Paredes, Esp y Md. William Rubén Mayorga Ortiz, Esp, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: **“ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES INDÍGENAS DE LA COMUNIDAD DE SALASACA”**, elaborado y presentado por la señora Ana Carolina Moposita Yumiguano, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Dr. Jesús Chicaiza Tayupanta, Esp
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa



Md. Verónica Imelda Torres Paredes, Esp
Miembro del Tribunal de Defensa



Md. William Rubén Mayorga Ortiz, Esp
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “**ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES INDÍGENAS DE LA COMUNIDAD DE SALASACA**”, le corresponde exclusivamente a: Médica Ana Carolina Moposita Yumiguano, Autora bajo la Dirección de la Doctora. Lorena Jazmin Santana Mera, Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano

c.c.1803587144

AUTORA



Md. Esp. Lorena Santana Mera, Esp.

c.c. 1803735776

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.



Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano

c.c.1803587144

AUTORA

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
Aprobación del tribunal de grado.....	ii
Autoría del trabajo de investigación.....	iii
Derechos de autor.....	iv
Índice general de contenidos.....	v
Índice de tablas.....	viii
Índice de gráficos.....	ix
Agradecimiento.....	x
Dedicatoria.....	xi
Resumen.....	xii
Summary.....	xiv
Introducción.....	1

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización del problema.....	3
1.2.2 Análisis crítico	4
1.2.3 Prognosis.....	5
1.2.4 Formulación del problema	5
1.2.5 Preguntas directrices	5
1.2.6. Delimitación del problema de investigación.....	6
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos de la investigación	8
1.4.1. Objetivo general	8
1.4.2. Objetivos específicos	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos.....	9
2.2. Fundamentación Filosófica	10
2.3. Fundamentación Legal.....	11
2.4. Categorías Fundamentales	13
2.5. Hipótesis.....	14
2.6. Fundamentación Teórica.....	14

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación	36
3.2. Modalidad Básica de la Investigación.....	37
3.3 Nivel de investigación.....	37
3.4. Universo y muestra	38
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	38
3.6. Criterios Éticos.....	38
3.7. Operacionalización de variables	40
3.8. Plan de recolección de la información	44
3.9 Procesamiento de datos	44
3.10. Presentación e interpretación de datos	45
3.11. Recursos	45
3.12. Cronograma del proyecto de investigación.....	46

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados	47
4.1.1 Características de la población	47

4.1.2 Asistencia - Control prenatal.....	49
4.1.3 Factores sociodemográficos y culturales – cumplimiento control prenatal ..	50

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	66
5.2. Recomendaciones	67

CAPÍTULO VI: LA PROPUESTA

6.1. Datos Informativos.....	68
6.2. Antecedentes de la propuesta	68
6.3 Justificación.....	69
6.4. Objetivos	70
6.5. Análisis de factibilidad.....	70
6.6. Fundamentación Teórica	71
6.7 Modelo Operativo	72
6.8 Administración.....	73
6.9 Previsión de la evaluación.....	73

MATERIAL DE REFERENCIA

Bibliografía	74
Anexos	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla.1 Factores de riesgo modificables y no modificables en la gestación	19
Tabla 2. Exámenes solicitados – control prenatal	25
Tabla 3. Ganancia apropiada de peso en la gestación.....	26
Tabla 4. Operacionalización de variables	40
Tabla 5. Cronograma del proyecto de investigación.....	46
Tabla 6. Distribución de embarazadas según variables.	47
Tabla 7. Distribución de gestantes según la asistencia a controles prenatales.....	49
Tabla 8. Distribución de embarazadas según grupos de edad y asistencia a los controles prenatales.....	50
Tabla 9. Distribución de embarazadas según estado civil y asistencia a los controles prenatales.....	51
Tabla 10. Distribución de embarazadas según nivel de instrucción y asistencia a los controles prenatales	52
Tabla 11. Distribución de embarazadas según ubicación y asistencia a los controles prenatales.....	54
Tabla 12. Distribución de embarazadas según ocupación y asistencia a los controles prenatales.....	55
Tabla 13. Distribución de embarazadas según nivel socioeconómico y asistencia a los controles prenatales	56
Tabla 14. Distribución de embarazadas según cobertura de salud y asistencia a los controles prenatales.....	58
Tabla 15. Distribución de embarazadas según idioma y asistencia a los controles prenatales.....	59
Tabla 16. Creencias y tradiciones para el cuidado del embarazo – relacionadas al cumplimiento del control prenatal.	60
Tabla 17. Modelo operativo	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Categorías fundamentales	13
Gráfico 2. Administración de recursos	73

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y la Virgen de Guadalupe quienes me han guiado por el camino del bien, me han dado las fuerzas necesarias para seguir adelante y no desmayar ante los problemas, enseñándome a hacerle frente a las adversidades y problemas sin perder nunca la dignidad y el respeto.

A mis padres y hermanos por el apoyo y la ayuda incondicional brindada. Gracias por siempre creer y confiar en mí y en todos mis proyectos y expectativas. En especial a mi amada madre, ya que sin su ayuda no lo hubiera logrado.

A mi querido esposo Edison y amada hija Rocío, son la fortaleza para seguir adelante y mi inspiración.

A mi directora de tesis y tutoras de campo, definitivamente un ejemplo a seguir como personas y profesionales.

El camino transcurrido no ha sido fácil, pero gracias a la ayuda y aporte de ustedes lo complicado y el peso que implica llegar a esta nueva meta se ha hecho más llevadero. Les agradezco nuevamente y les hago presente mi gran cariño y afecto.

Gracias a la vida por este triunfo.

Ana Carolina

DEDICATORIA

Este trabajo que con mucho esfuerzo he elaborado lo dedico a toda mi familia. A mis padres por haberme guiado y forjado como la persona que soy actualmente; todos mis logros son gracias a ellos incluido este. gracias a sus enseñanzas siempre he buscado mejorar cada día como persona y profesional. A mi amado esposo por el apoyo y amor incondicional que siempre me profesa. A mi pequeña hija Rocío, quien es la persona que me da la fuerza para salir adelante en todo momento. Con mucho cariño y amor este trabajo es para ustedes.

Ana Carolina

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

TEMA:

“ASOCIACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES INDÍGENAS DE LA COMUNIDAD DE SALASACA”

AUTORA: Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano

DIRECTORA: Dra. Esp. Lorena Santana Mera

FECHA: abril, 2021

RESUMEN

El inadecuado cumplimiento de los controles prenatales conlleva varios riesgos para el binomio madre- hijo. Factores sociales, demográficos y culturales determinan una adherencia adecuada a estos chequeos; y por ende representan un punto clave en la estructuración del servicio de cuidado materno – infantil.

Material y método: Metodología mixta. Con base en los criterios de inclusión se seleccionó a 42 embarazadas. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta y una entrevista semiestructura, además de la verificación de la hoja 0.51 del carné perinatal del MSP.

Resultados: La edad promedio de las participantes es 24 años. Más de a mitad de las gestantes estudiadas (57%) cumplen de manera inadecuada con el control prenatal. Ser adolescente 61,5% ($p=0,018$), tener un nivel socioeconómico bajo

60,0% ($p=0,019$), ser casada 53,3% ($p=0,006$), habitar a más de 5 kilómetros de la unidad de salud 47,1% ($p=0,016$), tener bajo nivel de instrucción 38,9% ($p=0,022$), estar empleada 50% ($p=0,016$), son factores asociados al cumplimiento del control prenatal de manera inadecuada. Además, se narra que las costumbres y tradiciones que intervienen en el cumplimiento del control prenatal son: la asistencia a la partera, la realización del manto y el mantenimiento y cuidado de la temperatura corporal con tendencia al calor.

Conclusiones: Los datos obtenidos son un reflejo claro de la persistencia de desigualdades marcadas en el uso y acceso a los servicios de atención del embarazo a causa de determinantes demográficos, sociales y culturales y a la imperiosa necesidad de fortalecer estrategias y políticas para su abordaje con el objetivo de alcanzar la cobertura universal en atención prenatal.

Palabras clave: Control prenatal, salud materno- infantil, gestante indígena, accesibilidad a los servicios de salud, cuidado del embarazo.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

“ASSOCIATION OF SOCIODEMOGRAPHIC AND CULTURAL FACTORS TO COMPLIANCE WITH PRENATAL CONTROL IN INDIGENOUS MANAGERS OF THE COMMUNITY OF SALASACA”

AUTHOR: Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano

TUTOR: Dra. Esp. Lorena Santana Mera

DATE: April, 2021

SUMMARY

Inadequate compliance with prenatal controls carries several risks for the mother-child binomial. Social, demographic and cultural factors determine an adequate adherence to these check-ups; and therefore they represent a key point in the structuring of the maternal and child care service.

Material and method: mixed methodology. We worked with 42 pregnant women selected based on the inclusion criteria. A survey, a semi-structured interview and a review of the perinatal MSP sheet 0.51 were carried out to obtain the data.

Results: The average age of the participants is 24 years old. More than half of the pregnant women studied (57%) inadequately comply with prenatal control. The factors associated with inadequate compliance with prenatal care were: pregnant adolescent 61.5% ($p = 0.018$), married marital status 53.3% ($p = 0.006$), low level of education 38.9% ($p = 0.022$), live more than 5km from the health center 47.1%

($p = 0.016$), have a job 50% ($p = 0.016$), low socioeconomic level 60.0% ($p = 0.019$). In addition, it is narrated that the customs and traditions that intervene in the fulfillment of the prenatal control are: assistance to the midwife, the performance of the mantle and the maintenance and care of body temperature.

Conclusions: The data obtained are a clear reflection of the persistence of marked inequalities in the use and access to pregnancy care services due to demographic, social and cultural determinants and the urgent need to strengthen strategies and policies to address them with the objective of achieve universal coverage in prenatal care

Keywords: Prenatal control, maternal and child health, indigenous pregnant woman, accessibility to health services, pregnancy care.

INTRODUCCIÓN

Se define al control prenatal como un grupo de actividades y acciones que se llevan a cabo durante la gestación, enfocadas en alcanzar y mantener la salud materna y desarrollo normal del producto (1). Según la OMS el cuidado materno representa una verdadera prioridad y que es parte importante de las políticas de salud públicas, enfocadas en prevenir la morbilidad materna y perinatal (2); y pese a esto no todas las gestantes hacen uso del chequeo prenatal o no se adhieren adecuadamente al mismo. Este incumplimiento sin duda trae consecuencias y resultados poco favorables tanto para la madre como para su hijo, las cuales muchas veces resultan no reversibles (2). La morbilidad materna se encuentra asociada con complicaciones como: sepsis, hemorragia posparto, ruptura uterina, embarazo ectópico, embolismo pulmonar, síndrome de Hellp, entre otras. De la misma forma, el cuidado del embarazo resulta determinante en el control y manejo de las complicaciones durante la labor de parto y el parto (3). Sin duda la principal consecuencia de esta inasistencia es la mortalidad materna y neonatal. El Ecuador con respecto a Latinoamérica ocupa el segundo lugar en lo referente a mortalidad materna con una proporción de 37 por 100.000 nacidos vivos para el año 2019, siendo las causas principales: complicaciones en el parto y posparto, problemas hipertensivos y problemas obstétricos no clasificados (4). Para el mismo año la tasa de mortalidad neonatal llegó a 10,1 por 1000 nacidos vivos (5).

Dentro del contexto de las gestantes indígenas, los indicadores muestran que la tasa de mortalidad materna es tres veces mayor para las mujeres indígenas en comparación con las no indígenas, una similar relación existe en cuanto al cumplimiento del control prenatal (6). Además, se ha observado que los países con mayor población indígena presentan las tasas más elevadas en fallecimientos maternos (7) y el Ecuador no representa una excepción.

En cuanto al control prenatal y su cobertura, Ecuador tiene bajos porcentajes, alrededor del 85% de embarazadas tiene menos de cuatro visitas, cifras bajas si comparamos con las de Cuba y Argentina con coberturas del 100 y 99%

respectivamente. Además, para el año 2019 las consultas prenatales programadas alcanzaron tan solo el 58% de asistencia (4). Un control prenatal de calidad, debe iniciar antes de la semana 12 de gestación, hasta la semana 37 una consulta mensual, seguida de revisiones quincenales para la preparación del parto (3).

Se han detallado a varios determinantes asociados con el control prenatal y su cumplimiento o no. Entre estos se pueden citar: edad, grado de instrucción, apoyo familiar y de pareja, estatus socioeconómico, religión, ubicación geográfica, costumbres, no satisfacción con la atención de la unidad de salud, entre otros (8). Por lo que se requiere conocer los factores que intervienen en el cumplimiento del control prenatal y el cuidado materno con el único fin de romper y traspasar barreras sociales, económicas y geográficas para mejorar la salud materna, independientemente de la etnia, anteponiendo el acceso igualitario a los servicios de salud de calidad con un enfoque intercultural y generacional. Facilitando una mejor relación entre la mujer gestante y el sistema sanitario (7).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

“Asociación de los factores sociodemográficos y culturales al cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca”.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización del problema

El embarazo está considerado como un proceso fisiológico, sin embargo, debido a los múltiples problemas que pueden suscitarse en este período se recomienda que el embarazo debe estar estrictamente vigilado y supervisado con el fin de detectar precozmente dichas complicaciones que podrían poner en riesgo tanto la salud de la madre como la de su hijo (9). Según la Organización Mundial de la Salud, el control prenatal constituye la mejor forma de monitorizar el desarrollo de un embarazo, definiéndolo como el conjunto de acciones que se efectúan en la gestante para garantizar el bienestar del binomio (2).

A nivel mundial, según la OMS existe un alto porcentaje de mujeres que fallecen diariamente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Un gran número de estas muertes se suscitaron en países de bajos ingresos y la mayoría de estas fueron por causas que pudieron ser evitadas. Con la identificación oportuna y temprana de estas complicaciones se contribuiría en la disminución de la mortalidad materna. Un ejemplo, de esta situación es Colombia, pasó de 76/100.000 nacidos vivos en el 2007 a 72.8/100. 000 nacidos vivos en el año 2011. Cifras alentadoras

que son el resultado de incentivar a las usuarias para que hagan uso del control prenatal, además de múltiples campañas de promoción de la salud con el objetivo de concientizar a las futuras madres de las múltiples complicaciones que podría traer la gestación (10).

Según el INEC, el Ecuador con respecto a Latinoamérica ocupa el segundo lugar en lo referente a mortalidad materna con una proporción de 37 por 100.000 nacidos vivos para el año 2019. Para el 2019 el MSP reportó una reducción del embarazo adolescente, pero a pesar de este importante avance continúa representando un problema de salud pública (11). Es importante recalcar que el control prenatal es un servicio de salud cuyos efectos y resultados no dependen solo de su oferta o promoción, sino también de la utilización adecuada o no que le dé la gestante (12). Existen múltiples factores que intervienen en el adecuado cumplimiento del control prenatal y esta investigación ha tomado en cuenta a los sociales, demográficos y culturales. La identificación y comprensión de estos factores permitirá tener un fundamento para fomentar el cambio en los servicios de salud enfocados en el cuidado de la gestante.

1.2.2 Análisis crítico

La OMS establece como una prioridad al cuidado materno, este a su vez es una estrategia enfocada en mejorar los resultados de la gestación y evitar la mortalidad materna y perinatal. Pese a esto, no todas las embarazadas hacen uso del control prenatal, algunas no se adhieren a las indicaciones y recomendaciones o no cumplen con la periodicidad de asistencia (13). Según varias hipótesis, existen obstáculos o barreras (edad, estado civil, apoyo familiar, nivel socioeconómico, instrucción, creencias, costumbres, etc.) que impiden que las gestantes accedan y se adhieran al control prenatal (14). El control prenatal es el pilar de la salud materna. Un control periódico, completo, continuo y oportuno reduce significativamente la tasa de morbilidad materno- infantil (15). En Ecuador, hay un registro alto de partos institucionales, sin embargo, continúa existiendo una tasa baja de uso de servicios sanitarios para el control prenatal (4).

1.2.3 Prognosis

La falta de acceso a los servicios de salud, la no utilización del control prenatal de manera adecuada lamentablemente se traduce en morbi-mortalidad materna (16). La muerte materna está considerada como una verdadera tragedia, las consecuencias de esta repercuten en la familia de la gestante como en su comunidad por largo tiempo (17). Generalmente una muerte materna causa un impacto negativo en la dinámica y estructura familiar con graves repercusiones futuras, especialmente en el bienestar de los hijos que quedan. Esta situación se traduce en un incremento de la tasa de morbimortalidad infantil, abandono escolar y en algunos casos inicio precoz en el mercado laboral (15). Si esta problemática no se afrontara, el número de complicaciones obstétricas y muertes maternas se multiplicaría constituyendo un verdadero problema ético y de salud pública que sin duda exigiría intervenciones urgentes.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y culturales asociados al cumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca?

1.2.5 Preguntas directrices

- ¿Cuál es la relación que existe entre el cumplimiento del control prenatal y los factores sociales y demográficos?
- ¿Cómo se asocian las creencias y tradiciones propias de la cultura indígena en el cumplimiento del control prenatal?
- ¿Qué alternativa de ayuda aporta al mejoramiento del cumplimiento del control prenatal en estas gestantes?

1.2.6. Delimitación del problema de investigación

Línea de investigación:

Interculturalidad, salud prenatal

Delimitación del contenido:

Campo: Medicina Familiar y Comunitaria

Área: Salud materno - infantil

Aspecto: Asociación factores sociodemográficos y culturales y cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas.

Delimitación espacial:

País: Ecuador

Provincia: Tungurahua

Cantón: Pelileo

Parroquia Rural: Salasaca

Delimitación Temporal:

Esta investigación se realizó en el año 2019-2020.

1.3 Justificación

La atención prenatal representa la base de la Estrategia de Salud Nacional Sexual y Reproductiva. Valora con una visión integral a la gestante y al producto con el fin de evitar la mortalidad materna y perinatal, a su vez mejora los resultados del embarazo en todas las poblaciones y grupos etáneos (3) (18). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, reportaron 303.000 mujeres que murieron por motivos relacionados con complicaciones de la gestación y del parto, 2,6 millones de mortinatos y 2,7 millones de niños que fallecieron durante el primer mes de vida en todo el mundo. El mayor porcentaje de fallecimientos se dio en países en vías de desarrollo y la mayoría de estas fueron por causas evitables (10).

Al hablar de mortalidad materna en los países del Área Andina, Venezuela, Ecuador, Perú y Colombia, el Ecuador ocupa la segunda posición en lo referente a este tema. Venezuela tiene el primer lugar con 69.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (10). Ante esta situación en los últimos tiempos, el Estado Ecuatoriano ha incorporado diversas estrategias con el fin de promocionar y promover al control prenatal y a sus beneficios, sin embargo, no se ha logrado alcanzar las metas propuestas relacionadas con salud materna específicamente embarazo adolescente y mortalidad materna. Ha existido cambios positivos para el desarrollo de los servicios de salud materna, no obstante el uso de estos servicios se ha distribuido no igualitariamente entre los grupos minoritarios (19). La persistencia de estas marcadas desigualdades es atribuida a factores sociales, culturales, económicos y a la necesidad de reforzar el abordaje de estrategias para alcanzar el objetivo de la cobertura total en atención prenatal (20). Un claro reflejo de desigualdad es la mortalidad materna, constituyendo una expresión de segregación e inequidad social que afecta casi siempre a los más necesitados y fundamentalmente a la población indígena (21).

La importancia de este estudio radica en identificar a los factores sociodemográficos y culturales asociados al cumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca. De esta manera se contribuirá a mejorar la atención brindada a la gestante (calidad, calidez, información). Y por

ende crear estrategias de salud encaminadas a mejorar su adherencia además de detectar oportunamente problemas y complicaciones que puedan afectar al binomio materno-infantil y por ende contribuir a la disminución de la tasa de morbi-mortalidad materna de la población en estudio. Toda la población de Salasaca será beneficiada con este estudio, ya que una muerte materna se traduce en una verdadera tragedia de salud pública, que afecta no solo a la familia de la gestante sino también todo su entorno.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos y culturales que intervienen en el cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca.

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar a la población estudiada según variables sociodemográficas y culturales.
- Establecer la relación entre el cumplimiento del control prenatal y los factores sociodemográficos.
- Identificar la asociación de la cultura (creencias y costumbres) en el cumplimiento del control prenatal.
- Diseñar una propuesta educativa sobre control prenatal con enfoque intercultural.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Se realizó una revisión bibliográfica en la que se encontró algunos estudios relacionados al tema de investigación, en los cuales está apoyado el presente estudio.

Sánchez- Gómez (16), en su estudio realizado en el Ecuador (2016) sobre los “Factores sociales asociados con el uso de los servicios de atención prenatal” obtuvo que el 94% de las embarazadas estudiadas acudieron a algún control prenatal, la asistencia a menos de cuatro chequeos fue del 73%. Además, determinó que el bajo nivel de instrucción, la ocupación (agrícola o ganadera), el mayor número de gestaciones, auto identificarse como afro ecuatoriano o indígena son factores que intervienen en el cumplimiento adecuado del control prenatal posterior a las 20 semanas de embarazo.

Así mismo en el año 2017 Machado y col. (20), en su investigación “Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y sus consecuencia maternas y perinatales en Sincejo, estableció que los conflictos de familia y pareja (92,9%), estado de ánimo (56,8%), falta de apoyo de la familia (47,6%), no preparación física para el parto (74,7%) tienen asociación con la inasistencia al chequeo prenatal. Encontrando también que las complicaciones más frecuentes perinatales y maternas fueron bajo peso al nacer (25,3%) y preeclampsia (68,8%).

Por su parte Castillo – Ávila (21), en el año 2017, realiza un estudio en 13 municipios de Bolívar Colombia, “Factores asociados al uso adecuado del control prenatal”. En donde el cumplimiento adecuado del control prenatal alcanzó el 53,2%, y los determinantes asociados al mismo son: Tener más de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener una familia pequeña (OR: 1,3 IC: 1,2-1,8), poseer seguro de salud (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), contar con soporte familiar (OR: 3,2 IC: 1,1-9,2), tener empleo (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), instrucción superior (OR: 1,6 IC: 1,2-2,3), embarazo planeado (OR: 2,2 IC: 1,5-3,0).

En Ancash – Perú 2018, se realizó otra investigación similar “Factores asociados al cumplimiento del control prenatal” donde su autor Ponce (17) concluye que los factores vinculados al cumplimiento son: estado civil soltera, adolescente, procedencia de la sierra, bajo nivel de conocimiento del control prenatal.

En el 2018, Oime Ochoa (22) analiza también esta problemática “Barreras de acceso a las gestantes indígenas wayuu para acceder a chequeos prenatales antes de las 12 semanas de gestación”. Concluye que la baja cobertura del sistema de salud y el escaso uso de los servicios sanitarios son los principales responsables de los bajos alcances en la salud materna en las áreas indígenas.

Uno de los estudios más actuales y realizado en mujeres indígenas fue el realizado en Oaxaca – México (2019), por Juárez – Ramírez (23) “Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos”. Observándose que el 27,7% de las participantes presentaron complicaciones durante la gestación y el 20% inició el control prenatal tardíamente. Las barreras de acceso fueron la ubicación geográfica, horarios de atención, carencia económica, prácticas ancestrales.

2.2. Fundamentación Filosófica

La salud materno – infantil es un indicador de las condiciones de vida de una población (24). Dentro de las acciones realizadas para el mejoramiento de la salud materno infantil se encuentran todas las relacionadas al cuidado del embarazo. La gestación es un proceso social e histórico por lo que se necesita comprender y actuar

sobre la presente realidad, partiendo de una revisión y análisis de las circunstancias sociales y del pasado (25). El otorgamiento de servicios de salud enfocados al cuidado del embarazo indiscutiblemente aporta en la reducción de la tasa de morbimortalidad. Y con el fin de mejorar la eficacia, calidad, oportunidad y accesibilidad de dichos servicios es necesario analizar los diferentes aspectos asociados con estos servicios, los mismos que hasta la fecha han sido escasamente estudiados desde una perspectiva histórica y de salud pública (26). El control prenatal inicialmente era proporcionado por la partera, pero con el paso del tiempo el médico fue posesionándose y tomando el mando. La atención del embarazo paso del domicilio con la comadrona al consultorio médico, así mismo el parto se ha ido orientando hacia el nivel hospitalario. Con el paso del tiempo se ha cambiado la forma de ver al embarazo, se pasó de concebir a la gestación como una etapa íntegramente del proceso de la vida a verlo como un proceso prioritariamente medico de orden biológico (27).

Los beneficios del control prenatal se han adquirido mediante varios cambios históricamente realizados en la atención médica, el avance tecnológico y científico ha aportado significativamente. No obstante, es necesario evaluar la forma de normarla y concebirla, sus procedimientos y formas de implementación tomando en cuenta la inequidad de las necesidades, el desigual acceso a los servicios sanitarios y el uso de la medicina tradicional (25).

2.3. Fundamentación Legal

La maternidad segura forma parte de la salud reproductiva y esta representa un derecho inherente de la gestante y del producto.

Constitución de la República del Ecuador (28)

Art. 32. “La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (15 p6).

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (15 p6).

Art. 359.- “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social” (15 p65).

Art. 43.- “El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia” (15 p8)

Código de la Niñez y de la Adolescencia (29)

Capítulo II Derechos de supervivencia. Art. 25. Atención al embarazo y al parto. “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas, para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose

de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a dos mil quinientos gramos” (p6).

Ley Orgánica de Salud (30)

Art. 6, numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera” (p34).

Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (31)

Art. 1. “Toda mujer en territorio ecuatoriano tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos – nacidas y niños – niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado” (p1).

2.4. Categorías Fundamentales

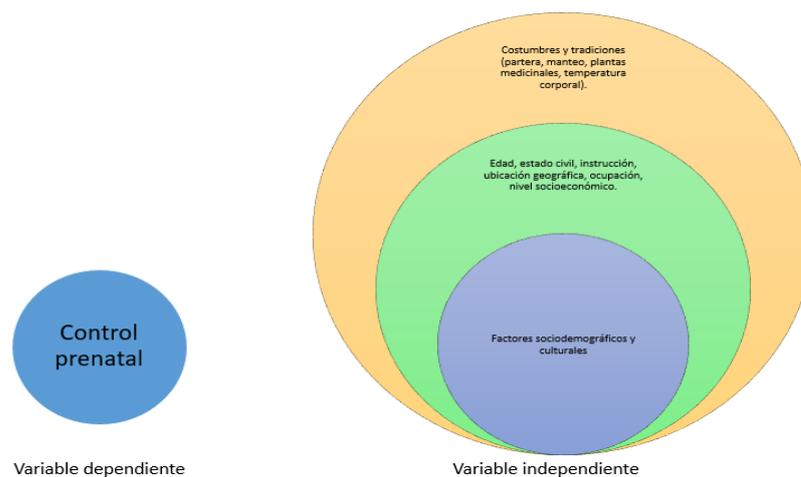


Gráfico 1. Categorías fundamentales
Elaborado por: Moposita, Ana

2.5. Hipótesis

Enfoque cuantitativo - Hipótesis

- Ho: Los factores sociodemográficos y culturales no están asociados con el cumplimiento del control prenatal.
- Ha: Los factores sociodemográficos y culturales están asociados con el cumplimiento del control prenatal.

Mediante la prueba estadística aplicada Chi cuadrado, los resultados obtenidos alcanzaron un nivel de significancia (p) menor a 0,05. Se obtuvo significancia estadística en seis de ocho variables estudiadas. Estableciéndose asociación entre el cumplimiento del control prenatal y los factores sociodemográficos y culturales. Aceptándose de esta manera la hipótesis alternativa con un valor de $p < 0,05$.

Enfoque cualitativo - Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores culturales (costumbres y tradiciones) asociadas al cumplimiento del control prenatal?

Mediante el análisis y categorización de las entrevistas aplicadas se pudo responder esta interrogante. La asistencia a la partera, el uso de la maniobra del manto y el cuidado de la temperatura corporal son los factores asociados al cumplimiento inadecuado del control prenatal.

2.6. Fundamentación Teórica

Definiciones conceptuales

Control prenatal conjunto de procedimientos y actividades que el servicio de salud oferta a la gestante con el objetivo de determinar precozmente enfermedades y factores que pongan en riesgo la vida de la madre como la del recién nacido (3).

Embarazo normal o sin riesgo: embarazo que no tiene criterios de riesgo y que tiene que ser atendido en el primer nivel de atención primaria. Estado que empieza con la concepción y finaliza con el parto y nacimiento del recién nacido a término (3).

Edad gestacional: es la duración de la gestación para esto se calcula desde el día uno de la última menstruación hasta el nacimiento. Esta se expresa en días y semanas completas (1).

Embarazo de riesgo: embarazo que tiene más probabilidades de presentar condiciones anormales o estados patológicos relacionados con el embarazo o el parto y por ende se incrementa el peligro para la salud del binomio madre-producto (1).

Muerte materna: es aquella que se produce durante la gestación o en los primeros 42 días posteriores al parto, producto de causas relacionadas o agravadas por la gestación o su manejo. Exceptuando los causales incidentales o accidentales (10).

Mortinato, óbito: muerte del producto antes de la extracción o expulsión completa del cuerpo materno (3).

Parto: expulsión de feto (vivo o muerto, de peso > 500 gramos o > 22 semanas de gestación), placenta y anexos por la vagina a través de un conjunto de fenómenos pasivos y activos (3).

Factores de riesgo no modificables: es una condición, exposición o característica de un individuo que no puede ser cambiada o revertida y que incrementa la probabilidad de padecer una lesión o patología (1).

Factores de riesgo modificables: es una condición, exposición o característica de un individuo que incrementa la probabilidad de padecer una lesión o patología. Esta puede ser cambiada, controlada o revertida (1).

Adherencia al tratamiento: Es el grado en el cual el paciente sigue o cumple con las recomendaciones acordadas con el médico. Con temas relacionados a la toma de medicación, dieta, cambios de estilos de vida, controles programados (3).

Interculturalidad: proceso de interacción y comunicación entre culturas, cada una posee diferentes características y costumbres, no obstante, ninguna de ellas se encuentra por encima de la otra, promoviendo la integración, equidad y convivencia entre sí (32).

Cosmovisión: conjunto de opiniones, creencias y apreciaciones que posee un individuo época o cultura respecto a la percepción del mundo, permitiéndole interpretar a la naturaleza y de todo lo que en ella existe (33).

Consulta Pre Concepcional

El estado de salud inicial de la mujer y de su pareja son claves y de esto dependerá la salud feto-materna durante la gestación. La atención antes de iniciar la gestación necesita ser más difundida y ser parte del cuidado prenatal de todas las usuarias del servicio de salud. Entre los objetivos de esta consulta se encuentra alertar a las parejas para que consideren la responsabilidad de ser padres además de brindar consejos para optimizar la salud de la mujer (9). El periodo de mayor vulnerabilidad para el embrión es la organogénesis, la cual se produce en las primeras diez semanas, sin embargo, en muchas ocasiones la mujer llega a conocer de su estado de gestación mucho tiempo después de la organogénesis, resultando tarde para ejercer medidas preventivas en la gestación. Es importante recalcar que esta consulta debe llevarse a cabo en el año que precede al inicio de la gestación (34).

Control Prenatal

El embarazo está considerado como un proceso normal o fisiológico, y es por este motivo que la atención brindada a las embarazadas debe basarse en medidas y cuidados para su desarrollo normal, utilización de tecnología adecuada y reconocer a la mujer como la principal tomadora de decisiones en cuanto a su salud (35). En

la atención sanitaria debe liderar el respeto hacia la evolución natural de la gestación y por ende todas las intervenciones deben ser realizadas solo si la gestante las necesita y han demostrado su beneficio, tomando en cuenta siempre los deseos de cada embarazada (36). Una atención de calidad para las embarazadas implica: ejecutar visitas domiciliarias, seguimiento eficaz de todo el proceso, procedimiento y pruebas sustentadas con evidencia científica, el involucramiento de las gestantes y una correcta coordinación con los diferentes niveles de atención en salud (37). Para el MSP, la atención de la salud materno-infantil representa una prioridad, donde su principal objetivo es prevenir las complicaciones en la gestación basándose en una atención eficaz y un diagnóstico oportuno (3). El control prenatal precoz, periódico y de calidad, hace que las principales causas de mortalidad materno-perinatal sean prevenibles y detectables, permitiendo detectar y manejar los factores de riesgo obstétrico y perinatal (3). En la mayoría de los casos, la muerte materna es evitable y está comprobado que la promoción de salud sobre una maternidad sin riesgo, disminuye significativamente la discapacidad y la mortalidad materno-infantil, además contribuye para alcanzar una mejor calidad de vida, mejor salud, igualdad para las gestantes, sus familias y comunidades (38). Los problemas hipertensivos, las infecciones puerperales, las complicaciones del aborto, las hemorragias del parto y posparto son las principales causas de muerte materna y como ya se mencionó la mayoría de estas emergencias con controlables y evitables mediante la utilización de los recursos de la medicina actual, tecnología e infraestructura básica (39). La muerte materna más allá de ser un indicador, para la sociedad y la familia representa una tragedia debido a las múltiples repercusiones que acarrea, entre las que se encuentran la desintegración familiar, la orfandad, el incremento en la morbi-mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso temprano al ámbito laboral (40).

El chequeo prenatal son acciones y procedimientos realizados periódicamente de forma asistencial. Son visitas programas con el profesional médico cuyo fin es detectar oportunamente factores de riesgo y complicaciones para la madre como para su hijo (35). El control prenatal debe ser precoz, completo, de calidad, periódico, de amplia cobertura y su fácil accesibilidad debe ser garantizada, además de ser ofertado a toda la población gestante (3). Estas cualidades, reducen significativamente el

riesgo de muerte y complicaciones tanto de la madre como del producto; así mismo favorece una correcta atención del parto y propician condiciones favorables de salud para el binomio madre-hijo durante el puerperio inmediato, además reduce la incidencia de discapacidad congénita (41). La atención al embarazo inicia con la primera visita o la visita de captación. Es importante que esta visita se lleve a cabo durante las primeras doce semanas de embarazo (ideal antes de la semana diez), facilitando una captación y atención precoz y oportuna de la gestante además de una adecuada programación de las acciones y procedimientos a ejecutarse durante el transcurso del embarazo (42). Dentro de los componentes del control prenatal se encuentran la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materno neonatal. Acciones realizadas con el fin de conseguir una madre e hijo saludables (3).

En cuanto al número de controles, no se ha establecido un número exacto, sin embargo, existe un consenso de que entre 7 a 10 controles prenatales son los adecuados para una gestación normal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en cuanto a este tema tiene un cierto grado de flexibilidad, puesto que en sus protocolos menciona que el número atenciones prenatales está definido por las necesidades y demandas de cada gestante y la prevención de factores de riesgo asociados. Este número de controles recomendados se encuentran asociados a mejores resultados perinatales en un embarazo normal. Los expertos concuerdan que con menos de cinco o seis visitas no se puede considerar a un embarazo como adecuadamente controlado (9). La OMS en el año 2016 en su página oficial cita varias recomendaciones sobre el control prenatal, entre estas destaca el aumento del número de controles con el personal de salud, de cuatro a ocho, recalando que existe una relación directamente proporcional entre la probabilidad de detectar complicaciones y el número de controles prenatales. Recomienda que la primera visita debe llevarse a cabo a las 12 semanas y los controles subsecuentes en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (43). Sin embargo, el MSP en su guía de práctica clínica de control prenatal del 2016, menciona que el embarazo de riesgo bajo debe cumplir con cinco visitas o controles para ser considerado como un buen control. No obstante, el solo hecho de cumplir

con los controles prenatales no provee garantía sobre la calidad de atención, ya que en cada visita el personal de salud debe brindar a la gestante un conjunto de procedimientos y actividades con el fin de detectar enfermedades y factores de riesgo que pudieran intervenir en el curso normal de la gestación (3). Con respecto a la frecuencia de los controles, la SEGO recomienda: visitar al médico cada 4 a 6 semanas hasta la semana 36, a partir de la semana 37 los controles deben ser más frecuentes y realizarse semanalmente o a lo sumo, cada dos semanas. Y desde la 40 semana los controles deben ser de uno a tres cada semana. En cuanto a la duración, el primer control debe tener una duración mínima de 40 minutos y los controles siguientes deben durar alrededor de 20 minutos. Si se trata de una primera visita tardía la duración mínima debe ser 30 minutos (9).

Dentro de los objetivos del control prenatal están:

- Valorar el estado de salud del binomio (madre/feto).
- Establecer las semanas de gestación o edad gestacional.
- Identificar riesgos y emprender acciones para corregirlos.
- Planificar controles prenatales subsecuentes.
- Prescribir lo antes posible ácido fólico (38).

Tabla.1 Factores de riesgo modificables y no modificables en la gestación

Factores de riesgo Modificables	Factores de riesgo No Modificables
Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita después de la semana 20 de gestación.	Múltiples compañeros sexuales.
Inadecuado soporte familiar y de la pareja	Baja escolaridad
Esfuerzo físico excesivo, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas.	Fecha de última menstruación incierta
Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática	Vivienda y condiciones sanitarias deficientes
Síntomas neurovegetativos	Desocupación personal y/o familiar
Fumadora habitual	Anomalia pelviana identificada clínica y/o radiológicamente
Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dl Hcto 21 a 30%)	Baja estatura materna: < 1,45 metro
Anemia grave (Hcto < 21%, Hb	Incremento del peso excesivo o insuficiente: > 15 kg ó < 5 kg
Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37	Planificación familiar (embarazo programado)
Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos	Condiciones socioeconómicas desfavorables
Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional	Infertilidad previa: dos años o más

	Antecedente de sangrado en 2do o 3er trimestre
	Polihidramnios u oligoamnios
	Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas)
	Enfermedades infecciosas de tipo TORCHs
	Preeclampsia sin signos de gravedad: TAS \geq 140 mm Hg y < 160 mm Hg y/o TAD \geq 90 mm Hg y < 110 mm Hg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.
	Sospecha de malformación fetal
	Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación
	Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física, o en la que está provocada su descompensación. Diabetes pregestacional.
	Incompetencia cervical
	Isoinmunización: Coombs indirecto positivo
	Malformación fetal confirmada
	Muerte perinatal recurrente
	Placenta previa. Preeclampsia con signos de gravedad: TAS \geq 160 mm Hg y/o TAD \geq 110 mm Hg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

Disminución o ausencia de movimientos fetales	Incompatibilidad Rh
Cambios en la Frecuencia Cardíaca Fetal FCF: 160LPM	Bajo peso pre concepcional (IMC< 20)
Pielonefritis	Periodo intergenésico menor de 2 años o mayor a 7 años
	Enfermedades hereditarias
	Condiciones psicosociales y estrés
	Embarazo no programado
	Hemorragia del primer trimestre
	Malnutrición Preconcepcional (Índice de Masa Corporal < 18,5 ó >30)
	Cirugía uterina previa Cardiopatía 1 y 2: incluye limitación en la actividad física.
	Diabetes gestacional controlada
	Gran multiparidad > 5 Gestante con Rh negativo
	Edad menor de 16 años o mayor de 35 años
	Embarazo gemelar
	Endocrinopatía controlada (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)

Realizado: Moposita, Ana Fuente: GPC control prenatal, MSP

Primer Control

La historia clínica completa representa el pilar de este primer encuentro, además se debe solicitar exámenes de laboratorio y consejería sobre el embarazo saludable. También se debe llevar a cabo una exploración física completa incluida la toma de peso, talla y cálculo de IMC (44).

Antecedentes

Indispensable para determinar el actual estado de salud e identificar precozmente los posibles factores de riesgo de la gestante. Resulta importante determinar los antecedentes gineco-obstétricos como embarazos previos, restricción de crecimiento, partos prematuros, la fecha de la última menstruación (para determinar la edad gestacional), las enfermedades relacionadas con la gestación como patologías hipertensivas ya que estas poseen un alto riesgo de volverse a presentar en las posteriores gestaciones (38). Además, resulta importante determinar los antecedentes patológicos personales como patologías preexistentes, hábitos de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco o drogas. Antecedentes patológicos

familiares como hipertensión diabetes, enfermedades genéticas o malformaciones (34).

Examen físico

Parte indispensable de la historia clínica, la cual valora y busca indicios o signos de afectación sistémica, haciendo mayor énfasis en el aparato cardiovascular ya que durante la gestación enfrenta una sobrecarga mayor. Se debe determinar el peso, la talla, IMC, tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y cardíaca, saturación de oxígeno (41). Dentro del examen gineco-obstétrico valorar las mamas, visualización del cérvix uterino a través de un espejo vaginal, toma de Papanicolaou (si no está vigente). En el caso de identificar secreción vaginal sintomática la actitud a seguir es estudiarla y tratarla. En las gestantes de riesgo bajo sin antecedentes de partos pretérmino, el tratamiento de vaginosis por causa bacteriana no ha demostrado ser de utilidad (1).

De ser el caso se debe realizar un tacto bimanual con objetivo de determinar las características del cérvix y cuerpo uterino, presencia de tumores, no obstante, gran parte de esta información puede ser adquirida a través de la ecografía, por lo que no se debe realizar de manera rutinaria. Se debe valorar la vagina, periné y pelvis ósea (36).

La valoración obstétrica del abdomen se debe realizar a partir de las 12 semanas, debido a que el útero se puede apreciar sobre el pubis, haciendo posible la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal a través de ultrasonido. A partir de la semana 18 de gestación, se puede auscultar la frecuencia cardíaca fetal mediante la campana de Pinard, mientras que la altura uterina puede ser determinada a partir de la semana 20 tomando como referencia al borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino en su parte más alta. Entre las semanas 18 a 32, la altura uterina es bastante similar a la edad gestacional (36). Diferencias encontradas mayores a 3 centímetros deberán ser valoradas por ecografía para determinar posibles alteraciones en el crecimiento fetal o en el volumen del líquido amniótico. Las tablas estandarizadas que se usan en la gestante, permiten determinar el grado

de normalidad de las mediciones obtenidas. Es importante recalcar que la altura uterina cambiar por diferentes condiciones como el llene vesical, peso materno, embarazo múltiple, presencia de miomas en el útero y la presentación del feto (45).

Exámenes de laboratorio

Grupo Rh y Coombs: identifica a las gestantes con Rh negativo y establece su sensibilización o no, con el fin de establecer estrategias enfocadas en la prevención para las gestantes que no están sensibilizadas y en el manejo para las gestantes que si se encuentran sensibilizadas. Mientras que en las gestantes con Rh positivo identifica a las portadoras de otros anticuerpos (1).

Biometría Hemática: a través de este examen de laboratorio se pueden encontrar múltiples patologías como anemia, infecciones, leucemias (serie blanca) o cambios en el recuento plaquetario (3).

Glicemia: en el primer control, identifica diabetes pre gestacional (ayunas) (1).

Sedimento orina y urocultivo: identifica gestantes con bacteriuria asintomática o infección de la vía urinaria con el fin de disminuir el riesgo de presentar complicaciones como la pielonefritis (3).

VDRL o RPR: permite el diagnóstico y tratamiento oportuno de las gestantes con sífilis para evitar la infección del feto y por ende disminuir la afectación (35).

VIH: la determinación de este parámetro permite evitar la transmisión vertical. Debe volverse a realizar en las gestantes con conductas sexuales de riesgo a partir de la semana 32 (9).

Hepatitis B: antígeno de superficie, detecta gestantes portadoras y previene la transmisión mediante la aplicación de la vacuna. En Países como Australia e Inglaterra, para las gestantes menores de 25 años se promueve la realización de test para gonorrea y chlamydia. Además, se recomienda pruebas para determinar

inmunidad para rubeola. Mediante estas pruebas se identificará a las embarazadas susceptibles a la inmunización posnatal (9).

Tamizaje de función tiroidea: su realización aún es un tema controversial. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) indica que existe evidencia insuficiente para realizar un screening universal y lo recomienda en sintomáticas o con antecedentes de enfermedad tiroidea. Mientras que la guía de práctica clínica del MSP recomienda realizar este tamizaje a todas las gestantes en su primer control (3).

Ecografía: La ecografía debe realizarse en las semanas gestacionales 11 – 14, lo que permitirá precisar la edad gestacional a través de la longitud cefalo – caudal. También se podrá establecer el riesgo de desarrollar aneuploidías (evaluación del hueso nasal, translucencia nuchal). Otro beneficio del ultrasonido es establecer el futuro riesgo de desarrollo de patología hipertensiva (preeclampsia) o restricción de crecimiento del feto, mediante la evaluación de las arterias uterinas por Doppler (46).

Consejería: Todas las gestantes deben recibir información sobre los diferentes cambios fisiológicos de la gestación, actividad física, higiene personal, educación nutricional, planificación familiar, cambio de hábitos (drogas, alcohol, tabaco), educación prenatal y signos de alarma. Además, para el primer control, la guía de práctica clínica del MSP recomienda realizar dos planes, el plan de parto y el plan de transporte para las situaciones de emergencia que puedan suscitarse durante la gestación (3). Otra de las recomendaciones dadas por el MSP, es realizar a todas las gestantes desde su primer control el score mamá, el cual es una herramienta de puntuación que se emplea con el objetivo de detectar riesgo, pero empleaba solo en emergencias obstétricas sin embargo actualmente se aplica en todos los contactos con la gestante en todos los niveles de atención (47).

Controles Subsecuentes

En estos controles se debe valorar el bienestar del feto, así como el número y precepción de movimientos fetales. Se debe investigar sintomatología de trastornos hipertensivos como tinitus, fotopsias, dolor en hipocondrio derecho, cifras tensionales elevadas, sintomatología urinaria, colestasia intrahepática de la gestación, amenaza de parto pretérmino como pérdida de líquido o sangre y contracciones (1).

Exámenes de la segunda mitad del embarazo (semana 28) En esta etapa del embarazo se debe solicitar: biometría hemática, VDRL, nuevamente Coombs indirecto en gestante Rh negativas, prueba de tolerancia oral a la glucosa (descartar diabetes gestacional) y cultivo recto-vaginal para detectar a portadoras de Streptococo β en las semanas 35 a 37 (9).

Ecografía (semana 22 – 24) Resulta útil para valorar la anatomía fetal, identificar malformaciones congénitas. Además, permite evaluar la longitud cervical para detectar el riesgo de parto pretérmino. La evidencia demuestra que las gestantes asintomáticas, sin antecedentes y con cuello uterino menor a 25 milímetros posee un riesgo tres veces mayor de parto antes de la semana 34. También se evalúa las arterias uterinas mediante Doppler en las gestantes que no se realización este examen en la semana 11 – 14 para detectar precozmente el riesgo de restricción de crecimiento y preeclamsia (46).

Tabla 2. Exámenes solicitados – control prenatal

Semanas de gestación	Exámenes solicitados
Primero control	<ul style="list-style-type: none">• Hemograma/ Hb – Hcto• Urocultivo y orina completa• Grupo sanguíneo Rh/ Coombs indirecto• VDRL- RPR• Ag superficie Hepatitis B• Citología cervical• Glicemia• Ultrasonido
11- 14 semanas	<ul style="list-style-type: none">• Ultrasonido 11- 14 semanas, para riesgo de aneuploidías.• Doppler de arterias uterinas.
20-24 semanas	<ul style="list-style-type: none">• Ultrasonido anatomía y marcadores aneuploidías, Doppler de arterias uterinas (sino se realizó previamente).• Evaluación del cérvix, según disponibilidad.
26- 28 semanas	<ul style="list-style-type: none">• Glicemia postprandial, tamizaje de diabetes, Coombs indirecto en Rh no sensibilizada.• Administración de inmunoglobulina anti Rho (Rh negativo no sensibilizadas), según disponibilidad.
32- 38 semanas	<ul style="list-style-type: none">• Ultrasonido (crecimiento, presentación, placenta)• Repetir VDRL/ RPR, Hcto – Hb• Cultivo Streptococo B(35-37 semanas).

Realizado: Moposita, Ana Fuente: GPC control prenatal, MSP

Inmunizaciones

Con respecto a vacunas, el Centro para control y prevención de enfermedades (CDC) y la ACOG recomiendan la vacuna de la influenza en etapa de invierno, difteria y tétanos (dT) primera dosis antes de la semana 20 y la segunda dosis a partir de la semana 27 a 29 (48).

Tamizaje

Es elemental el uso de test como la escala de Edimburgo para depresión posnatal sobre todo en gestantes con historia de enfermedad psiquiátrica (49).

Consejo nutricional

Según las recomendaciones la dieta debe ser variada y balanceada, esta debe ser de acuerdo a la preferencias y necesidades de la embarazada. Se debe emplear el índice de masa corporal (IMC) para valorar adecuadamente la ganancia de peso. Y la

recomendación del MSP (3) en su última guía de control prenatal sobre ganancia apropiada de peso es la siguiente:

Tabla 3. Ganancia apropiada de peso en la gestación

<ul style="list-style-type: none">- IMC menor a 20kg/m²: el incremento de peso debe ser de 12 - 18 kilogramos.- IMC 20 a 24.9 kg/m²: el incremento de peso debe ser de 10 - 13 kilogramos.- IMC 25 a 29 kg/m²: el incremento de peso debe ser de 7 a 10 kilogramos.- IMC mayor a 30 kg/m²: el incremento de peso debe ser de 6 a 7 kilogramos.

Realizado: Moposita, Ana Fuente: GPC control prenatal, MSP

Es recomendable que las gestantes con IMC menor a 20 efectúen un plan nutricional individual (realizado por un nutricionista) debido al riesgo elevado de parto prematuro que presentan. Las gestantes obesas deben realizar una alimentación variada y saludable e incentivadas a realizar actividad física. Mientras que para las gestantes normopeso se recomienda una ingesta calórica aproximada de 25 a 35 Kcal/kg de peso ideal y sumarle 100-200 Kcal/día. Hay que tomar en cuenta que esta recomendación se incrementará en embarazos múltiples. Por ejemplo, en una gestante con IMC normal más gemelar se recomendará alrededor de 40 a 45 Kcal/día. Estas gestantes necesitarán suplementarse con ácido fólico, hierro, magnesio, calcio y zinc (38).

Otra recomendación importante sobre la alimentación, es el consumo limitado de pescado por su alto contenido de mercurio por lo que se indica una ingesta no mayor de 340 gramos a la semana. Para evitar la Listeriosis se recomienda consumir leche pasteurizada, evitar la carne cruda o a término medio, queso blando o cualquier alimento mal cocido. Para prevenir la Salmonelosis se debe suprimir el consumo de carne y huevos crudos o mal cocidos o comidas que puedan contenerla como la mayonesa (50). En cuanto a los micronutrientes, el hierro es el único cuyos requerimientos no son cubiertos con una dieta normal. Una dieta normal posee

alrededor de 15 mg/día mientras que los requerimientos son de 30 mg al día y por ende debe ser suplementada con 60mg/día de hierro elemental en forma de sales ferrosas a partir de las 20 semanas de gestación si los valores de la hemoglobina se mantienen dentro de los rangos normales (3).

El CDC de Estados Unidos, recomienda la prescripción de ácido fólico 400mcg al día hasta las 12 semanas e iniciar su administración uno a dos meses antes de la concepción con el propósito de reducir el riesgo de afectación del tubo neural (45). El MSP recomienda 5 mg de ácido fólico (oral) hasta la semana 12 en los siguientes casos: IMC mayor a 35, diabetes insulino dependiente, historia familiar y personal de defectos del tubo neural, epilepsia que se encuentre tomando anticonvulsivantes. Hay que recordar que la toma de ácido fólico no ayudará a evitar defectos del tubo neural una vez que ya se conoce del embarazo. Además, esta guía sugiere la suplementación con calcio a una dosis de 1.5 -2 gr al día, para las gestantes con riesgo alto para desarrollar preeclampsia o déficit en la ingesta. También la administración oral de ácido acetilsalicílico 75-100 mg en las gestantes con riesgo de hipertensión gestacional o preeclampsia, toma diaria desde la semana 12 hasta el parto (3)

En cuanto a la Vitamina D, el Colegio británico de Ginecología y Obstetricia sugiere su suplementación en gestantes que posean riesgo de déficit, sin embargo, por falta evidencia aún no se encuentra establecida la dosis adecuada. Algunos estudios observacionales recomiendan la suplementación con DHA, argumentando que estos actúan beneficiosamente sobre el neuro-desarrollo pediátrico, no obstante, también existen estudios randomizados que muestran resultados no concluyentes sobre este tema (38). La Food Standards Agency, recomienda que la ingesta de cafeína debe ser menor de 300 mg/día (café, refrescos de cola, té), debido a que su exceso está asociado a abortos. La suplementación de vitamina A podría poseer efectos teratogénicos (>750 mcg) (38).

Educación

Resulta importante educar e incitar a llevar un comportamiento saludable, control y cuidado odontológico, actividad física de manera periódica, no exposición a radiación o químicos peligrosos, uso adecuado del cinturón de seguridad, evitar o uso mínimo de tinas calientes o saunas, violencia intrafamiliar (consejería). Además, educar para el cese de los hábitos perniciosos. También, se debe aconsejar sobre la correcta higiene personal como de los alimentos, frecuente lavado de manos, evitar la ingesta de comidas de la calle o de precaria preparación, enfatizar en la adecuada preparación de estos. Es transcendental darle a conocer a la gestante los múltiples beneficios de la lactancia materna, así como promover su práctica (1).

Ejercicio: la embarazada debe ser incentivada para realizar un plan de ejercicios de tipo aeróbico moderado como caminar o nadar. Evitar deportes peligrosos o que posean un riesgo potencial como el buceo, actividades de contacto físico o con riesgo de trauma abdominal (9). Actividad sexual: no hay evidencia de afectación o efectos adversos al respecto de la actividad sexual durante la gestación, siempre y cuando la gestante no presente síntomas de alarma como contracciones, sangrados, etc (36). Trabajo: las gestantes con embarazos no complicados o sin factores de riesgo pueden continuar con sus actividades normales y trabajando. Es importante que el trabajo no implique esfuerzo físico considerable, estrés o varias horas de pie (36). En cuanto a los viajes, durante la primera mitad del embarazo los viajes no aumentan el riesgo mientras que en el tercer trimestre las gestaciones de riesgo no deberían realizar viajes largos. Los viajes prolongados pueden ocasionar tromboembolismo venoso a causa de la ectasia venosa (mucho tiempo sin mover las piernas), por lo que se recomienda el uso de medias antiembólicas, adecuada hidratación y el movimiento periódico de los miembros inferiores durante el viaje (44).

Criterios de referencia

Se debe contar con un sistema de referencia para las gestantes con riesgos encontrados durante el control prenatal con el objetivo de que sean valoradas oportunamente por especialidad (3).

- Condiciones de vulnerabilidad: edad materna \leq a 16 años o \geq 35 años, discapacidad, violencia de género o intrafamiliar.
- Historia gineco- obstétrica de riesgo: amenaza parto pre - término, abortos recurrentes, trastornos hipertensivos, mortinatos, cirugía uterina anterior, isoimmunización, psicosis en el puerperio, etc.
- Condiciones adicionales: excesivo o deficiente aumento de peso, sangrado en la primera o segunda mitad del embarazo, infección urinaria o vaginal, riesgo de preeclampsia, producto grande o pequeño respecto a la edad gestacional, presentación pélvica, ausencia de trabajo de parto en embarazo de 41 semanas, feto con anomalías congénitas, embarazo múltiple, etc.
- Comorbilidades: patología endócrina (diabetes gestacional o mellitus), enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, lupus eritematoso sistémico, alteraciones autoinmunes, psiquiátricas o hematológicas, hepatitis B y C, VDRL positivo, VIH, Rh negativo, hiperémesis gravídica, uso de drogas, presunción de óbito fetal, embarazo molar o ectópico, sospecha de malformaciones, epilepsia y asma (3).

Población indígena – inequidad en salud

Todos los países, mediante acuerdos internacionales establecieron que la salud materno- infantil representa una prioridad mundial, dentro de este acuerdo incluye el aseguramiento de un ambiente saludable y adecuado para la madre y su hijo. Sin embargo, estos beneficios no han favorecido de la misma manera a toda la población, afectando principalmente a la población indígena (51). Y esta situación

no es diferente en nuestro país, el Estado Ecuatoriano y los organismos de desarrollo no gubernamentales han venido realizando varios esfuerzos con el fin de cambiar esta situación de desigualdad en el uso y acceso al servicio de salud. No obstante, dichos esfuerzos no han dado su fruto, debido al escaso acoplamiento con el contexto geográfico, cultural, conceptualización del proceso salud-enfermedad y de infraestructura en el que se desenvuelve y desarrolla un buen porcentaje de la población, principalmente la población indígena (25).

En efecto, la información obtenida de las encuestas de salud y demografía han transparentado este problema, revelando el escaso cumplimiento al derecho de la vida y salud tanto para las madres como para los hijos indígenas. Y es así como se evidencian las brechas de equidad para esta población, en la atención de partos de las embarazadas de pueblos originarios, acceso a planificación familiar, cobertura de inmunizaciones, etc. Estas desigualdades son el resultado de la falta de acceso a la atención sanitaria, así como la escasa accesibilidad cultural de los programas de salud enfocados en el cuidado materno-infantil (52). Por lo que dicha situación necesita de acciones y respuesta específicas e inmediatas. El campo de la salud requiere un cambio urgente, ya que no solo debe estar enfocado en las enfermedades sino también debe estar centrado en las personas y su ciclo vital, todo esto con el objetivo de alcanzar el bienestar de los pueblos indígenas (53).

Y dentro del contexto de cuidado del embarazo, para Oime y Ruiz (22), las principales causas de mortalidad materno-infantil de los pueblos indígenas es el bajo uso de servicios de salud por barreras culturales y la baja cobertura del sistema de salud. Con frecuencia no se describen suficientemente las dificultades que poseen las gestantes para acceder a los servicios de salud- obstétricos, ni de cómo están dificultades se convierten en verdades barreras, las cuales lastimosamente desembocan en una muerte materna. Por lo que resulta importante interrogarse sobre la significación del término “corresponsabilidad” en un ámbito social como en el analizado aquí, en donde las variables sociales y culturales poseen un importante peso al explicar el motivo por el que las gestantes indígenas son las que poseen más problemas y complicaciones durante la gestación y el parto (54).

Juárez y col. (23), señala que existen cuatro aspectos relacionadas al uso de los servicios de salud para el cuidado del embarazo: demora en la búsqueda de atención, demora en arribar al lugar de atención, demora en ser atendida y la variable étnica. La etnia, se encuentra presente en las tres demoras mencionadas y provoca principalmente dificultades en la comunicación e interfiere para que las gestantes puedan manifestar adecuadamente su sintomatología al personal sanitario y por ende pueda detectarse precozmente la emergencia. Por otro lado, resulta indispensable mejorar las condiciones de vida de las poblaciones indígenas. Circunstancias como la baja escolaridad, falta de servicios básicos de saneamiento, nivel socioeconómico bajo, no afiliación a la seguridad social e inseguridad alimentaria asociadas con el proceso de la determinación social de la salud, son determinantes que constituyen sin duda un ambiente no beneficioso para la gestante y su familia (55).

Factores sociodemográficos y culturales – control prenatal

El término sociocultural hace alusión a los procesos y fenómenos que poseen asociación con los aspectos sociales y culturales de una sociedad y estos a su vez se encuentran determinados por el entorno. Y es así que el elemento sociocultural se encuentra asociado con las múltiples actividades humanas, las cuales permiten organizar y dar significancia a la vida comunitaria (56). El medio social, demográfico y cultural en el que una persona vive puede favorecer o afectar su salud. Las diferencias sociales, demográficas y culturales en muchas ocasiones son causantes de inequidad en el ámbito relacionada a la salud, dando como resultado un incremento en la morbi-mortalidad general y por ende la utilización no equitativa de los servicios de salud (55) (14).

Es así que las personas con bajo nivel socioeconómico, población indígena y población que habita áreas rurales poseen menos probabilidades de acceso al sistema de salud (16). Y en el caso de las embarazadas y su salud esta situación no resulta diferente ya que los factores sociales, demográficos y culturales en la mayoría de los casos pueden ser el motivo por el que las embarazadas no hacen uso correcto de los servicios de salud. Entre estos factores podemos citar: la edad, el

estado civil, la instrucción, la ocupación, el nivel socioeconómico, la ubicación geográfica, prácticas y costumbres ancestrales y tradicionales (14).

Rodríguez y sus colaboradores (54), sostiene que los determinantes sociales, económicos y culturales influyen directamente sobre el acceso y uso del control prenatal adecuado. La cultura y las normas sociales de una comunidad pueden actuar de manera positiva o negativa en la identificación y reconocimiento de los síntomas y signos de alarma producto de complicaciones obstétricas, uso de los servicios de salud y cuidados del embarazo, parto y puerperio (51).

Factores culturales – Costumbres y tradiciones.

Cultura: Conjunto de patrones, lo cuales permiten regular y normar el comportamiento o accionar de los integrantes de una sociedad. En estos se encuentra incluida la religión, tradiciones, vestimenta, costumbres, creencias, etc. (56). La cultura se encuentra relacionada estrechamente con el entorno, contexto político, económico y social. Según Cruz y col. (55), la cultura son las características no físicas heredadas y que se transfieren de una generación a la siguiente. Las creencias, costumbres y cuidados culturales se encuentran enraizados y enmarcados en la religiosidad. Por lo que se considera a la gestación como un proceso natural de origen divino debido a que da lugar a la perpetuación de la especie humana (52). Campos y col. (32), considera que la cultura define la forma de ver la vida, las medidas de autocuidado, el proceso salud enfermedad y la muerte. Es así, que la gestación, el parto y el posparto no están exentos de estas creencias y concepciones culturales.

En el caso del embarazo, según las creencias la embarazada, por ejemplo, no debe consumir alimentos prohibidos culturalmente, no debe pasar por debajo de una escalera, tapar un frasco, clavar un clavo o hacer nudos ya que estas acciones están consideradas como negativas para la evolución de la gestación y pueden producir complicaciones en el parto. Por lo que resulta determinante que el personal sanitario posea un enfoque intercultural y brinde atención enmarcada en este contexto (55). En el proceso de la gestación, la cultura influye de manera

significativa. Las abuelas, madres y suegras son las guías de esta etapa, a través de sus conocimientos perpetúan y difunden las prácticas ancestrales sobre cuidados del embarazo (57). Una de las principales tradiciones de los pueblos indígenas, es dejar a cargo del cuidado del embarazo, parto y posparto a una mujer, según sus preceptos solo una mujer puede entender la situación por la que se encuentra pasando otra mujer y de esta manera podrá brindarle cuidados y apoyo necesarios. Y de esta forma se explica la existencia de la comadrona o partera (58).

Partera

Es una mujer cuyo oficio es asistir a la gestante en el parto, generalmente este oficio está basado en la experiencia tradicional. La partera posee conocimientos sobre herbolaria y realiza actividades encaminadas a mejorar la salud, por lo que antiguamente eran consideradas como sacerdotisas (59). Además, la partera brinda a la embarazada consejos sobre los cuidados que debe tener en el embarazo como el mantenimiento de la temperatura corporal (mantenerse la mayoría del tiempo abrigada), uso de plantas medicinales, saciar antojos, evitar episodios de susto, ira o preocupaciones. El manteo es otra de las acciones que realiza la partera, la embarazada se mantea el vientre con el fin de “acomodar” a su bebé ya que consideran que producto del trabajo forzado o esfuerzo físico, el feto cambia de posición en el vientre (60).

Pagamentos

Son acciones cuyo principio es la reciprocidad, es decir es dar algo a cambio de lo obtenido, sea un servicio o algo material, para los indígenas resulta fundamental agradecer por lo obtenido a la Pacha Mama, buscando así alcanzar un balance entre las esferas espiritual, física y energética. En el caso de la gestación los pagos se realizan para mantener en condiciones favorables la salud de la gestante y para que el niño nazca con huesos fuertes (61).

Alimentación

En cuanto a la alimentación, la dieta para la gestante debe estar basada en productos que ofrece la Pacha Mama. Durante la gestación a los alimentos se los clasifica como malos y buenos. Los buenos, benefician la salud de la gestante y son considerados calientes, mientras que los malos son los fríos y estos causan daño al embarazo debido a que no proveen vitaminas y enfrían el cuerpo ocasionando complicaciones para el embarazo y parto (62). Entre los alimentos fríos están: helados, apio, carne de cerdo, limón, cosas congeladas, condimentos, cerveza, gaseosas, pollo de incubadora. Los alimentos calientes son: el ají, caldos, ajo, frejol. Entre los alimentos recomendados para la embarazada no se encuentran los lácteos, verduras y frutas. Algo similar ocurre con las plantas medicinales ya que existen plantas frías y calientes y aplican los mismos principios que los alimentos en el cuidado del embarazo. Las plantas prohibidas en el embarazo son la ruda, el eucalipto, la menta, el ajenjo ya que podrían provocar efectos digestivos e incluso abortos (63).

Sobada

Masaje realizado por parteras, comadronas o sobadoras. Para iniciar se realiza un examen físico del abdomen. Los masajes están destinados para las áreas de dolor. El procedimiento está precedido por una invocación a las fuerzas divinas y a la Pacha Mama. La gestante deposita toda la confianza y fe en este procedimiento ya que está estrechamente vinculado a su cultura (64) (61). Para las parteras de Kaua – Yucatán México, este masaje también posiciona cualquier parte del cuerpo que se encuentre fuera de su sitio. Además, requiere de un amplio conocimiento sobre el manejo de las manos ya que no se trata de un masaje común (62).

Manteo

La maniobra de manteo es una técnica propia de la cultura indígena que consiste en recostar a la gestante sobre una tela resistente y grande, elevarla unos pocos centímetros del piso y moverla firmemente, con el fin de colocar al feto en

presentación cefálica y por ende evitar procedimientos más complejos como la cesárea. El manto es una de las creencias más firmes para las embarazadas indígenas (62). A partir de la semana 28 de gestación, la embarazada acude mensualmente donde la partera para realizarse el manto con fines preventivos. A esta maniobra le atribuyen bondades como favorecer el parto haciendo que este sea menos difícil y más rápido, alumbramiento completo y rápido. Esta maniobra dura alrededor de 20 minutos aproximadamente (60).

Algunas parteras cuando observan casos especiales como un niño “atravesado” comunican inmediatamente a la gestante y a su familia sobre esta situación con el fin de enviarla a una casa de salud. No obstante, esta situación es diferente con las parteras que tienen más experiencia o las ancianas ya que aseguran que pueden dar solución a este problema con varias sesiones de mantos (58).

Hidroterapia

El mantenimiento de la temperatura corporal en su nivel óptimo es indispensable para mantener una gestación sin complicaciones. Esta costumbre representa una buena opción para conservarla, consiste en baños de agua caliente con diferentes hierbas como la chilca, el eucalipto, el romero, la manzanilla (65).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación

En esta investigación se empleó un método mixto (cuali – cuantitativo). Este estudio se realizó con base en un diseño cualitativo de tipo fenomenológico y cuantitativo de tipo analítico. El principal objetivo de la investigación mixta es obtener mayor información referente al problema de investigación del cual se tiene escaso conocimiento (66). El uso de estos dos tipos de métodos permite que la información obtenida sea acertada, ya que ayuda a eliminar el factor de error que poseen ambos métodos al utilizarse de manera individual. Otra de las ventajas que brinda la investigación mixta, es que permite estudiar el mismo fenómeno de diversas formas (67).

Al utilizar este enfoque mixto, se unen las investigaciones cualitativa y cuantitativa, lo que permite obtener información más confiable. La investigación mixta es un proceso complejo, que integra sistemáticamente, en un único estudio, los métodos cualitativos y cuantitativos, vinculándolos para realizar la recolección y el análisis de la información y dar respuesta a un planteamiento (68).

Enfoque cualitativo.

La investigación cualitativa, valora en su natural contexto la realidad y cómo esta acontece, extrayendo y comprendiendo a los fenómenos de acuerdo a los individuos que se encuentran implicados. Este tipo de investigación genera datos descriptivos: la conducta observada, las expresiones escritas o habladas de la gente. Dentro de este enfoque se

encuentran los estudios fenomenológicos, los cuales se caracterizan por analizar y describir el significado que las personas conceden a las experiencias que ellos han vivido, además comprende de la esencia de las experiencias de un fenómeno (69).

Enfoque cuantitativo

También llamado racionalista, positivista o empírico- analítico. Agrupa y analiza la información de forma estructurada, para probar una hipótesis con base en la comprobación numérica y el análisis estadístico. Bajo este enfoque, la recolección de información es sinónimo de medir. Estos estudios explican una realidad social con una perspectiva objetiva y externa. El objetivo es encontrar con exactitud indicadores o mediciones sociales con el propósito de generar resultados que se aplican a amplias situaciones o poblaciones. Trabaja con números y dato confiable. Los estudios analíticos se encuentran dentro de este tipo de investigación, y tiene como fin evaluar la asociación causa – efecto, existente entre los factores de riesgo y el desarrollo de una patología o afectación (70)

3.2. Modalidad Básica de la Investigación

Modalidad de campo: Esta investigación se ejecutó en el sitio donde se produce el fenómeno, en la unidad de salud y en la comunidad de las participantes. Se ha intentado al máximo tomar contacto con la realidad.

Para elaborar el marco referencial o marco teórico se utilizó información existente en el repositorio informático, biblioteca virtual, libros y revistas actualizadas de la Universidad Técnica de Ambato. Información que sustenta y contribuye al desarrollo de este estudio.

3.3 Nivel de investigación

Analítico – transversal: La investigación es de nivel analítico desde el enfoque cuantitativo, se identifica el fenómeno a investigar con una perspectiva integradora y holística permitiendo entender las interacciones y complejidad del

problema. Es transversal porque se recogen los datos en una sola ocasión, es decir se recolecta la información de los hechos en un momento del tiempo.

3.4. Universo y muestra

El universo está constituido por las gestantes que viven en Salasaca, que se autoidentifican como indígenas y que hayan cumplido 30 o más semanas de embarazo a partir del mes de octubre de 2019 hasta marzo del 2020, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Gestante que manifieste el deseo de participar en el estudio y firme el consentimiento informado.
- Gestante que cuente con todas sus facultades mentales.

Exclusión

- Gestante que no disponga de carnet de control del embarazo.
- Gestante que no sea localizada luego de tres intentos de búsqueda.
- Carné perinatal MSP no llenado correctamente o con datos incompletos.

3.6. Criterios Éticos.

Se aplicará en esta investigación todas las pautas y principios éticos para la protección y cuidado de los seres humanos descritos en el informe de Belmont. Respetando la autonomía de los individuos que voluntariamente participen en el estudio. De la misma manera se aplicará el principio de beneficencia al procurar

sobre todo el bienestar del paciente durante todo el período de estudio. Y mediante el principio de justicia se dará un trato según las necesidades individuales de las personas participantes.

El estudio también garantizará la confidencialidad de la información, ya que los instrumentos utilizados para recolectar la información serán registrados bajo un código (primera letra del primer apellido y nombre y la edad). Se guardará la información bajo llave donde solo la investigadora tendrá acceso, la recopilación de la información se efectuará en un lugar privado si así la participante lo requiera. La aceptación de la participación voluntaria será un requisito indispensable y se lo obtendrá mediante la firma del consentimiento informado. Además, se explicará a todas las participantes el tipo de investigación. Esta investigación no tiene conflicto de intereses.

3.7. Operacionalización de variables

Tabla 4. Operacionalización de variables

Variable Independiente.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo expresado en años	Años cumplidos	1. Adolescente 11–19 años 2. Adulto joven 20-34 años 3. Adulto medio 35-49 años	Cuantitativa	Razón
Estado Civil	Situación actual de la persona, determinada por su relación de familia que establece ciertos derechos y deberes.	Condición social relacionada con la pareja.	1. Soltera 2. Casada 3. Unión estable 4. Divorciada 5. Viuda	Cualitativa	Nominal
Instrucción	Es el nivel más elevado de estudios alcanzado o en curso.	Nivel educativo / Años aprobados	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior 5. Especialidad	Cualitativa	Ordinal

Ubicación geográfica	Distancia que la gestante atraviesa para llegar al centro de salud.	Accesibilidad geográfica	1. Menos de 5 km 2. 5 km o más.	Cuantitativa	Razón
Ocupación	Oficio o tipo de trabajo en el que se desempeña la gestante.	Actividad que desempeña.	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Empleada 4. Desempleada 5. Trabajo independiente	Cualitativa	Nominal
Nivel socioeconómico	Medida total sociológica y económica que asocia la situación social y económica con la preparación laboral de un individuo y de su familia.	Encuesta Estratificada de nivel socioeconómico del INEC	1. Alto de 845.1 a 1000 puntos 2. Medio alto de 696.1 a 845 puntos 3. Medio típico de 535.1 a 696 puntos 4. Medio bajo de 316.1 a 535 puntos 5. Bajo 0 a 316 puntos	Cualitativo	Ordinal
Cobertura de salud	Persona que se encuentra afiliada o tienen acceso a un servicio integral de salud.	Afiliación a servicios de salud (IESS o privado)	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal
Idioma	Sistema de comunicación gestual o verbal propia de un grupo social.	Lengua hablada.	1. Castellano 2. Castellano y quechua 3. Quechua	Cualitativa	Nominal

Asistencia a la partera	Es una tradición principalmente adoptada por la cultura indígena, donde la partera brinda consejos a la gestante sobre los cuidados que debe mantener durante este período.	Asistencia mensual a la partera.	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal
Maniobra de manteo	Maniobra que se realiza mensualmente a la embarazada para cambiar la presentación del feto.	Realización de la maniobra una vez al mes hasta finalizar el embarazo.	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal
Plantas medicinales	Uso de plantas medicinales calientes para mantener la temperatura corporal y evitar malformaciones fetales.	Consumo de aguas aromáticas de plantas medicinales calientes durante el embarazo.	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal
Temperatura corporal	Es mantener el cuerpo cubierto durante el embarazo de manera que no sienta frío independientemente de la temperatura ambiente.	Se mantiene el calor corporal durante el embarazo.	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal

Elaborado por: Moposita, Ana

Variable dependiente

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
Control prenatal	Asistencia oportuna, periódica y continua por parte de la gestante al servicio de atención prenatal del centro de salud.	Cumplimiento de control prenatal según número indicado por el MSP	1.Bueno: 100-75% 2.Regular: <75-50% 3.Malo: <50%	Cuantitativa	Razón

Elaborado por: Moposita, Ana

3.8 Plan de recolección de la información

Para recolectar los datos se aplicó una encuesta, donde se documentó datos como la edad, estado civil, instrucción, ocupación, ubicación geográfica, número de controles realizados, edad gestacional, idioma y cobertura de salud. Esta información fue verificada mediante la revisión del carné perinatal MSP hoja 0.51. La encuesta que se utilizó fue modificada según la necesidad y requerimiento de esta investigación, la cual se extrajo de los estudios investigativos de Rodríguez Bendezú (71) - “Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla” (2018) y Betancourt y col. (72) “Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes”, los cuales fueron previamente validados. Y para determinar el estado socioeconómico se anexó la encuesta del INEC (Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico).

También se hizo uso de una entrevista a profundidad semiestructurada, la cual exploró factores culturales como las costumbres y creencias relacionadas al cuidado del embarazo y su relación con el cumplimiento del control prenatal. Dicha técnica fue aplicada, ya que permitió obtener información más abierta y profunda. Estos instrumentos fueron aplicados en el domicilio de las gestantes y en la consulta externa del Centro de Salud de Salasaca. A todas las participantes se les informó del propósito de la investigación. Cabe recalcar que todo se realizó previo consentimiento informado el cual se solicitó por escrito, garantizando a las participantes el anonimato y confidencialidad de su información.

3.9 Procesamiento de datos

Para los datos cuantitativos se hizo uso de los programas Excel y SPSS. El llenado de los datos se realizó en una base de Excel, donde se codificaron las categorías de las variables, para ser transportadas al Programa SPSS, versión 22, donde se analizaron y procesaron. Se utilizó la prueba estadística chi cuadrado para explorar la asociación entre las variables, se estableció un nivel de significancia $p= 0,05$. Para establecer el grado de cumplimiento se dividió en tres categorías bueno, regular y malo. Se tomó en cuenta lo recomendado por la OMS mínimo 8 controles prenatales, según la edad gestacional se determinó el número de controles que debería tener la embarazada y se

realizó una regla de 3 con el número de controles que tiene la gestante. Se estableció un rango: cumplimiento bueno: 100-75%, cumplimiento regular: <75-50% y cumplimiento malo: <50%. Los datos se presentaron en tablas con medidas de resumen en números absolutos y porcentajes; evaluando y mostrando los resultados de la prueba estadística realizada para relacionar las variables, enseñando la interpretación y análisis de los resultados y contrastando los mismos con otros hallados en la bibliografía revisada, de los últimos cinco años, relacionada con el tema de investigación. Mientras que, para los datos cualitativos, las entrevistas fueron audiograbadas, transcritas, categorizadas y analizadas, se empleó el principio de saturación, se realizó 20 entrevistas.

3.10. Presentación e interpretación de datos

Los datos se presentaron en tablas con medidas de resumen en números absolutos y porcentajes; evaluando y mostrando los resultados de las pruebas estadísticas realizadas para relacionar las variables, enseñando la interpretación y análisis de los resultados y contrastando los mismos con otros hallados en la bibliografía revisada, de los últimos cinco años, relacionada con el tema de investigación.

3.11. Recursos

Institucionales

Centro de Salud tipo B de la parroquia Salasaca perteneciente al Distrito de Salud 1804 de Tungurahua. Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Humanos

Investigador: Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano.

Tutor médico: Dra. Esp. Lorena Santana Mera.

Y participantes de la investigación.

Materiales

Materiales de oficina: laptop, impresora, hojas, bolígrafos, borrador, lápices, perforadora, grapadora, grabadora, mesa, silla.

Presupuesto y financiamiento: autofinanciamiento.

3.12. Cronograma del proyecto de investigación

Tabla 5. Cronograma del proyecto de investigación

Fases	Fecha de inicio	Fecha de terminación
Revisión bibliográfica	Enero 2019	Mayo 2019
Planificación	Junio 2019	Julio 2019
Organización	Agosto 2019	Septiembre 2019
Ejecución	Octubre 2019	Marzo 2020
Evaluación	Abril 2020	Abril 2020
Procesamiento y análisis de datos	Mayo 2020	Junio 2020
Elaboración de informe final	Julio 2020	Julio 2020
Presentación y discusión del trabajo final previo a la obtención del título.	Enero 2021	Fecha de defensa

Elaborado por: Moposita, Ana

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados

Los datos obtenidos de la encuesta, entrevista y revisión de carnet de embarazo fueron los siguientes:

4.1.1 Características de la población

Tabla 6. Distribución de embarazadas según variables: edad, estado civil, instrucción, ubicación geográfica ocupación, nivel socioeconómico, idioma, cobertura de salud, costumbres y creencias.

Variables	Frecuencia (N=42)	Porcentaje
Edad		
Adolescente (11-19 años)	15	36%
Adulto joven (20-34 años)	24	57%
Adulto maduro (35-49 años)	3	7%
Estado civil		
Soltera	17	40%
Casada	15	36%
Unión estable	7	17%
Divorciada	2	5%
Viuda	1	2%
Instrucción		
Ninguna	7	17%
Primaria	18	43%
Secundaria	12	29%
Superior	5	12%
Ubicación geográfica		
<5 Km	25	60%
>5 Km	17	40%
Ocupación		

Estudiante	6	14%
Ama de casa	12	29%
Empleada	10	24%
Desempleada	5	12%
Trabajo independiente	9	21%
Nivel socioeconómico		
Alto	0	0%
Medio alto	8	19%
Medio típico	15	36%
Medio bajo	9	21%
Bajo	10	24%
Idioma		
Castellano	1	2%
Castellano y quechua	41	98%
Quechua	0	0%
Cobertura de salud		
Si	12	29%
No	30	71%
Asistencia a la partera		
Si	30	71,4%
No	12	28,6%
Realización maniobra de manto		
Si	35	83,3%
No	7	16,7%
Uso de plantas		
Usa	39	92,8%
No usa	3	7,2%
Cuidado temperatura corporal		
Si	34	80,9%
No	8	19,2%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: La población gestante que participó en esta investigación se caracterizó por ser adulta joven (20- 34 años) y la edad promedio es 24,5 años, con una desviación estándar de + - 6,74 años, edad máxima 38 años, edad mínima 16 años, soltera, contar con instrucción primaria, vivir a menos de 5 kilómetros de la unidad de salud, ser ama de casa y poseer un nivel socioeconómico medio típico, hablar dos lenguas castellano y quechua, no estar bajo cobertura social de salud, acudir donde la partera, usar la maniobra del manto, hacer uso de plantas medicinales y cuidado del calor corporal.

Y Castillo y Col (21). Obtuvo información semejante cuya edad promedio de las embarazadas participantes fue de 23 años, así mismo el 74% son amas de casa. En cuanto a la instrucción el 36% no culminó la secundaria. En contraste con lo encontrado Betancourt (72), determina que la mayoría fueron gestantes adolescentes, los niveles de instrucción que predominaron fueron el secundario y el universitario, la mayoría viven en concubinato estable, y con características socioeconómicas de pobreza relativa y crítica.

4.1.2 Asistencia - Control prenatal

Tabla 7. Distribución de embarazadas según la asistencia a los controles prenatales

Asistencia a controles prenatales			
Bueno	Regular	Malo	Total
n/%	n/%	n/%	n/%
18/43	10/24	14/33	42/100

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: En las gestantes de la comunidad de Salasaca se evidenció que 18 gestantes que representan el 43% tienen un cumplimiento bueno del control prenatal y una asistencia rregular y mala con el 57%. Los datos obtenidos concuerdan con el estudio de Betancourt y García (72) donde el mayor porcentaje de las gestantes de su estudio cumplieron de manera inadecuada con el chequeo prenatal, donde el 98% de las participantes inició tardíamente con sus controles y en cuanto al número de controles el 84% tuvo menos de cuatro. Así mismo, Ponce (17) determinó en su estudio realizado en gestantes peruanas que el 58% no cumple adecuadamente con el chequeo prenatal, superando al promedio nacional del 50,7%.

4.1.3 Factores sociodemográficos y culturales – cumplimiento control prenatal

Edad y asistencia a los controles prenatales

Tabla 8. Distribución de embarazadas según grupos de edad y asistencia a los controles prenatales

Asistencia a controles	Grupos de edad*			Total n/%
	Adolescentes (11- 19 años) n/%	Adultos jóvenes (20-34 años) n/%	Adultos medios (35-49 años) n/%	
Buena	2/13	15/63	1/33,3	18/43
Regular	3/20	6/25	1/33,3	10/24
Mala	10/67	3/13	1/33,3	14/33
Total	15/36	24/57	3/7	42/100

* p=0,018

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: Se trabajó con 42 embarazadas, cuya edad promedio es 24 años. En la tabla se muestra que el mayor número de embarazadas perteneció al grupo de edad clasificado como adulto joven (20-34 años) con 24 embarazadas de las cuales 15 (62,5%), tuvieron buena asistencia a los controles, mientras que el grupo de adolescentes presenta el mayor porcentaje con mala asistencia a los controles, 10 representando el 67%. La prueba estadística determina que con una probabilidad de error ($p=0,018$) se puede afirmar que la asistencia a los controles es distinta según el grupo de edad al que pertenezca la embarazada. Por lo que existe asociación entre ambas variables.

Con relación a los factores vinculados al uso del control prenatal se evidenció que en las gestantes adultas jóvenes existen un mejor cumplimiento del control prenatal en comparación con las de menor edad, lo que refleja que las mujeres de mayor edad poseen mayor grado de responsabilidad con su salud. Oime y Ruiz (22), en su investigación “Barreras de acceso a las indígenas wayuu a controles prenatales” también coincide con los resultados de este estudio, indicando que la edad es un determinante en el adecuado cumplimiento del control prenatal. Similar situación se documentó en el estudio de Álvarez y col. (73) en Michoacán, México, el cual realizó una evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal donde determinó, que la edad de la gestante es

un determinante clave y posee una relación directamente proporcional con el cumplimiento del control prenatal, en este estudio se evidenció que el miedo al rechazo familiar orienta a las gestantes adolescentes a ocultar su estado y por ende a no cumplir con los controles prenatales o realizarlos tardíamente. Castillo y col. (21) en su investigación obtuvo datos similares donde la edad promedio de las gestantes estudiadas que cumplieron adecuadamente con los chequeos prenatales es de 23 años. Con lo que se confirma que la edad es un factor que interviene en el cumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca.

Estado civil y asistencia a los controles prenatales

Tabla 9. Distribución de embarazadas según estado civil y asistencia a los controles prenatales

Estado Civil*						
Asistencia a controles	Soltera n/%	Casada n/%	Unión estable n/%	Divorciada n/%	Viuda n/%	Total n/%
Buena	12/70,6	1/6,7	3/42,9	2/100	0/0	18/43
Regular	3/17,6	6/40,0	0/0	0/0	1/100	10/24
Mala	2/11,8	8/53,3	4/57,1	0/0	0/0	14/33
Total	17/40	15/36	7/17	2/5	1/2	42/100

*(p=0,006)

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: La tabla presenta el mayor grupo de embarazadas en el estado civil soltera, con un total de 17 de las cuales 12, el 70,6% es el mayor porcentaje de buena asistencia a los controles y el mayor porcentaje de la mala asistencia a los controles es el estado civil casada, con 8 embarazadas que constituyen el 53,3% del total de ese grupo. La prueba estadística chi cuadrado determina un nivel de significancia de (p=0,006) se puede afirmar que la asistencia a los controles es distinta según el estado civil de la embarazada. Coexistiendo una asociación entre las variables.

Con respecto al estado civil, las gestantes con buena asistencia al control prenatal son las solteras mientras que las gestantes con mala adherencia son las casadas. Esto podría relacionarse con el machismo que aún se vive en la sociedad y principalmente se ve reflejado en la población indígena, ya que la mayoría de estas gestantes no acuden al control de su embarazo por tener múltiples actividades en el hogar, en el campo o simplemente porque sus parejas no les permiten acudir. Los resultados obtenidos en cuanto al estado civil, llaman la atención debido a que múltiples estudios citan que el cumplimiento del control prenatal es mejor en las casadas que en las solteras. Y es así que en el estudio de Castillo y col. (21), hecho en Cartagena, concluye que las embarazadas en concubinato estable o casadas presentan un mejor apego al control prenatal en comparación con las que no poseen pareja. Para este autor el apoyo de pareja incide de manera positiva en el adecuado uso del control prenatal, lo que contrasta totalmente con los datos obtenidos en esta investigación. Sin embargo, para Rodríguez y col. (53) en su investigación “Efecto de las barreras de acceso al control prenatal” realizado en Colombia, determina que este indicador no es considerado como una variable de proximidad, ya que obtiene similares resultados a los de esta investigación.

Nivel de instrucción y asistencia a los controles prenatales

Tabla 10. Distribución de embarazadas según nivel de instrucción y asistencia a los controles prenatales

Asistencia a controles	Nivel de instrucción*				Total n/%
	Ninguna n/%	Primaria n/%	Secundaria n/%	Superior n/%	
Buena	1/14,3	6/33,3	9/75	2/40	18/43
Regular	1/14,3	5/27,8	2/16,7	2/40	10/24
Mala	5/71,4	7/38,9	1/8,3	1/20	14/33
Total	7/17	18/43	12/28	5/12	42/100

*(p=0,022)

Fuente: Encuesta
Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: En la tabla se manifiesta como grupo mayoritario en el nivel de instrucción, el primario con 18 embarazadas, en el nivel secundario se encuentran las embarazadas con buena asistencia a los controles, 9 con el 75,0% y en el nivel primario se encuentra el porcentaje más alto de la mala asistencia a los controles con 7 embarazadas, el 38,9% de este grupo. Así mismo se observa que las gestantes que tienen un regular cumplimiento del control prenatal se encuentran en mayor número en el nivel primario con 5 embarazadas representando al 27,8%. Se establecen diferencias estadísticamente significativas, con una probabilidad de error ($p=0,022$) para admitir que la asistencia a los controles se diferencia según el nivel de instrucción al que pertenezca la embarazada. Ambas variables tienen asociación estadística.

Así mismo se evidenció que nivel de instrucción tiene una relación directa con el cumplimiento del chequeo prenatal, ya que se observa que las gestantes con mala asistencia son las que tienen una instrucción primaria o ninguna principalmente. Liang y col. (74) afirma esta teoría en su estudio, ya que concluye que el nivel de instrucción de la embarazada se encuentra estrechamente relacionado con el número de chequeos a los que acude, es decir a mayor nivel de educación, existe mayor percepción del riesgo y conciencia de autocuidado. Munares (14) por su parte indica que la educación constituye un determinante de la periodicidad y frecuencia de los chequeos del embarazo. Según datos obtenidos de ENSANUT (75) una embarazada con baja escolaridad o analfabeta posee altas probabilidades de presentar complicaciones en el embarazo y parto además de presentar afectaciones en el peso neonatal.

Según Ponce (17), el nivel de instrucción tiene una relación directamente proporcional con el cuidado de la salud, es decir, a mayor grado de instrucción tenga la gestante o sus familiares existe mayor interés y optimismo con respecto al mantenimiento y recuperación de la salud.

Ubicación geográfica y asistencia a los controles prenatales

Tabla 11. Distribución de embarazadas según ubicación y asistencia a los controles prenatales

Ubicación del centro de salud			
Asistencia a controles	Menos de cinco km n/%	Cinco km y más n/%	Total n/%
Buena	15/60	3/17,6	18/43
Regular	4/16	6/35,3	10/24
Mala	6/24	8/47,1	14/33
Total	25/60	17/40	42/100

* (p=0,016)

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: En la tabla se identifica como grupo mayoritario en la ubicación, a las embarazadas que están a menos de cinco kilómetros del centro de salud, con 25 de ellas, por lo que el mayor porcentaje con buena asistencia a los controles son 15 de ellas mismas, que representan el 60,0%, y con mala asistencia a los controles son 8 (47,1%), que se ubican a cinco o más km del centro de salud. Se establecen diferencias estadísticas, con un nivel de significación de p=0,016 y se admite que la asistencia a los controles se diferencia según la ubicación en relación con el centro de salud de la embarazada, por lo que las variables se encuentran relacionadas. La ubicación geográfica constituye otro factor que incide en el adecuado cumplimiento del control prenatal. Es así, que en el presente estudio se evidencia que las gestantes que viven a más de cinco kilómetros de la unidad de salud no cumplen con los mismos de manera adecuada es decir tienen una mala asistencia. En comparación con las que viven a menos de 5 kilómetros que representan el mayor porcentaje y que si cumplen de manera correcta con sus controles. Esta situación también fue documentada por García (13), en su estudio realizado en Guadalajara-México, quien concluye que las largas distancias que la embarazada tiene que recorrer para llegar a la unidad de salud más cercana son un importante factor para el incumplimiento del control prenatal. Se ha visto que la mortalidad materna en el área urbana es relativamente menor en comparación con el área rural. La población que vive en el área urbana se observa menos afectada por el acceso que poseen a casas de salud

más cercanas, de segundo nivel y por ende con mejor infraestructura. También resulta importante indicar que la mayoría de estas personas tienen una cultura de cuidado materno más responsable (14).

Ocupación y asistencia a los controles prenatales

Tabla 12. Distribución de embarazadas según ocupación y asistencia a los controles prenatales.

Asistencia a controles	Ocupación*					Total n/%
	Estudiante	Ama de casa	Empleada	Desempleada	Trabajo independiente	
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	
Buena	2/33,3	3/25	4/40	2/40	7/78	18/43
Regular	2/33,3	5/42	1/10	1/20	1/11	10/24
Mala	2/33,3	4/33	5/50	2/40	1/11	14/33
Total	6/14	12/29	10/24	5/12	9/21	0

*(p=0,006)

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: En la tabla, se observa que el mayor número de embarazadas son amas de casa, con un total de 12. Las gestantes que tienen una buena asistencia al control prenatal son las que se desempeñan en un trabajo independiente con 7 embarazadas constituyendo el 78%, las amas de casa representan el mayor porcentaje dentro de la asistencia al control prenatal regular con 5 gestantes representando el 42%. Y el mayor porcentaje de mala asistencia a los controles es la ocupación empleada, con 5 que constituyen el 50% del total de ese grupo. La prueba estadística determina que con una probabilidad de error (p=0,006) se puede afirmar que la asistencia a los controles es distinta según la ocupación de la gestante. Coexistiendo una asociación ambas variables.

Mediante los resultados obtenidos se puede observar que si bien es cierto una relación laboral permite obtener mayores recursos económicos para el cuidado de la salud y en

este caso del embarazo, sin embargo, los horarios y las exigencias laborales pueden implicar una asistencia limitada o inadecuada a los controles prenatales. Y en el caso de las amas de casa la situación es similar las múltiples ocupaciones en el hogar dificultan la asistencia al control prenatal, las embarazadas alegan causas como cuidar a los hijos, los animales, la casa, actividades del hogar, el campo, etc. Munares (14), en su estudio realizado en Perú obtuvo resultados similares a los obtenidos en esta investigación. Halló que las embarazadas que son empleadas o trabajan bajo dependencia poseen diferentes dificultades para cumplir con el control prenatal, citando la dificultad para obtener permisos para acudir o en algunos casos estas mujeres han optado por ocultar su gestación por el temor de ser despedidas. Mientras que Mejía y col. (65), en su investigación realizada en Colombia obtuvo resultados discordantes, documentando que el ser empleada incrementa la probabilidad de acudir al control prenatal de manera adecuada.

Nivel socioeconómico y asistencia a los controles prenatales

Tabla 13. Distribución de embarazadas según nivel socioeconómico y asistencia a los controles prenatales

Nivel socioeconómico*					
Asistencia a controles	Medio alto n/%	Medio típico n/%	Medio bajo n/%	Bajo n/%	Total n/%
Buena	6/75	7/46,7	4/44,4	1/10	18/43
Regular	2/25	5/33,3	0/0	3/30	10/24
Mala	0/0	3/20	5/55,6	6/60	14/33
Total	8/19	15/36	9/21	10/24	42/100

*(p=0,019)

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: La tabla, describe la asistencia a controles y el nivel socioeconómico que más destaca es el medio típico con 15, la buena asistencia a controles corresponde al nivel medio típico con 7 gestantes que representa en ese grupo el 46,7%, en la mala asistencia a los controles el nivel bajo con 6, significa el 60,0% del total en esa categoría. La prueba estadística determina que con un nivel de (p=0,019) que la asistencia a los controles está asociada al tipo de nivel socioeconómico al que corresponda la embarazada. Por lo que

consta la asociación de las variables presentadas en la tabla. Cabe recalcar que ninguna de las gestantes estudiadas tiene un nivel socioeconómico alto.

Dentro de este contexto, la población indígena continúa representando al segmento más pobre y según las estadísticas más de la mitad de este grupo continuará en la pobreza para este año. Según el Banco Mundial, provenir de padres indígenas incrementa la posibilidad de crecer en un hogar con pobreza (76). Con base en los datos obtenidos del INEC se llega a la conclusión de que, si el jefe de la familia es perteneciente a un grupo indígena, las probabilidades de pobreza se incrementan un 13% independientemente del lugar donde viva, género o nivel de educación (11). En cuanto al embarazo y su control, las necesidades básicas insatisfechas, la falta de dinero influyen directamente en el pobre apego al control prenatal. Esta teoría ya establecida y conocida por todos, también se refleja en este estudio, ninguna de las gestantes tiene un nivel socioeconómico alto, además se observa que el mayor número de embarazadas con mala asistencia al control prenatal tienen un nivel socioeconómico medio bajo y bajo (77). Con lo que se demuestra que el nivel socioeconómico en las gestantes de Salasaca tiene una relación directa con la correcta adherencia al control prenatal.

En el estudio de Sánchez y col. (16), “Factores sociales asociados a los servicios de atención prenatal en Ecuador”, se concluye que las gestantes de bajo estatus se realizan menos de cuatro controles, y estos son de inicio tardío con menos probabilidades de realizarse exámenes complementarios y toma de ácido fólico en comparación con las gestantes de alto estatus quienes se realizan más de 12 chequeos, más de cuatro ultrasonidos e incluso existen casos de toma de medicación en exceso. Por su parte García (77), en su revisión llega a la conclusión de que el embarazo es una de las causas de la pobreza, debido a que produce varias desventajas en la vida de la futura madre, ya que en múltiples ocasiones a estas mujeres les toca hacer el papel de madre y padre a la vez.

Cobertura de salud y asistencia a los controles prenatales

Tabla 14. Distribución de embarazadas según cobertura de salud y asistencia a los controles prenatales.

Cobertura de salud*			
Asistencia a controles	Si n/%	No n/%	Total n/%
Buena	4/33	14/47	18/43
Regular	3/25	7/23	10/24
Mala	5/42	9/30	14/33
Total	12/29	30/71	42/100

* (p=0,943)

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: En la tabla se aprecia que el mayor grupo está formado por las gestantes que no cuentan con cobertura de salud 30 de las 42 gestantes, el porcentaje más alto de las que tuvieron buena asistencia a los controles 14 (47%) fue el grupo que no se encuentra afiliado a un servicio de salud y el porcentaje más alto de mala asistencia a los controles fue 30% con 9 gestantes pertenecientes al grupo que no cuenta con cobertura de salud. Obteniéndose un nivel de $p=0,943$ con lo que se puede afirmar que la asistencia a los controles prenatales no está asociada a la cobertura de salud. Por lo que no consta la asociación de las variables presentadas en la tabla.

En este contexto Paz Zulueta (78) encontró datos similares a los de esta investigación, no evidenció relación entre la cobertura de atención prenatal y el control prenatal adecuado. Rivera y col. (79) por su parte comparó a las gestantes que contaban con afiliación al Seguro Social y las que no, observando que las no aseguradas poseen más riesgo de acceder tardíamente al control prenatal. Difiriendo con lo reportado en un estudio llevado a cabo en Colombia, donde afirma que contar con seguridad social de salud es un factor que contribuye para acceder oportunamente a los controles prenatales.

Idioma y asistencia a los controles prenatales

Tabla 15. Distribución de embarazadas según idioma y asistencia a los controles prenatales.

Asistencia a controles	Idioma *			Total
	Castellano n/%	Castellano y quechua n/%	Quechua n/%	
Buena	1/100	17/41,4	0/0	18/43
Regular	0/0	10/24,3	0/0	10/24
Mala	0/0	14/34,3	0/0	14/33
Total	1/ 2	41/ 98	0/0	42/100

* (p=0,076)

Fuente: Encuesta

Realizado por: Moposita, Ana

Interpretación: En la tabla, se muestra que el mayor número de gestantes, 41 (98%), hablan dos lenguas castellano y quechua. Dentro de este mismo grupo se ubicó a 17 (41,4%) gestantes las cuales tienen un adecuado cumplimiento del control prenatal y 14 embarazadas representando al 34,3% que tienen una mala asistencia al control prenatal, seguidas de las gestantes que lo cumplen de manera regular con 24,3%. Resulta importante mencionar que ninguna de las gestantes participantes habla solo quechua y tan solo una embarazada mencionó que habla solo castellano.

No existieron diferencias estadísticas, con un nivel de significación de (p=0,076) por lo que no se puede afirmar que la asistencia a los controles esté relacionada con la lengua que habla la gestante. La lengua madre de los habitantes de esta comunidad indígena es el quechua o kichwa. A través del tiempo y con el avance social el hablar solo quechua se ha convertido en un obstáculo para el desarrollo de las diferentes actividades, por lo que los indígenas se han visto en la necesidad de aprender el castellano (80). El impedimento principal para la enseñanza y uso del quechua es el déficit de materiales redactados en este idioma como periódicos, revistas, libros, etc. Situación que se ve reflejada claramente en este estudio ya que la mayoría de las gestantes participantes habla las dos lenguas. Y solo un pequeño porcentaje de personas principalmente adultos mayores hablan solo quechua (81). En este sentido Rivera y col. (79) divide sus variables de estudio en atención oportuna y cobertura de atención prenatal y las asocia con los factores sociodemográficos, en ninguna de las dos variables mencionadas

obtuvo asociación concluyendo que el idioma no es un determinante de incumplimiento de los chequeos prenatales. En el estudio de Paz Zulueta (78) realizado en embarazadas africanas, se obtuvieron resultados discordantes a los de esta investigación en donde el escaso conocimiento del español si representó una barrera en el cumplimiento adecuado del control prenatal, lo que se traduce en incremento de la morbilidad materno infantil.

4.2.2. Costumbres y creencias

De los datos obtenidos de la entrevista, se obtuvieron las siguientes categorías: asistencia a la partera, maniobra de manto, uso de plantas medicinales y mantenimiento de la temperatura corporal. A continuación, se describen los resultados de estos supuestos.

Tabla 16. Creencias y tradiciones para el cuidado del embarazo – relacionadas al cumplimiento del control prenatal.

CATEGORÍAS		f	%
Asistencia a la partera.	Asiste a la partera.	30	71,4
	No asiste a la partera.	12	28,6
Realización maniobra de manto.	Se realiza la maniobra de manto	35	83,3
	No se realiza la maniobra de manto.	7	16,7
Uso de plantas medicinales.	Usa plantas medicinales.	39	92,8
	No usa plantas medicinales.	3	7,2
Temperatura corporal.	Cuida su temperatura corporal.	34	80,8
	No cuida su temperatura corporal.	8	19,2

Fuente: Entrevista

Realizado por: Moposita, Ana

Asistencia a la partera y asistencia al control prenatal

La partera representa un importante personaje en la comunidad indígena y mestiza, los servicios que presta se encuentran sentados en conocimientos empíricos ancestrales. El mayor porcentaje (71,4%) de las participantes expresaron que acuden donde la partera, mientras que 12 (28,6%) de ellas indicaron que no lo hacen.

De las embarazadas que indicaron que, si acuden donde la partera, la mayoría de estas no cumplió con el control prenatal adecuadamente. Alegando múltiples causas entre las principales resaltó: preceptos culturales enraizados, falta de apego a la interculturalidad por parte del sistema de salud y facilidad en el acceso a turnos para la atención de la partera. Algunas de estas afirmaciones están representadas en el discurso puesto a continuación tomado de las entrevistas: ***“Mi familia siempre ha ido donde partera, yo también me sé ir, buena es, no voy siempre al centro de salud” (FJ28). “Solo dos veces tengo ido al centro de salud, mucho demoran en dar turno, más rápido voy donde partera, ella también ayuda bastante” (MF26). “Fuera bueno que doctores atiendan como partera” (CM33).***

Las gestantes que no acuden donde la partera como ya se vio se encuentran en menor porcentaje, de estas la mayoría si cumple adecuadamente con los controles prenatales. Algunas referían que no han tenido buenas experiencias con la partera, por lo que prefieren la atención médica para controlar su embarazo. Unas pocas incluso indicaron que no conocen de la partera ni de las funciones que desempeña. ***“En mi embarazo anterior, tuve problemas partera dijo que ya iba a salir wawa, pero pase todo el día con dolores y nada, fui al doctor ahí hicieron la cesárea, casi mi wawa había muerto, desde ahí ya no sé irme donde partera, siempre voy a ver a doctor” (MM36). “Nunca he ido donde partera, no sé ni que sabrá hacer, yo siempre me he ido donde doctor” (LJ30).*** Mejía y col. (65) en su estudio realizado en Bucaramanga, obtuvo resultados similares a los de este estudio. Concluyendo que la cultura interviene de manera importante la adherencia al control prenatal y a las indicaciones dadas en el mismo. Sosteniendo que las mujeres que acuden a chequear su embarazo con la partera o comadrona paulatinamente dejan de asistir a los controles médicos.

Barrera Luna (56), señala que la percepción que poseen las embarazadas al respecto de su gestación, parto y puerperio se encuentra estrechamente influenciada por el modelo de salud indígena tradicional y por preceptos socioculturales enraizados. Campos y col. (32), cita que el pobre abordaje que el sistema de salud da a la interculturalidad ha causado múltiples problemas tanto en la comunicación como en el entorno de las embarazadas y como consecuencia de esto, muchas gestantes han optado por no asistir a los chequeos prenatales o dejar de hacerlo, además de no continuar con las indicaciones o prescripciones dadas por el personal de salud, acogiéndose a sus creencias, costumbres y

tradiciones propias de su cultura, como por ejemplo acudir a la partera. Las gestantes del estudio de Navarro, indican que primero acuden a revisar su embarazo donde la partera (previa autorización de la pareja y de sus familiares) y posteriormente lo hace en los servicios de salud. Si la mujer queda satisfecha con la atención recibida, continuará sus controles periódicos, y en el caso de no ser así solo acudirá donde la partera. Además, refieren estas gestantes que prefieren que el parto sea atendido por su partera en el domicilio. Por lo que se concluye que la asistencia a la partera si interviene en el cumplimiento adecuado del control prenatal de las gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca.

Realización de la maniobra de manteo y asistencia al control prenatal

La maniobra de manteo es una técnica propia de la cultura indígena que consiste en recostar a la gestante sobre una tela resistente y grande, elevarla unos pocos centímetros del piso y moverla firmemente, con el fin de colocar al feto en presentación cefálica y por ende evitar procedimientos más complejos como la cesárea. La mayoría de las participantes 83% indicaron que si se realizan esta maniobra. Algunas citaron que no es necesario acudir donde la partera para su realización, ya que sus madres o abuelas conocen también sobre de esta técnica. En cuanto a la asociación con el control prenatal adecuado, se observa que la mayoría de las gestantes que se realizan el manteo no cumplen adecuadamente con sus chequeos. Manifestando que esto les ayuda a controlar el embarazo, además explican que el manteo posee múltiples bondades por lo que le restan importancia al control prenatal. Las participantes indican que la realización del manteo inicia a partir de las 24 semanas y es a partir de esta fecha que las gestantes empiezan a mantener asistencias inadecuadas al control prenatal. *“Si se ir a mantear, ayuda bastante, acomoda al wawa para después no hacer cesárea, ya para que voy a ir al centro de salud, bien me sabe dejar cuando hago mantear” (FJ28). “Los primeros meses si me fui a controlar en centro de salud, pero después iba un mes a mantear y otro mes a doctor” (JM35).*

Específicamente, no se han encontrado estudios sobre el cumplimiento del control prenatal y la realización del mateo. Pero si múltiples estudios de la influencia de la cultura sobre el cuidado del embarazo. Por su parte Salguero y Álvarez (82), en su estudio llevado a cabo en Bolivia, considera que el manteo es una actividad traumática costumbrista y la

principal responsable de las complicaciones en el trabajo de parto. Por lo que se concluye que la técnica de manto se encuentra asociado al cumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca.

Plantas medicinales y asistencia a los controles prenatales

Desde sus inicios hasta la actualidad, los pueblos de la Región Andina, han venido utilizando a las plantas en el ámbito de la alimentación y de la salud (espiritual, emocional, mental y física) (74). Y en el embarazo, el uso de las plantas no es una excepción. El mayor porcentaje de las embarazadas participantes (92,8%) indicaron que hacen uso de las plantas medicinales para cuidar su gestación. Atribuyéndoles múltiples bondades como alivio de molestias, relajación, producción de leche, mantenimiento del calor corporal, etc. Además, mencionan que existen dos tipos de plantas, las frías y las calientes. Entre las frías citan a la achira (*Canna indica*), boldo (*Peumus boldus*), linaza (*Linum usitatissimum*), llantén (*Plantago major*), malva blanca, pelo de choclo (*Zea mays*) (85). Mientras que en el grupo de las calientes mencionan al ajo (*Allium sativum*), alfalfa (*Medicago sativa*), anís (*Pimpinella anisum*), borraja (*Borago officinalis*), canela (*Cinnamomum verum*), cebolla (*Allium cepa*), cedrón (*Aloysia citrodora*), eucalipto (*Eucalyptus*), manzanilla (*Matricaria recutita*) (83). Cabe recalcar que la mayoría de las participantes que toman aguas medicinales manifiestan que las plantas frías no son recomendables durante el embarazo, ya que enfrían el cuerpo y esto según su cosmovisión afecta al producto, haciendo que el niño sufra, aparezcan dolores pretérmino, etc. (84)

De las gestantes que, si hacen uso de las aguas medicinales, la mitad cumple adecuadamente con el control prenatal, mientras que el resto de ellas no lo hace. Y las tres gestantes que indicaron que no toman aguas medicinales, mencionan que estas plantas que no son importantes para mantener un embarazo saludable. Y de este grupo, una de ellas cumple adecuadamente con sus controles, mientras que los dos restantes lo hacen parcialmente. En cuanto a su asociación con el control prenatal, no se evidencia una relación estrecha. Ya que no se considera al uso de aguas medicinales como un causal o determinante para acudir o no a los controles periódicos. A continuación, un extracto de los comentarios recabados en la entrevista sobre este tema: ***“Las aguas de plantas calientes son buenas para calentar la barriga, para que wawa no salga antes de hora”.*** (AM39). ***“Yo sé tomar las vitaminas que manda cada mes el doctor con agüitas***

cálidas”. (LC28). “Ni antes, ni ahora que estoy en cinta he tomado esas aguas, no me gustan”. (GP18)

Mantenimiento de la temperatura corporal y asistencia a los controles prenatales

El mantenimiento de la temperatura corporal se refiere al hecho de mantener el cuerpo en la mayoría del tiempo abrigado, es decir evitar en la manera de lo posible la exposición al frío (85). El fundamento de esta creencia está basado en que el frío altera el equilibrio del cuerpo. Según esta creencia, si el frío llega al cuerpo principalmente al abdomen puede traer complicaciones en el embarazo como aborto, parto pretérmino, escasez de leche al momento de amamantar, etc (86). Para mantener el calor corporal las participantes citaron algunos puntos como: arroparse bien principalmente el abdomen llegada la tarde, consumir aguas de plantas calientes (ya citado), ingesta de alimentos calientes (ajo, frijoles y caldos).

Y es así, que el mayor número de gestantes participantes 34 (80,9%) manifestaron que realizan cuidados con el fin de para mantener la temperatura corporal, ya que consideran que esto es importante para mantener un embarazo saludable mientras que las 8 (19,1%) gestantes restantes no se cuidan para mantener su temperatura corporal. Del grupo de las gestantes que cuidan de su temperatura corporal, 5 (14%) de ellas no cumplen adecuadamente con el control prenatal alegando este motivo. *Yo fui pocas veces al centro de salud, no me gustó, mucho frío sabe ser, doctor manos frías pone en barriga y eso es malo para el wawa (YT34). Esas camillas heladas, mi mamá dijo ya no vayas vaya a salir wawa antes de hora (PE19).* Con lo que se determina que el mantener el calor corporal es un factor asociado al cumplimiento del control prenatal.

Un estudio realizado por Lasso (87) indicaba que la principal preocupación de las gestantes es que el niño nazca bien, y esto para ellas se traducía en realizar cuidados o prácticas que observaron durante toda la vida a sus madres y mujeres de su tierra, es decir mantener su territorio cultural de legados, prácticas y saberes sobre el cuidado del embarazo. Medina y Mayca (86), en su investigación menciona que las costumbres, creencias y prácticas relacionadas con la gestación en muchas ocasiones son consideradas irrelevantes por el personal de salud lo que genera por parte de la embarazada un sentimiento de desconfianza hacia el uso de los servicios sanitarios, es decir influye

directamente sobre la permanencia y continuidad en los diferentes programas, que se insiste, están diseñados para promover la salud y bienestar de la madre y de su hijo. Para Lasso Toro (87), resulta de vital importancia la salud intercultural, ya que una de las gestantes participantes de su estudio realizado en mujeres indígenas manifestó “cada uno se cuida como cree”, lo que se traduce en que el personal sanitario está en la obligación de revisar continuamente las costumbres y creencias que las embarazadas llevan consigo sobre sus entornos, para ser consideradas como productoras de cultura y sujetos culturales. Así mismo Ponce (17), en su investigación realizada en Ancash- Perú, observa que existen embarazadas con prácticas y creencias tradicionales que no cumplen adecuadamente con el chequeo prenatal y este hecho se encuentra asociado estrechamente con el grado de instrucción bajo de las embarazadas y de sus familias. Habitualmente estas familias no conocen las medidas preventivas de salud, además relacionan a las enfermedades con hechos sobrenaturales (castigo de la Pacha mama, castigo divino).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La población participante se caracterizó por ser adulta joven (20- 34 años), soltera, contar con instrucción primaria, vivir a menos de 5 km de la unidad de salud, ser ama de casa y poseer un nivel socioeconómico medio típico, ser bilingüe, no contar con cobertura de salud.
- Seis de las ocho variables planteadas resultaron estadísticamente significativas. La edad, estado civil, instrucción, nivel socioeconómico, ubicación geográfica y ocupación demostraron asociación con cumplimiento del control prenatal. Evidenciándose que ser adolescente, casada, tener instrucción inferior a la secundaria, vivir a más de 5 km del centro de salud, estar empleada y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo son factores que influyen para que la gestante no se adhiera adecuadamente a su control prenatal.
- Las costumbres y creencias que se encuentran asociadas al incumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca fueron la asistencia a la partera, uso del manto y el cuidado de la temperatura corporal. Concluyendo que la percepción que poseen las embarazadas respecto al cuidado de su gestación se encuentra estrechamente influenciada por el modelo de salud indígena tradicional y por preceptos socioculturales enraizados.
- Los datos obtenidos son un reflejo claro de la persistencia de desigualdades marcadas en el uso y acceso a los servicios de atención del embarazo a causa de determinantes demográficos, sociales y culturales y a la imperiosa necesidad de fortalecer estrategias y políticas para su abordaje con el objetivo de alcanzar la cobertura universal en atención prenatal.

5.2. Recomendaciones

- Fortalecer el abordaje que el Sistema de Salud le brinda a la interculturalidad.
- Se recomienda realizar más estudios sobre este tema con enfoque en gestantes indígenas
- Socializar al Centro de Salud de Salasaca sobre los resultados de esta investigación con el fin de mejorar la atención brindada a la gestante, además difundir en el personal de salud el manual del MSP sobre la Articulación de saberes y prácticas ancestrales de parteras con el Sistema Nacional de Salud. Salasaca es una población netamente indígena por lo que la cultura es un factor determinante en la adherencia adecuada al control prenatal.
- Fortalecer el club de embarazadas con reuniones periódicas con el fin de promover e incentivar el uso adecuado del control prenatal.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

Título de la propuesta: Plan de capacitación sobre el control prenatal con enfoque intercultural en la Parroquia Salasaca.

Institución Ejecutora:

1. Universidad Técnica de Ambato
2. Investigadora: Ana Carolina Moposita

Beneficiarios:

1. Gestantes y mujeres en edad reproductiva de la Parroquia Salasaca.
2. Profesionales de la Salud del Centro de Salud de Salasaca.
3. Parteras de la Parroquia Salasaca.

Ubicación: Provincia: Tungurahua, Cantón Pelileo, Parroquia Salasaca.

Tiempo estimado para la ejecución: Año 2021, la misma que iniciará inmediatamente después de su aprobación.

Equipo técnico responsable:

Tutor: Dra. Esp. Lorena Santana Mera

Autor: Md. Ana Carolina Moposita

6.2. Antecedentes de la propuesta

La mortalidad materna a nivel mundial es alta. Alrededor de 830 mujeres al día fallecen por motivos relacionados a la gestación y parto. Y la mayoría de dichos fallecimientos

fueron por causas que se pudieron evitar o tratar (2). Los datos obtenidos de este estudio, muestran que el Centro de Salud de Salasaca tiene una cobertura baja en atención prenatal en las gestantes indígenas, debida a múltiples factores sociodemográficos y culturales. Lo que indica que las falencias identificadas deben ser reforzadas mediante capacitaciones permanentes dirigidas para las usuarias como para los profesionales y personal (parteras) que brindan dicha atención. Si bien es cierto el Centro de Salud de Salasaca realiza capacitaciones para las usuarias, sin embargo, no se ha dado el enfoque suficiente a la educación sobre atención del embarazo, su importancia, cuidados del mismo y consecuencias de su no realización. Además, el club de embarazadas del Centro de Salud, no ha tenido el apoyo y empuje necesario, se han venido realizando reuniones trimestrales con poca asistencia y en este último año debido a la pandemia estas reuniones no se han podido dar. Además, los profesionales de la salud desconocen la norma técnica que promueve la articulación de las prácticas y saberes ancestrales de las parteras con el Sistema Nacional de Salud, en la cual se contemplan temas como: referencia y contra referencia MSP - parteras, así como las competencias de cada uno, entre otros. Es por esto que los resultados de esta investigación, exigen intervenciones y acciones inmediatas y consecuentes con el fin de cambiar la situación de salud observada.

6.3 Justificación

Con la aplicación de esta propuesta se busca contribuir a disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno neonatal de la población de estudio, además del incremento de la cobertura en atención prenatal, a partir de la capacitación a los profesionales de la salud, parteras, gestantes y mujeres en edad reproductiva. La actualización de conocimientos en los profesionales de la salud como de las parteras constituirá una verdadera fortaleza. Así como la capacitación y educación a las usuarias, estrategias dirigidas no solo a las mujeres gestantes directamente implicadas sino a todas las mujeres en edad reproductiva con el fin de dar a conocer temas como: cuidado pre-concepcional, la importancia de iniciar el control prenatal tempranamente, los riesgos que implica el incumpliendo del mismo tanto para la madre como para el producto, dar a conocer las competencias de la partera y del médico, etc. Lo que generará reflexión y conocimientos y por ende aportará positivamente para la resolución del problema.

6.4. Objetivos

Objetivo General: Diseñar una estrategia de capacitación sobre el control prenatal con enfoque intercultural.

Objetivos Específicos

- Actualizar a los profesionales del Centro de Salud de Salasaca y las parteras de la comunidad en la implementación y cumplimiento de la Norma Articulación de Saberes y Prácticas de Parteras Ancestrales en el Sistema de Salud Nacional.
- Educar a las gestantes y mujeres en edad fértil de la parroquia sobre la importancia del control prenatal.
- Evaluar el impacto de esta estrategia de capacitación.

6.5. Análisis de factibilidad

6.5.1. Político

Las políticas de estado en lo referente a este tema se encuentran enfocadas en establecer a la salud como un derecho, permitiendo el acceso de manera oportuna y permanente y sin exclusión a acciones, servicios de promoción, salud sexual y reproductiva, atención integral de salud. Esta prestación de servicios estará regida por los principios de calidad, equidad, eficacia, interculturalidad, eficiencia con enfoque género- generacional (28).

6.5.2. Socio Cultural

La capacitación respeta todas las expresiones socio- culturales propias de la mujer indígena en relación con el cuidado de la gestación, con el fin de mantener sus costumbres y tradiciones.

6.5.3. Técnico

Se cuenta con el apoyo del Cabildo de la comunidad, quien contribuirá dando a conocer a toda la comunidad los objetivos del proyecto por medio del alto parlante principal de la

comunidad. Además, de la colaboración de los profesionales de Salud de Centro de Salasaca y del Distrito 18D04.

6.5.4. Económico – Financiero

La propuesta se financiará mediante autogestión y colaboración por parte de instituciones locales: Cooperativa de ahorro y crédito PRODIVISIÓN, Asociación Artesanal Indígena Salasaca y Galería de la Mujer Salasaca. Tomando en cuenta que el costo es bajo si se compara con los beneficios que arrojará.

6.6. Fundamentación Teórica

La Estrategia de Salud Nacional Reproductiva y Sexual se encuentra cimentada en la atención prenatal, evalúa integralmente al binomio madre e hijo con el propósito de evitar la morbi- mortalidad materna y perinatal, mejorando los resultados de la gestación en todos los grupos etarios y poblaciones (3). El chequeo prenatal es una agrupación de procedimientos y accionares presenciales y periódicos, el cual debe ser realizado por un médico (36). Alrededor del 80% de las embarazadas en el Ecuador atiende su parto en una casa de salud, el 12% de estas llega sin haberse realizado ningún control del embarazo. Solo el 24% de las gestantes que si hace uso del control prenatal lo inicio tempranamente es decir en el primer trimestre. Y apenas un pequeño porcentaje se ha preocupado por realizarse un chequeo preconcepcional (5). Existen múltiples factores por los que las gestantes no hacen uso del control prenatal. Las diferencias culturales, sociales o demográficas casi siempre son la causa de desigualdad en lo referente a la salud. Situación que se traduce en un acrecentamiento de la morbi-mortalidad materna y neonatal y por ende en el acceso desigual al servicio de salud (14). Según la Declaración de Derechos Humanos, todo individuo y su familia posee el derecho a una adecuada vida, salud y bienestar. Dentro de este contexto, la promoción de la salud, cumple un importante rol en la creación de conocimientos y en el reforzamiento de destrezas y habilidades a cerca de salud individual y colectiva integral tomando en cuenta a los determinantes ambientales y sociales que actúan sobre la salud (41). Y esta propuesta plantea promocionar la salud, fomentando el buen uso del control prenatal, acciones enfocadas en la gestante y en las mujeres en edad fértil.

6.7 Modelo Operativo

Tabla 17. Modelo operativo

FASES	ETAPAS	METAS	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
Planificación	<p>Socialización de resultados obtenidos en la investigación y propuesta.</p> <p>Autorización y aprobación de las autoridades del Distrito de salud y líderes de la comunidad</p>	Comunicar al distrito de salud y líderes comunitarios sobre resultados obtenidos de la investigación y dar a conocer la propuesta a aplicarse.	<p>Transporte 20.00</p> <p>Impresiones 5.00</p> <p>Copias 2.00</p>	Md Ana Carolina Moposita	1 mes
Ejecución	<p>Actualización y capacitación al personal de salud del centro de salud de Salasaca tipo B y parteras en la implementación y cumplimiento de la norma técnica que promueve la articulación de las prácticas y saberes ancestrales de las parteras con el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Capacitación a las gestantes y mujeres en edad fértil sobre la importancia del control prenatal temprano.</p>	<p>Incremento de la cobertura del control prenatal del Centro de Salud de Salasaca.</p> <p>Disminución de la morbimortalidad materno neonatal de la comunidad.</p> <p>Implementación y cumplimiento de la norma técnica que promueve la articulación de las prácticas y saberes ancestrales de las parteras con el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>Reflexión y apropiación de conocimientos sobre la importancia del control prenatal.</p>	<p>Transporte 100.00</p> <p>Impresiones 50.00</p> <p>Refrigerios 300.00</p> <p>Material de escritorio, audiovisual, didáctico 70.00</p>	Md Ana Carolina Moposita Integrantes del Equipo de Atención Integral en Salud.	10 meses
Evaluación	Comparar tasa de cobertura del control prenatal años 2020- 2021	Identificar incremento en las tasa de cobertura en atención prenatal del Centro de Salud de Salasaca.	Impresiones 2.00	Md Ana Moposita y colaboradores.	1 mes

6.8 Administración



Gráfico 2. Administración de recursos

Elaborado por: Moposita, Ana

6.9 Previsión de la evaluación.

Para evaluar el impacto de la propuesta, se realizará una comparación de las coberturas de atención prenatal de los años 2020 y 2021. Además de valorar tasas de morbimortalidad materno neonatal de la comunidad estudiada.

Bibliografía

1. Barrientos Montero M, García Rabanal D, Gómez García A, Gómez Marcos M, Orobón Martínez M, Ramos Delgado E, et al. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Primera ed. Comunitaria SCdMdFy, editor. España ; 2017.
2. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Online]; 2016. Acceso 12 de Enero de 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=2C08448CD124EE98F1366317E3BAEFC9?sequence=1>.
3. MSP. Control Prenatal. Guía Práctica Clínica. Segunda ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016.
4. Ministerio de Salud Pública. Gacetas Muerte Materna. [Online].; 2020. Acceso 12 de Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/Gaceta-de-MM-SE-441.pdf>.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC buenas cifras, mejores vidas. [Online].; 2019. Acceso 03 de Octubre de 2020. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2019/Presentacion_ED_G%20_2019.pdf.
6. OPS, CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: Aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural Santiago de Chile: Naciones Unidas ; 2016.
7. MSP. Atención del embarazo y parto con pertinencia intercultural. Primera ed. Ecuador : Editex; 2016.
8. Gonzaga Soriano M, Zonana Nacach A, Anzaldo Campos M, Olazarán Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud pública Méx. 2014; 56(1): p. 32-39.
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal, Guía de asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol. 2018; 61(5): p. 510-527.
10. OMS. Mortalidad materna. [Online]; 2019. Acceso 11 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna,de%2012%20por%20100%20000>.

11. INEC. Ecuador en cifras. [Online]; 2016. Acceso 21 de 3de 2018. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza2/>.
12. Lugones Botell M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 44(1).
13. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev. Fac. Med.* 2017; 65(2): p. 305-10.
14. Munares García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología [Internet]*. 2013; 17(2): p. 1-8.
15. Pazmiño Ozorio S, Guzmán N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*. 2019; 60(1).
16. Sánchez Gómez A, Cevallos W, Grijalva M, Silva Ayçaguer L, Tamayo S, Jacobson J, et al. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Rev Panam Salud*. 2016; 40(5): p. 141-6.
17. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash-Perú. *Memorias del II Congreso Binacional de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Universidades*. 2017; 28(1).
18. Gonçalves Guimarães W, Pereira Parente R, Ferreira Guimarães, T, Garnelo L. Acceso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad.Saúde Pública*. 2018; 34(5).
19. SENPLADES. Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021. [Online].; 2017. Acceso 15 de Marzo de 2018. Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
20. Machado Medrano S, Molinares Pérez A, Urzola Montes L, Valdés Fernández M. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo. *Repositorio. UNISUCRE*. 2017.
21. Castillo Ávila I, Fortich Acuña L, Padilla Yáñez J, Monroy Gascón M, Morales Pérez Y, Ahumada Tejera A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*. 2017; 33(1).
22. Oime Ochoa M, Ruiz Manjarrez Y. Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de

- gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribia, La Guajira. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2018; 16(2): p. 21-31.
23. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela A, Nigendac G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit.* 2019.
 24. Dansereau E, McNellan C, Gagnier M, Desai S, Haakenstad A. Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica. *BMC Embarazo y Parto.* 2017; 16(1).
 25. Alfaro Alfaro N , Villaseñor Farías M, Valadez Figueroa I, Guzmán Sánchez A, González Torres Y. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Medigraphic.* 2006; 3(1).
 26. Barrantes Valverde K, Cubero Cubero M. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica.* 2014; 9(1): p. 29-42.
 27. Molina M. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé (Santiago).* 2006; 15(2): p. 93-103.
 28. Asamblea Constituyente. *Constitucion De La República Del Ecuador Quito;* 2008.
 29. Congreso Nacional. *Código de la niñez y adolescencia Quito;* 2013.
 30. Congreso Nacional. *Ley Orgánica De Salud Quito;* 2015.
 31. Congreso Nacional, Comisión de Legislación y Codificación. *Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.* [Online].; 2014. Acceso 13 de 5 de 2020. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf.
 32. Campos Navarro R, Peña Sánchez E, Maya A. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva.* 2017; 13(3): p. 443-445.
 33. Badillo Zúñiga J, Bermúdez González A. La cosmovisión, conjunto articulado de sistemas ideológicos para el conocimiento y comprensión de los cuidados tradicionales. *Cultura de los cuidados.* 2018; 0(49): p. 65-73.

34. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Protocolo de Atención Preconcepcional Bogotá -Colombia: Editex; 2017.
35. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía AETSA GdPCeeS, editor.; 2014.
36. IMSS. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica Clínica CTdE, editor. México; 2017.
37. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena ed. Chile; 2018.
38. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. Rev. Med. Clin. Condes. 2016; 25(6): p. 880-886.
39. Bauserman M, Lokangaka A, Thorsten V, Tshetu A, Goudar S, Esamai F, et al. Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low- and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort analysis. *Reprod Health*. 2016; 12(2:S5).
40. Sajedinejad S, Majdzadeh R, Vedadhir A, Tabatabaei M, Mohammad K. Maternal mortality: a cross-sectional study in global health. *Global Health*. 2016; 11(4).
41. Andrade Z, Heredia I, Fuentes E, Alcalde J, Bravo L. Atención prenatal en grupo: efectividad y retos de su implementación. *Rev Saude Publica*. 2019; 53(85).
42. Universidad Nacional de Colombia - Alianza. Guía de práctica clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 64(3).
43. OMS. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS Ginebra; 2017.
44. CESFAM. Control Prenatal. Primera ed. Mariquina - Chile ; 2016.
45. Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC). Embarazo. [Online]; 2020. Acceso 23 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/during.htm>.
46. Borobio V, Bannasar M, Sabriá J, Marimo E. Protocolo: Screening Ecográfico. *Rev. Clinic Barcelona - Hospital Sant Joan De Déu*. 2016.

47. MSP. Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Primera ed. Quito: MSP, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna; 2017.
48. OPS. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe Washington, D.C; 2017.
49. Martínez J, Jácome N. Depresión en el embarazo. *Rev colomb psiquiat.* 2019; 48(1): p. 58–65.
50. Orane Hutchinson A. Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD.* 2016; 16(1).
51. Castillo Santana P, Vallejo Rodríguez E, Cotes Cantillo K, Castañeda Orjuela C. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saude soc.* 2017; 26(1): p. 61-74.
52. Cárdenas C, Pesantes M, Rodríguez A. Interculturalidad en Salud: Reflexiones a partir de una Experiencia Indígena en la Amazonia Peruana. *Anthropologica* año XXXV. 2017; 35(39): p. 151-69.
53. Rodríguez Páez F, Jiménez Barbosa W, Coral Córdoba A, Ramírez Solano P, Ramos Navas N. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): p. 212-227.
54. Navarro Pérez C, González Jiménez E, Schmidt RioValle J, Meneses Echávez J, Martínez Torres J, Ramírez Vélez R. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Nutr Hosp.* 2015; 32(3): p. 1091-8.
55. Cruz León A, Luna-Victoria F. Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal. *Salud en Tabasco.* 2017; 20(2): p. 63-8.
56. Barrera Luna R. El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. *Revista de Claseshistoria.* 2013;(2): p. 2.
57. Atienzo E, Suárez López L, Meneses Palomino M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Rev Med Hered.* 2016; 27: p. 131-8.
58. Laza Vásquez C, Ruiz de Cárdenas C. El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida. *Av. enferm.* 2009; 27(2): p. 113-26.

59. González D. La partería ancestral en el Ecuador: apuntes etnográficos, interculturalidad y patrimonio Cultural INdP, editor. Quito: Ediecuatorial; 2014.
60. Jiménez S, Blanca P, Figueroa J. Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2008; 12(3): p. 161-8.
61. Gazo Robles J. Medicina popular y sus agentes tradicionales: sobadores, parteros y curanderos en zonas urbanas. *Revista Nicaragüense de Antropología*. 2017;(1).
62. Quattrocchi P. ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán Yucatán - México ; 2006.
63. MSPAS/OPS/OMS. Perfil de salud de los pueblos indígenas de Guatemala. 1st ed. Guatemala; 2015.
64. Sandberg J, Quandt S, Graham A, Stub T, Mora D, Arcury T. Medical Pluralism in the Use of Sobadores among Mexican Immigrants to North Carolina. *J Immigr Minor Health*. 2017;; p. 1-9.
65. Mejía Mendoza M, Laureano Eugenio J, Gil Hernández E, Ortiz Villalobos R, Blackaller Ayala J, Benítez Morales R. Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 66(4): p. 242-52.
66. Monje C. Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Guía didáctica. Primera ed. Neiva: Editex; 2014.
67. Ruiz M, Borboa M, Rodríguez J. El enfoque mixto de investigación. *Revista Académica de Investigación*. 2013;(13).
68. Cascante J. Métodos mixtos de investigación. Primera ed. Colombia: Promade; 2011.
69. Sandoval C. Investigación cualitativa. *Rev. investigación social*. 2013.
70. Del Canto E, Silva A. Metodología cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. *Rev. Ciencias Sociales*. 2013; III(141).
71. Rodríguez Bendezú J. “Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla. Tesis Doctoral.
72. Betancourt A, García M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*. 2019; 4(7).
73. Álvarez Huante Y, Muñoz Cortés G, Chacón Valladares P, Gómez Alonso C. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en

- adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. *Atención Familiar*. 2017; 24(3): p. 107-11.
74. Liang Y, Chang H, Lin Y, Lin L, Chen W. Factors affecting adequate prenatal care and the prenatal care visits of immigrant women to Taiwan. *J Immigr Minor Health*. 2017; 16(1): p. 44-52.
75. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición MSP. [Online]; 2017. Acceso 3 de 4 de 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>.
76. The World Bank Group. Prosperity for all ending extreme poverty. [Online].; 2014. Acceso 23 de 3 de 2018. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1327948020811/8401693-1397074077765/Prosperity_for_All_Final_2014.pdf.
77. García Hernández G. Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2014;(77): p. 13-53.
78. Paz Zulueta M. Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria. Tesis doctoral.
79. Rivera Felix L, Burgos López N, Gómez Dias J, Moquillaza Alcántara V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *An Fac med*. 2018; 79(2): p. 131-37.
80. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Salasaca. Plan de desarrollo y ordenamiento territorial. [Online].; 2015. Acceso 23 de Septiembre de 2020. Disponible en: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1865014460001_PDyOT%20PARROQUIA%20SALASAKA%20VERSION%20UNO_19-05-2015_23-03-12.pdf.
81. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Salasaka. Plan Estratégico de la parroquia Salasaka. [Online]; 2014. Acceso 22 de Octubre de 2020. Disponible en: <http://gobiernoparroquialsalasaka.gob.ec/archivos/PLAN-PARROQ%20SALASAKA-%202009-2014.pdf>.
82. Salguero Jimenez L, Álvarez Rodriguez F. Factores causales de complicaciones en el trabajo de parto, de los Centros de Salud del Valle Alto, Cochabamba. *Rev Cient Cienc Méd*. 2011; 14(1).

83. Pulido Acuña G, Vásquez Sepúlveda P, Villamizar Gómez L. Uso de hierbas medicinales en mujeres gestantes y en lactancia en un hospital universitario de Bogotá (Colombia). *Index de Enfermería*. 2012; 21(4).
84. Endara L, Pozo F, Soria S. *Medicina Tradicional Andina y Plantas Curativas: herbolario de plantas curativas y nutricionales para vivir dignamente en armonía con la naturaleza*. 1st ed. Pública MdS, editor. Quito; 2008.
85. Rodríguez M. Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en el México virreinal. *Anuario de Estudios Americanos*. 2000; 32(4).
86. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2006; 23(1).
87. Lasso Toro P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensam. psicol.* 2016; 10(2).

ANEXOS

Anexo 1. Acta de consentimiento informado.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud

Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud Salasaca tipo B

Salasaca, de del

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el anhelo de alcanzar el bien común y contribuir para alcanzar un "ECUADOR SIN MUERTE MATERNA" se ha propuesto este estudio. La cual será guiada por la Md. Ana Carolina Moposita Yumiguano, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato. El objetivo de este estudio es establecer la Asociación entre los factores sociodemográficos y culturales y el cumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas en la comunidad de Salasaca, 2019 - 2020.

Si usted acepta contribuir con este estudio, deberá responder preguntas en una entrevista y encuesta. La información obtenida se registrará y grabará, de esta manera la autora podrá tomar y transcribir la información emitida. Cabe recalcar que su intervención es voluntaria y la información obtenida será confidencial y tan solo podrá ser utilizada con este fin. En el caso de presentar incomodidades o inquietudes, usted puede expresarlas en cualquier momento. El participante es libre de retirarse en el momento que desee de la investigación, sin que se le perjudique de forma alguna. No existe ningún riesgo aparente y el beneficio será contribuir a mejorar la atención en salud materna con un enfoque intercultural y por ende disminuir la morbi-mortalidad materna. Si usted, decide participar no recibirá remuneración. Desde ya agradezco su participación.

Yocon CI.....He sido informada por la investigadora Ana Carolina Moposita, leído, preguntado libremente y comprendido todas las cláusulas de esta investigación y acepto participar voluntariamente en la misma, también soy consciente que puedo retirarme en cualquier momento si así lo decidiera sin perjuicios.

Yo.....con CIpresentante legal de.....quien es menor de edad, he sido informado/a por la investigadora Ana Carolina Moposita, leído, preguntado libremente y comprendido todas las cláusulas de esta investigación y autorizo que mi representada participe voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarse en el momento que ella así lo decidiera sin perjuicios.

Nombres del participante.....Firma/huella

Nombres del representante legalFirma/huella

Firma del investigador

Anexo 2. Encuesta

Tema: Asociación entre los factores sociodemográficos y culturales en el cumplimiento del control prenatal en las gestantes indígenas en la comunidad de Salasaca.

Instrucciones: Lea cuidadosamente y marque con una X su respuesta.

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN: _____

EDAD:

1. Adolescente (11–19 años)
2. Adulto joven (20-34 años)
3. Adulto medio (35-49 años)

IDIOMA

1. Castellano
2. Castellano y quechua
3. Quechua

ESTADO CIVIL

1. Soltera
2. Casada
3. Unión estable
4. Divorciada
5. Viuda

COBERTURA DE SALUD

1. Si
2. No

CONTROLES PRENATALES

#controles _____

Edad gestacional _____

INSTRUCCIÓN

1. Ninguna
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior
5. Especialidad
- 6.

*Llena la encuestadora

1. Bueno: 100-75%
2. Regular: <75-50%
3. Malo: <50%

NIVEL SOCIOECONÓMICO (ENCUESTA INEC)

1. Alto de 845.1 a 1000 puntos
2. Medio alto de 696.1 a 845 puntos
3. Medio típico de 535.1 a 696 puntos
4. Medio bajo de 316.1 a 535 puntos
5. Bajo 0 a 316 puntos

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Menos de 5 km
2. 5 km o más.

Anexo 3. Encuesta nivel socio- económico INEC

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA CON UNA (X) EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	
1. Cuál es el tipo de vivienda	
Suite de lujo	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa / villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza /covacha /otro	0
2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:	
Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ tapia	47
Caña revestida o bahareque /madera	17
Caña no revestida / otros materiales	0
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/ caña /otros materiales	0
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	32
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:	
No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18
Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38

ACCESO A TECNOLOGÍA	
1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?	0
No	45
Si	
2. ¿Tiene computadora de escritorio?	0
No	35
Si	
3. ¿Tiene computadora portátil?	0
No	39
Si	
4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?	
No tiene celular nadie en el hogar	0
Tiene 1 celular	8
Tiene 2 celulares	22
Tiene 3 celulares	32
Tiene 4 ó más celulares	42
POSESION DE BIENES	
1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?	0
No	19
Si	
2. ¿Tiene cocina con horno?	0
No	29
Si	
3. ¿Tiene refrigeradora?	0
No	30
Si	
4. ¿Tiene lavadora?	0
No	18
Si	
5. ¿Tiene equipo de sonido?	0
No	18
Si	
6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?	
No tiene TV a color en el hogar	0
Tiene 1 TV a color	9
Tiene 2 TV a color	23
Tiene 3 o más TV a color	34
7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?	0
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	6
Tiene 1 vehículo exclusivo	11
Tiene 2 vehículos exclusivos	15
Tiene 3 o, más vehículos exclusivos	

HABITOS DE CONSUMO	
1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?	
No	0
Si	6
2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?	
No	0
Si	26
3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?	
No	0
Si	27
4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?	
No	0
Si	28
5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lectura de trabajo ¿alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?	
No	0
Si	12
ACTIVIDAD ECONOMICA DEL HOGAR	
1. Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino y/o ISSFA o ISSPOL)	
No	0
Si	39
2. Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?	
No	0
Si	55
3. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	46
Empleo de oficina	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	18
Trabajador calificado agropecuario y pesquero	17
Oficiales operativos y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas Armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos



suma de puntajes finales

Anexo 5. Entrevista semiestructurada

Preguntas guía

1. ¿Considera que es importante cuidar de su embarazo?
2. ¿A dónde acude para la atención o control de su embarazo?
3. ¿Acude a la partera?
4. ¿Su madre, abuela o familiares le brindan consejos sobre el cuidado de su embarazo? ¿Cuáles?
5. ¿Qué cuidados adicionales realiza usted durante su embarazo?
6. ¿Se realiza la maniobra de manteo para el cuidado del embarazo?
7. ¿Toma aguas medicinales para el cuidado del embarazo?
8. ¿Cuál es su opinión sobre el control de la temperatura en el cuidado del embarazo?