

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



**“RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS  
Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA, AREQUIPA MAYO – JUNIO,  
2016”**

**Tesis presentada por las  
Bachilleres:**

**JIMÉNEZ CHATA KAREN ISIS**

**PILCO MONROY YOLA LIZBETH**

Para optar el título profesional de:  
Licenciadas en Obstetricia.

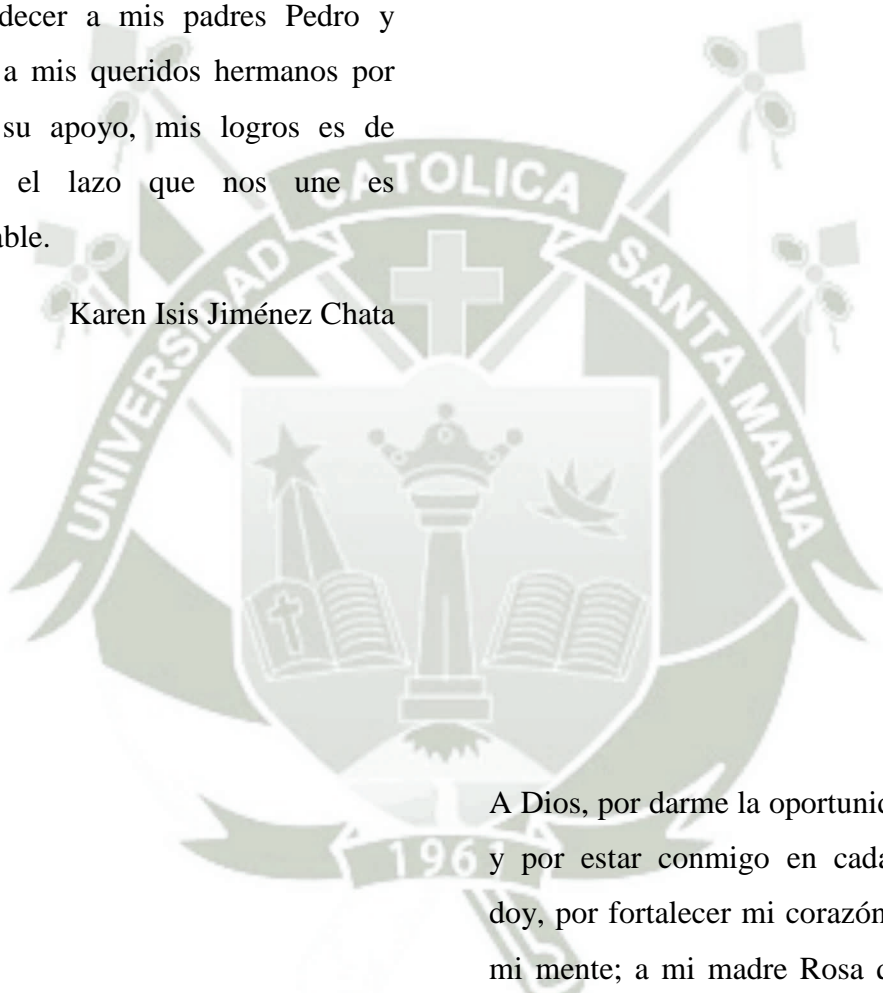
**AREQUIPA – PERÚ**

**2016**

## DEDICATORIA

Gracias a Dios por brindarme salud y vida. Agradecer a mis padres Pedro y Marcelina, a mis queridos hermanos por brindarme su apoyo, mis logros es de ustedes y el lazo que nos une es inquebrantable.

Karen Isis Jiménez Chata



A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente; a mi madre Rosa que ha sido mi soporte y compañía durante mi periodo de estudio.

Yola Lizbeth Pilco Monroy

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
2. OBJETIVOS .....	16
3. MARCO TEÓRICO.....	17
4. HIPÓTESIS.....	33
<b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b> .....	34
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN ...	35
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	37
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	41
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b> .....	43
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</b> .....	63
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	67
1. Conclusiones .....	67
2. Recomendaciones.....	67
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	72
Anexo N° 01: Instrumento de Recolección de Datos.....	72
Anexo N° 02: Ficha de Observación Documental .....	74
Anexo N° 03: Test de Apgar Familiar.....	75
Anexo N° 04: Consentimiento Informado.....	76
Anexo N° 05: Solicitud de Permiso .....	77
Anexo N° 06: Delimitación Gráfica del Lugar .....	78
Anexo N° 08: Secuencia Fotográfica .....	81

## RESUMEN

La familia es un pilar importante en la sociedad, que interviene en el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros; así mismo, el embarazo puede condicionar cambios entre el entorno familiar y una variación en su funcionamiento habitual. El control prenatal es un conjunto de actividades asistenciales y preventivas que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre, del recién nacido y de esta manera lograr una mayor protección a la salud.

**Objetivos:** Determinar las características socio demográficas y la funcionalidad familiar y su relación con la asistencia al control prenatal en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola.

**Material y Métodos:** Fue un estudio relacional, observacional, de campo y de corte transversal, con una muestra de 81 puérperas inmediatas que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se les aplicó un cuestionario donde la primera parte fue para las características socio demográficas, la segunda parte consistió en la asistencia al control prenatal y por último una encuesta acerca de la funcionalidad familiar valorado mediante el test de Apgar familiar de Smilkstein. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22.0, en él se realizó la Prueba de chi cuadrado de independencia.

**Resultados:** Se encontró en las características socio demográficas de las puérperas inmediatas que el grupo etario que predominó fue entre 18 a 22 años en un 30.9%; el 59.3% tuvieron un grado de instrucción secundaria y el 84.0% estado civil conviviente, también se encontró que la mayor proporción de puérperas inmediatas cuentan con seguro integral de salud en un 90.1%; el 59.3% tuvieron ocupación de ama de casa; mientras que el 79.8% tuvieron una accesibilidad geográfica cercana al establecimiento de salud y sólo el 43.2% urbana. En cuanto a la funcionalidad familiar el 42.0% de las puérperas inmediatas presentaron una disfunción familiar leve; mientras que sólo el 11.1% de ellas tuvieron una función familiar normal. La asistencia al control prenatal que tuvieron las puérperas inmediatas en el I Trimestre

de gestación fue un 46.9% y sin embargo sólo el 27.2% de las puérperas inmediatas presentaron una regularidad adecuada al control prenatal.

**Conclusiones:** Se muestra una relación estadística significativa entre el grado de disfunción familiar de las puérperas inmediatas con la frecuencia inadecuada al control prenatal.

**Palabras Clave:** Características socio demográficas, Funcionalidad Familiar, Control Prenatal.



## ABSTRACT

The family is an important pillar in society, which is involved in the growth and development of each of its members; Likewise, pregnancy can influence changes between the family environment and a change in its normal operation. Prenatal care is a set of prevention and care activities performed in pregnant women, in order to protect the health of the mother, newborn and thus achieve greater health protection.

**Objectives:** To determine the socio-demographic characteristics and family functioning and its relationship with prenatal assistance in immediate puerperal Health Center Maritza Campos Diaz, Zamácola.

**Material and Methods:** It was an observational relational field study and cross-section, with a sample of 81 immediate postpartum women who met the criteria for inclusion and exclusion were applied a questionnaire where the first part was for socio-demographic characteristics the second part consisted of prenatal assistance and finally a survey on family functioning assessed by the Apgar family test Smilkstein. For statistical analysis the SPSS 22.0 program in the chi square test of independence was made was used.

**Results:** It was found in the socio-demographic characteristics of the immediate postpartum women the predominant age group was between 18 to 22 years 30.9%; 59.3% had a high school degree and 84.0% a common law marriage, was also found that the highest proportion of immediate postpartum women have comprehensive health insurance at 90.1%; 59.3% had occupation of housewife; while 79.8% had a close geographical accessibility to health facility and only 43.2% urban. As for the familiar functionality 42.0% of the immediate postpartum women had mild family dysfunction; while only 11.1% of them had a normal family function. Attendance at antenatal who had the immediate postpartum women in the first trimester was 46.9% and yet only 27.2% of the immediate postpartum women had adequate prenatal care regularly.

**Conclusions:** A significant statistical relationship between the degree of family dysfunction immediate postpartum women with inadequate prenatal care frequency is displayed.

**Keywords:** Sociodemographic characteristics, family functioning, Prenatal Control.



## INTRODUCCIÓN

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso que transmite valores culturales y morales a sus miembros. Es por ello que una buena comunicación en el entorno familiar sería un factor importante para la prevención de diversos factores de riesgo ante la presencia de un embarazo en un miembro de la familia.

La funcionalidad familiar entre la pareja es determinante durante la gestación, algunas modificaciones que se presenten en la relación puede constituir un fuente de apoyo o de inseguridad en la futura mamá.

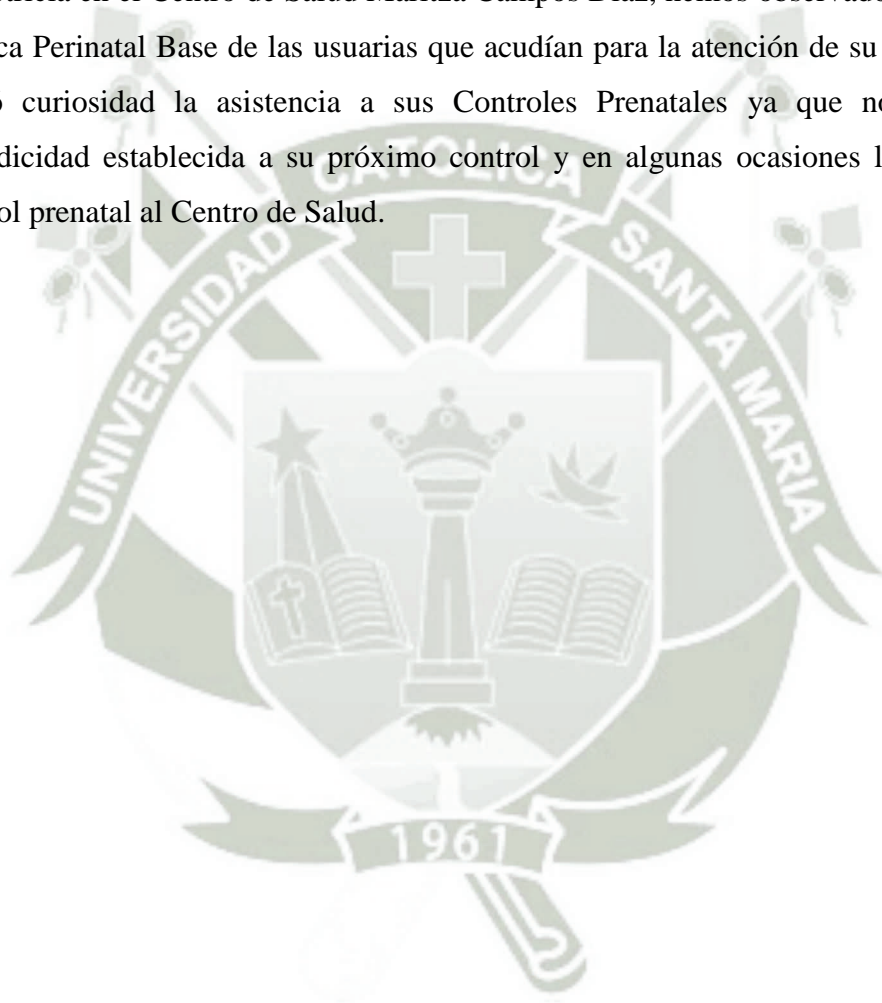
La familia disfuncional se define como aquella que se ve imposibilitada para realizar de forma adecuada sus funciones familiares, lo cual afecta áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo en la familia. Esta se puede manifestar a través de un conjunto de respuestas motoras y cognitivas, en un intento inicial de adaptación.

Las características socio demográficas en la gestante como la edad, ocupación laboral y otros factores pueden ser determinantes en la asistencia o a una frecuencia adecuada al control prenatal. La forma en que la gestante perciba su vida según el grado de desventaja socioeconómica, de estar sola, de no tener un trabajo seguro y una funcionalidad familiar en donde la gestante tiene poca comunicación con los miembros de la familia; le podría condicionar una frecuencia inadecuada o inasistencia al control prenatal y con ello reduciría las posibilidades del personal de salud de poder vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado del recién nacido.

El control prenatal es el eje inicial para la adecuada atención materna y que conjuntamente con el parto y el seguimiento del recién nacido serían una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna y neonatal. Por lo que el abandono al control prenatal no necesariamente lleva a la no asistencia del parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud, porque limitaría el contacto entre el profesional de salud y el paciente.

En este estudio nos hemos propuesto conocer las características socio demográficas, la funcionalidad familiar y la asistencia al control prenatal que tuvieron las puérperas inmediatas en todo el embarazo hasta el momento del parto.

También tuvimos como propósito valorar si existe relación entre las características socio demográficas y la funcionalidad familiar de las puérperas inmediatas con la asistencia al control prenatal; ya que durante el trabajo realizado como internas de Obstetricia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, hemos observado la Historia Clínica Perinatal Base de las usuarias que acudían para la atención de su parto y nos causó curiosidad la asistencia a sus Controles Prenatales ya que no tenían la periodicidad establecida a su próximo control y en algunas ocasiones llegaban sin control prenatal al Centro de Salud.





## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1 ENUNCIADO

“Relación entre las características socio demográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en púerperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio, 2016”.

#### 1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

##### a) ÁREA DEL CONOCIMIENTO

- **ÁREA GENERAL:** Ciencias de la Salud
- **ÁREA ESPECÍFICA:** Materno Perinatal
- **ESPECIALIDAD:** Obstetricia
- **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Salud Familiar

b) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<b>Variable Interviniente</b>		
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS</b>	<b>Edad</b>	18 – 22 23 – 27 28 – 32 33 – 37 38 – 45
	<b>Grado De Instrucción</b>	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	<b>Estado Civil</b>	Soltera Casada Conviviente Viuda
	<b>Tipo de Seguro</b>	SIS No SIS ESSALUD Privado
	<b>Ocupación</b>	Estudiante Ama de casa Trabajo eventual Trabajo estable
	<b>Accesibilidad Geográfica</b>	Cerca (10 a 30 minutos) Lejos (40 a 90 minutos) Muy lejos (90 minutos a más)
	<b>Lugar de Residencia</b>	Rural Urbana Periurbana

Variable Independiente		
<p><b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b></p>	<p><b>Apgar Familiar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Función Familiar Normal (17-20)</li> <li>- Disfunción Familiar Leve (16-13)</li> <li>- Disfunción Familiar Moderada (12-10)</li> <li>- Disfunción Familiar severa (<math>\leq 9</math>)</li> </ul>
VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Variable Dependiente		
<p><b>ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL</b></p>	<p><b>Inicio al control prenatal</b></p>	<p>I Trimestre (4 a 13 semanas)</p>
		<p>II Trimestre ( 14 a 28 semanas)</p>
		<p>III Trimestre (29 semanas en adelante)</p>
		<p>Sin controles prenatales</p>
	<p><b>Frecuencia a los controles prenatales</b></p>	<p>ADECUADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Controles prenatales hasta las 32 semanas</li> <li>- 2 Controles prenatales entre las 33 y 36 semanas</li> <li>- 1 Control prenatal semanal desde las 37 semanas</li> </ul>
		<p>INADECUADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;4 Controles prenatales hasta las 32 semanas</li> <li>- &lt;2 Controles prenatales entre las 33 y 36 semanas</li> <li>- &lt;1 Control prenatal semanal desde las 37 semanas</li> </ul>

**c) INTERROGANTES BÁSICAS**

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas y la funcionalidad familiar en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio 2016?
2. ¿Cómo es la asistencia a los controles prenatales de las puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio, 2016?
3. ¿Cuál es la relación de las características socio demográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio 2016?

**d) TIPO DE INVESTIGACIÓN**

- De Campo

**e) NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

- Relacional

### 1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se justifica el estudio por tener:

Conveniencia, ya que se aportara datos estadísticos, sobre la realidad de la asistencia al control prenatal en relación a las características socio demográficas y la funcionalidad familiar de las puérperas inmediatas del centro de salud Maritza campo Díaz.

Originalidad, no habiendo antecedentes investigativos de trabajos similares a nivel local.

Relevancia científica, por el aporte estadístico que implicara aclarar la relación de las características socios demográficos y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal de las puérperas inmediatas.

Relevancia contemporánea, por la importancia actual que tiene la asistencia al control prenatal de la gestante desde el primer trimestre de gestación y para la mejora del centro obstétrico y de la institución.

Relevancia social, ya que una muerte materna es considerada un problema de salud pública y causa un grave impacto sobre la sociedad. Una asistencia inadecuada al control prenatal puede ser perjudicial para la futura mama y recién nacido es por eso que es necesario realizar esta investigación y con los resultados beneficiar a todas las usuarias que acuden para su control prenatal y la atención de su parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, así también poder brindar alternativas de mejora que ayuden a una frecuencia adecuada al control prenatal de las usuarias.

Interés personal, para nosotras futuras Obstetras, cual es un compromiso para nuestra futura labor, el velar por el bienestar del trinomio Madre, hijo y padre, ya que gracias al mismo tendremos una buena base para la sociedad.

Es factible, porque se ha garantizado para la ejecución del presente estudio la disponibilidad de recursos humanos, financieros y materiales que determinan, en última instancia los alcances de la investigación.

## 2. OBJETIVOS

- 2.1 Determinar las características socio demográficas y la funcionalidad familiar en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio, 2016.
- 2.2 Determinar la asistencia a los controles prenatales en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio, 2016.
- 2.3 Relacionar las características socio demográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola. Arequipa, Mayo – Junio, 2016.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 MARCO CONCEPTUAL

##### 3.1.1 LA FAMILIA:

La familia desde una perspectiva psicosocial, es vista como un sistema al que pertenece el individuo y la misma debe favorecer un estilo de vida saludable. Es un contexto complejo e integrador y unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo (10).

Es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales. La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas. (11).

##### 3.1.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA :

Las funciones que cumple la familia son múltiples y esenciales para el desarrollo de la persona y para la sobrevivencia y estabilidad de la sociedad. El grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal y se constituye en el eslabón fundamental del sistema social.

La construcción de la realidad y sus experiencias serán percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos que el individuo posee para manejarse en el mundo provienen de la familia.

La naturaleza de las funciones familiares y el grado en que éstas son compartidas por otras instituciones son variables en el tiempo y en las

diferentes culturas. No obstante, un núcleo familiar cumple básicamente las siguientes funciones:

- a) Satisfacción de necesidades biológicas tendientes a la reproducción, crianza y cuidado de los hijos.
- b) Satisfacción de necesidades psicológicas que generan una matriz de experiencias afectivas y vinculares que van gestando la vivencia de pertenencia sobre la cual se desarrolla la identidad personal. Estos lazos afectivos establecen responsabilidades mutuas y sentimientos de pertenencia que hacen que cada grupo familiar adquiera características supra-individuales, es decir, se constituye en una totalidad distinguible y única.
- c) Funciones de socialización, dado que la familia es la principal transmisora de la cultura, ya que enseña las creencias, valores, normas y conductas deseables de su grupo social.
- d) Funciones económicas, dado que la unidad familiar se constituye en un sistema de producción y compra de servicios y bienes para lograr la subsistencia de sus integrantes.
- e) Cumple también una función de mediadora con diferentes estructuras sociales ya que relaciona a los integrantes de la familia con otras unidades del sistema social.

Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad a los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes.

### 3.1.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR (13):

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

La Funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

#### **Criterios para Funcionalidad Familiar:**

- **Comunicación:** Clara, directa, específica y congruente
- **Individualidad:** Autonomía respetada e indiferencias toleradas
- **Toma de Decisiones:** Buscar la solución más apropiada para cada problema
- **Reacción a los eventos críticos:** Flexible para adaptarse a las demandas exigentes (13).

Un funcionamiento familiar saludable (14), implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto.

Entre las cualidades que se destacan de un buen funcionamiento familiar son; la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas.

Teoría de la Organización Sistémica según Marie Louise Friedemann (7). Este estudio está basado fundamentalmente en la teoría de la Organización Sistémica de la Dra. María Luisa Friedemann publicada inicialmente en 1989, cuya finalidad es contribuir al conocimiento de la familia, y tiene en cuenta los siguientes paradigmas: ambiente, persona y salud además de incluir los conceptos de familia y salud familiar como guías en la explicación de la funcionalidad sistémica de los individuos, los sistemas sociales y ambientales, y la interacción entre ellos.

La teoría de la organización sistémica define conceptos importantes a tener en cuenta a saber (7):

**Ambiente:** Para Friedemann (7), el ambiente es el contexto dinámico ineludible en el que cada sistema central se desarrolla. Además, todos los sistemas vivientes intercambian materia, energía, e información y son tanto interrelacionados como interdependientes. Toda la materia y la energía están organizadas en sistemas. Los sistemas están definidos por ritmos y patrones espaciales.

**Persona:** De las proposiciones de esta teoría se define la persona como: “seres humanos que tienen la habilidad de darse cuenta, de ser consciente de su dependencia de las fuerzas de la naturaleza y prever la muerte. (7)

**Familia.** La autora da gran importancia a la familia al reconocer que ésta es transmisora de valores, cultura, satisface las necesidades de sus integrantes, de tipo físico seguridad, procreación, habilidades sociales a sus miembros. Ayuda al crecimiento personal y al desarrollo, permite la creación de lazos afectivos entre sus miembros, y promueve la existencia de propósitos de vida y su significado a través de la espiritualidad. (15)

**Salud:** De acuerdo al marco de la Organización Sistémica (8) la salud no es absoluta, nunca está totalmente presente, ni tampoco completamente ausente, es la experiencia o percepción de la congruencia del sistema

evidenciada en todos los niveles de los sistemas de individuos, los subsistemas, y el contacto con el sistema ambiental, por lo tanto cuando una persona o familia se encuentra enferma puede conducir a la ansiedad y a la incongruencia del sistema.

**Salud Familiar.** Friedemann, considera que la salud familiar se logra a través del balance de las cuatro metas como son la estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad de forma dinámica y de acuerdo con la situación cambiante a nivel familiar, por consiguiente, la salud familiar se da si existen los siguientes criterios:

- Estrategias pertenecientes a las cuatro dimensiones.
- Sistema familiar congruente con los sistemas de contacto de su entorno.
- Congruencia dentro del sistema, refiriéndose a que todos los miembros de la familia están satisfecho con esta.

#### **3.1.4 TEST DE APGAR FAMILIAR (13):**

El cuestionario Apgar Familiar - Family APGAR - fue diseñado en 1978 por Smilkstein (20) para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo Apgar hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnertship), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

- **PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

#### **3.1.4.1. VALIDACION DEL TEST DE APGAR FAMILIAR**

La validación inicial del Apgar Familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).

Posteriormente, el Apgar Familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del Apgar Familiar fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos.

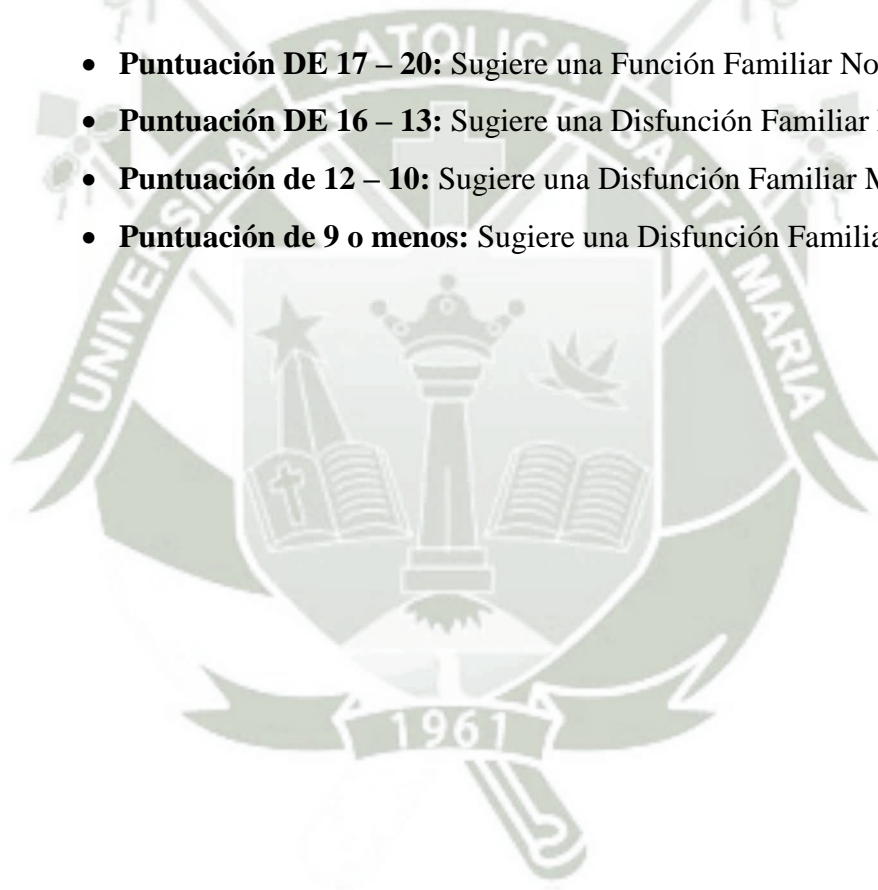
De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

## **BAREMO DEL TEST DE APGAR FAMILIAR**

### **PUNTACIÓN**

Luego de haber aplicado el cuestionario es momento de saber la puntuación:

- **Puntuación DE 17 – 20:** Sugiere una Función Familiar Normal.
- **Puntuación DE 16 – 13:** Sugiere una Disfunción Familiar Leve.
- **Puntuación de 12 – 10:** Sugiere una Disfunción Familiar Moderada.
- **Puntuación de 9 o menos:** Sugiere una Disfunción Familiar Severa.



### 3.2 CONTROL PRENATAL:

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (15). El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" (16).

El control prenatal (CPN) es una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción Conjunta de conocimientos, la aceptación y practica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido (17).

La información y orientación en control prenatal es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal. Está destinada a brindar información y orientación, estableciendo un clima de comunicación horizontal que permita a la gestante y su pareja o acompañante fortalecer su confianza, favorecer su continuidad de asistencia al Control Prenatal y la atención de su parto en el establecimiento de salud. La labor informativa es más efectiva cuando se acompaña y refuerza con material gráfico de apoyo educativo (17).

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término (Reyes y Cazorla, 1998). (9).

Para Oyarzun y Poblete (2000), El control prenatal tiene los siguientes componentes (1):

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

El Control Prenatal inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pre-término, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (4-5).

### **3.2.1 OBJETIVOS (6):**

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia

### 3.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL:

Se denomina control prenatal eficiente al que cumpla con cuatro requisitos básicos:

- **Precoz:** El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.
- **Periódico o Continuo:** La frecuencia de los controles pre-natales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, se recomienda cada treinta días hasta el 7mo. y 8vo.mes y luego cada quince días hasta el término del embarazo; en términos generales el número de controles de embarazo será mayor en aquellas pacientes que presenten factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten. (Muñoz et al. 2000) (2).
- **Completo o Integral:** Debe ser completo, es decir debe tomar en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:
  - ✓ Examen general de la gestante.
  - ✓ Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
  - ✓ Atención nutricional: Aporte de Hierro, otros oligoelementos y vitaminas
  - ✓ Atención odontológica.
  - ✓ Atención sobre inmunizaciones: Rubeóla, Tétanos, Varicela, etc.
  - ✓ Atención en su salud mental.
  - ✓ Atención social y visitas domiciliarias, si es que lo necesita.
  - ✓ Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

- **Extenso o de amplia cobertura:** Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Reyes y Cazorla, 1998) (9).

### 3.2.3 FRECUENCIA DEL CONTROL PRENATAL (6):

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral: La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas,
- La tercera entre las 22 a 24 semanas,
- La cuarta entre las 27 a 29,
- La quinta entre las 33 a 35,
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

### 3.2.4 ATENCIÓN A LA GESTANTE (21):

Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Se considera 6 atenciones como mínimo. La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.

### 3.2.5. GESTANTE ATENDIDA (20):

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Según Norma Técnica de la ESNSSR, para considerar una gestante “controlada” tendrá que tener seis o más controles.



### 3.3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

a) **AUTOR:** Aguilera Camacho, Juan Pablo

**TÍTULO:** “CONTROL PRENATAL INSUFICIENTE Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA CUMBE, EN EL AÑO 2011”. Repositorio institucional de la Universidad del Azuay publicado en el 2011, págs. 80 (12)

**FUENTE:** Tesis para Obtener el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

**RESUMEN:** La gestación es un proceso fisiológico, con cierta frecuencia puede sufrir situaciones de mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social para la mujer, por lo que se aceptan una serie de cuidados y observaciones encargados de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente. Por tal motivo se ha creído necesario conocer la asociación del funcionamiento familiar y otros factores con el bajo control pre-natal con la finalidad de lograr estrategias para lograr un número y calidad óptima de valoraciones pre- natales, a fin de disminuir el riesgo obstétrico. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo cuya muestra era la captación de 27 mujeres que se encontraban entre las 20 y más semanas de gestación que acuden al Sub-centro de la parroquia Cumbe, en las cuales se valoró el número de controles médicos efectivos pre- natales en comparación con el funcionamiento familiar valorado mediante el Test APGAR familiar, además se realizó otras comparaciones con otras variables de índole social. **Resultados:** Se observó que si existe una asociación entre la disfuncionalidad familiar y el bajo número de controles durante la gestación, así como predilección por un parto en casa y atención por parteras; por otro lado también se observó que el factor económico y la lejanía del hogar también influyen en llevar una adecuada valoración gestacional.

b) **AUTOR:** Arispe C., Salgado M., Tang G., Gonzalez C., Rojas J.

**TÍTULO:** “FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL INADECUADO Y DE FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA” (19).

**FUENTE:** Revista Médica Herediana vol.22 n.4, Lima Octubre - Diciembre. 2011.

**RESUMEN: Objetivo:** Determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. **Resultados:** Se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ( $p=0,02$ ) y no planificación de la gestación ( $p=0,003$ ). **Conclusiones:** El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada. (Rev Med Hered 2011; 22:169-175).

**PALABRAS CLAVES:** Atención prenatal, factores de riesgo, embarazo.

c) **AUTOR:** **AUTOR:** Mayta Vilca Usdelly D., Quea Surco Magaly V.

**TÍTULO:** “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI – ABRIL 2016”. Repositorio de tesis de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa –2016 (22)

**Fuente:** Tesis para Optar el Grado Académico de Licenciadas en Obstetricia.

**RESUMEN: Objetivo:** Identificar las características sociodemográficas que influyen en la percepción de la calidad de atención del control prenatal en el Centro de Salud Edificadores Misti. **Material y métodos:** El presente trabajo es un estudio de campo, relacional; se aplicó una encuesta de 11 ítems a 150 usuarias con más de cuatro controles prenatales que acudieron al Centro de salud Edificadores Misti. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado con una confiabilidad de 0.05. **Resultados:** De las 150 usuarias el 48% tiene una edad entre 26 y 30 años, 64.7% son convivientes, el 77.3% tienen un grado de instrucción secundaria y 61.3% son amas de casa. La percepción de la calidad de atención prenatal de las usuarias que acuden al Centro de Salud es 60.7% regular y 9.3% buena. Se halló relación estadística significativa entre la edad de 26 a 30 años y la percepción con un  $X^2=18.38$  ( $P<0.05$ ); las usuarias de 26 a 30 años y el tiempo de trámite para recibir la consulta de 20 a 30 min. con un  $X^2=20.46$  ( $P<0.05$ ); el estado civil conviviente y el tiempo de trámite para recibir la consulta de 20 a 30 min. con un  $X^2=12.28$  ( $P<0.05$ ); el trabajo independiente y el tiempo de espera en recibir la atención por el profesional de salud mayor a 30min. con un  $X^2=9.70$  ( $P<0.05$ ). Se halló también relación estadística significativa con la edad y estado civil en relación a la información brindada por el personal de salud sobre signos de alarma con un  $X^2=16.28$  ( $P<0.05$ ) y  $X^2=16.62$  ( $P<0.05$ ) respectivamente; así mismo relación entre el estado civil y el trato recibido por el personal de salud

con un  $X^2=15.21$  ( $P<0.05$ ); grado de instrucción y la privacidad en la consulta con un  $X^2=9.24$  ( $P<0.05$ ); ( $P<0.05$ ); entre el estado civil y ocupación con la limpieza de los servicios higiénicos con un  $X^2=12.06$  ( $P<0.05$ ) y  $X^2=17.96$  ( $P<0.05$ ) respectivamente. Finalmente la ocupación presentó relación estadística significativa con un  $X^2=10.29$  ( $P<0.05$ ) con la señalización de ambientes.

**Conclusiones:** La edad, estado civil y ocupación son características sociodemográficas que influyen en la percepción de la calidad de atención prenatal en las usuarias. Siendo el grupo entre los 26 y 30 años, estado civil conviviente y trabajo independiente los que presentaron relación estadística significativa con los tiempos de espera para acceder a la consulta y recibir la atención por el profesional de salud, la información brindada por el personal de salud, privacidad, limpieza y señalización de ambientes.

**PALABRAS CLAVES:** factores sociodemográficos, percepción, calidad de atención.



#### 4. HIPÓTESIS

Dado que las características sociodemográficas además de la funcionalidad familiar pueden ser factores determinantes en la conducta de la gestante dentro del entorno familiar y social.

Es probable que estas influyan en la asistencia a los controles prenatales en las usuarias del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.





## **II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

### **1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

#### **1.1. TÉCNICA:**

Se utilizó la técnica de la Entrevista y el instrumento fue la Encuesta para las variables intervinientes e independiente; también se realizó la observación documental para la variable dependiente.

#### **1.2. INSTRUMENTO:**

El instrumentó que se utilizó consiste en una Ficha de recolección de Datos para la primer variable (ANEXO 01), se utilizó el Test de Apgar Familiar para la segunda variable (ANEXO 03) y la ficha de observación documental para la tercera variable (ANEXO 02) que sirvió para evaluar la frecuencia al control prenatal de las puérperas inmediatas en la cual se consideró lo siguiente: es asistencia adecuada si tuvo cuatro o más controles prenatales hasta las 32 semanas; entre las 33 y 36 semanas, dos o más controles y a partir de las 37 semanas un control semanal hasta el parto; bastaba que incumplieran con alguno de estos tres indicadores para considerar una frecuencia inadecuada al control prenatal.

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Variable Interviniente</b>			
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	<b>Edad</b>	Encuesta	Ficha de recolección de datos (Ver ANEXO 01)
	<b>Grado De Instrucción</b>		
	<b>Estado Civil</b>		
	<b>Tipo de Seguro</b>		
	<b>Ocupación</b>		
	<b>Accesibilidad Geográfica</b>		
	<b>Lugar de Residencia</b>		
<b>Variable Independiente</b>			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	<b>Apgar Familiar</b>	Encuesta	Test de Apgar Familiar (Ver ANEXO 03)
<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>TÉCNICA</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
<b>Variable Dependiente</b>			
ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL	<b>Inicio de la atención prenatal</b>	Observación Documental	Ficha de Observación Documental (Ver ANEXO 02)
	<b>Frecuencia de los controles prenatales</b>		

### 1.3. MATERIALES:

- Material bibliográfico
- Fichas
- Computadora
- Impresora
- Hojas bond
- Material de escritorio

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

**2.1.1. Precisión del lugar:** El estudio se realizó en el Ámbito General de:

- **País:** Perú
- **Región:** Arequipa
- **Provincia:** Arequipa
- **Distrito:** Cerro Colorado
- **Dirección:** Esquina Yaraví con Marañón s/n – Zamácola
- **Ámbito específico:** Centro de Salud Maritza Campos Díaz

### 2.1.2. Caracterización del Lugar:

El Centro de Salud Maritza Campos Díaz, es una institución que pertenece al Ministerio de Salud, el cual es un establecimiento estatal que atiende casos propios de su jurisdicción y es centro de referencia de otros puestos de salud por tener el cargo de micro red, atiende a pacientes de diferentes status económicos que solicitan atención en diferentes áreas de salud; el centro obstétrico brinda la atención de control perinatal, planificación familiar, atención de parto, atención de recién nacido y atención de puerperio inmediato.

### **2.1.3. Delimitación Grafica:**

Fue por medio de un Croquis. (Ver Anexo N° 06)

## **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

**2.2.1. Cronología:** El estudio se realizó durante los meses de Mayo y Junio del 2016.

**2.2.2. Visión temporal:** Prospectivo.

**2.2.3. Corte temporal:** Transversal.

## **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

### **2.3.1. UNIVERSO**

#### **2.3.1.1. Población Diana:**

Todas las puérperas inmediatas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz en la cual acudieron o no a sus controles prenatales, en los meses de Mayo y Junio del 2016.

#### **2.3.1.2. Universo Cualitativo:**

- Criterios de Inclusión:
  - Puérperas inmediatas.
  - Puérperas que tengan una edad mayor a 18 años
  - Puérperas que acepten participar libremente en el estudio previa firma del consentimiento informado.
  - Puérperas de parto fisiológico atendido en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

○ Criterios de Exclusión:

- Puérperas mediatas.
- Puérperas que tengan una edad menor de 18 años.
- Puérperas que no den su consentimiento para aplicarle el instrumento
- Puérperas que tengan alguna complicación post parto.

### 2.3.1.3. Universo Cuantitativo:

Se trabajó con un total de 103 puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz en los meses de Mayo y Junio.

### 2.3.2. MUESTRA

La muestra sujeto de estudio, se determinó a través de la siguiente fórmula:

Aplicamos:

$$n = \frac{N * (Z_{1-\alpha})^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + (Z_{1-\alpha})^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

$\alpha$  = Nivel de significancia

$1 - \alpha$  = Nivel de Confianza

$Z_{1-\alpha}$  = Valor tipificado

p = Proporción de la variable de interés

q =  $1 - p$

d = Precisión

Reemplazando:

$$n = \frac{103 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2(103 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$\text{➤ } n = \frac{3.84 \times 25.75}{0.255 + 0.96}$$

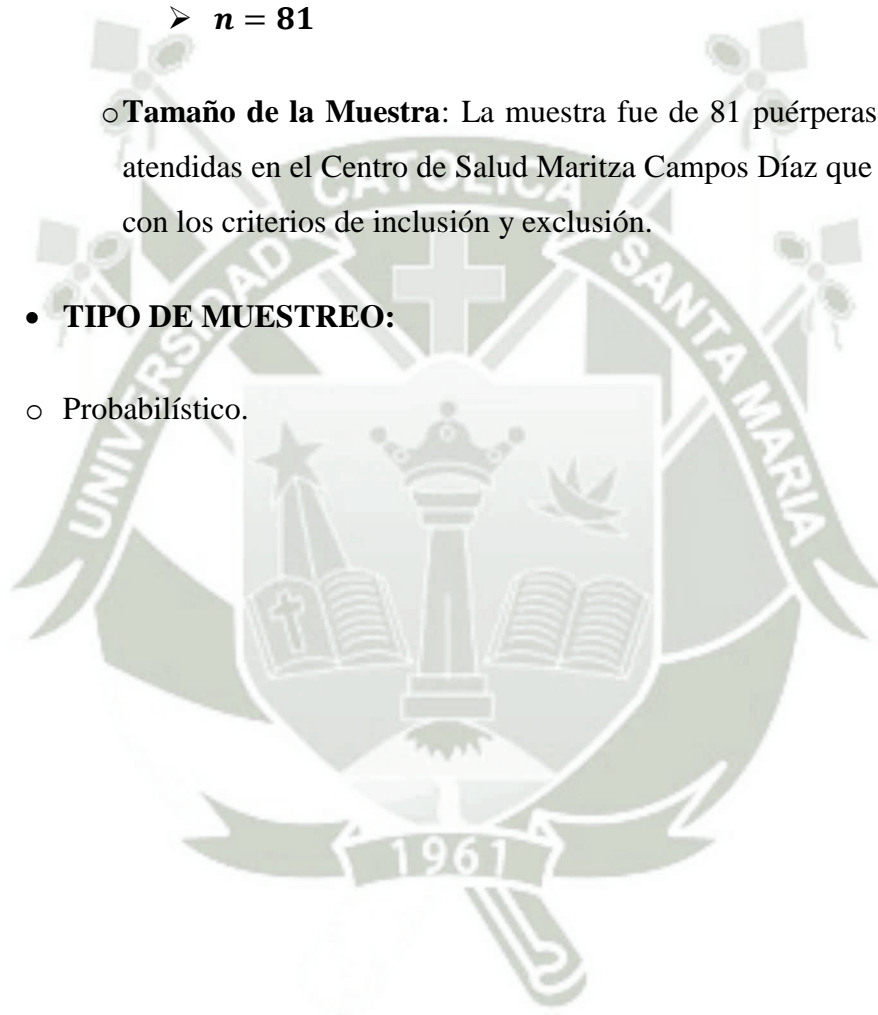
$$\text{➤ } n = \frac{98.88}{1.22}$$

$$\text{➤ } n = 81$$

○ **Tamaño de la Muestra:** La muestra fue de 81 púerperas inmediatas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

• **TIPO DE MUESTREO:**

○ Probabilístico.



### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. ORGANIZACIÓN

##### 3.1.1. Autorización:

Se solicitó permiso a la Directora Ejecutiva de la Red Arequipa Caylloma Dra. Mercedes Benilda Vera de Delgado como consta en: OFICIO N°2037-2016-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS CAPyS. (ANEXO N° 04).

##### 3.1.2. Aspectos éticos:

En esta investigación se tiene en consideración los derechos de la persona y los principios bioéticos internacionales, siendo uno de ellos la autonomía, se solicitó el consentimiento informado y se le explicó el objetivo de la investigación a las puérperas, resultando que su participación y retiro es voluntario; una vez explicado se hizo firmar la hoja de consentimiento informado, accediendo a que se le realice el cuestionario y test de Apgar familiar.

#### 3.2. RECURSOS

##### 3.2.1. RECURSOS HUMANOS

- **Investigadoras:**
  - Bachiller Karen Isis Jiménez Chata
  - Bachiller Yola Lizbeth Pilco Monroy
- **Asesora:** Obst. Mg. Verónica Florencia Oviedo Tejada.

### 3.2.2. RECURSOS FÍSICOS

- Oficina de Trabajo
- Instalaciones del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola.

### 3.2.3. RECURSOS FINANCIEROS

Autofinanciado íntegramente por las investigadoras.

### 3.2.4. INSTITUCIONALES

Ministerio de Salud: Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola.

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

### 4.1. NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS:

**4.1.1. Tipo de Sistematización:** Electrónico

**4.1.2. Plan de Operación:**

**4.1.2.1. Clasificación:** Matriz de sistematización

**4.1.2.2. Codificación:** Se utilizó un instrumento con su respectivo puntaje.

**4.1.2.3. Análisis:** Para el análisis estadístico se utilizó el programa de SPSS 22.0 para Windows, así mismo se hizo uso de la Prueba Estadística Chi Cuadrado.

### 4.2. PLAN DE RECuento:

**4.2.1. Tipo de Recuento:** Manual

**4.2.2. Prototipo de esquema(s) matricial(es) de conteo:** Estadísticas descriptivas con medidas de frecuencia absoluta (N) y relativa (%).



RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N° 1**

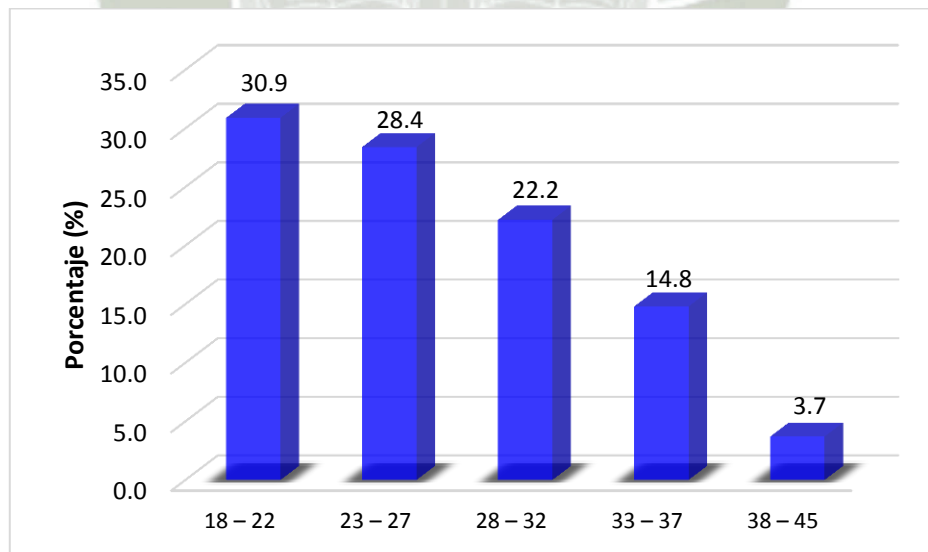
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: EDAD**

EDAD	N°	%
18 – 22	25	30.9
23 – 27	23	28.4
28 – 32	18	22.2
33 – 37	12	14.8
38 – 45	3	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

En la Tabla N° 1, se observa que el 30.9 % de las usuarias del Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 18 a 22 años, mientras que sólo el 3.7 de ellas tienen entre 38 a 45 años.

**GRÁFICO N° 1**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N°. 2**

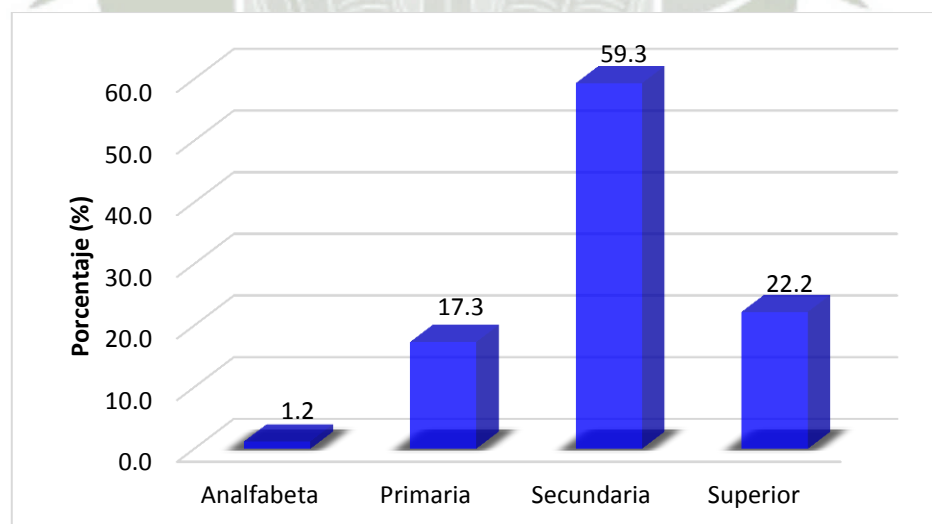
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: GRADO DE  
INSTRUCCIÓN**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	1	1.2
Primaria	14	17.3
Secundaria	48	59.3
Superior	18	22.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

En la Tabla N°. 2, se observa que el 59.3% tienen grado de instrucción Secundaria, mientras que sólo el 1.2% de ellas son analfabetas.

**GRÁFICO N°. 2**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N° 3**

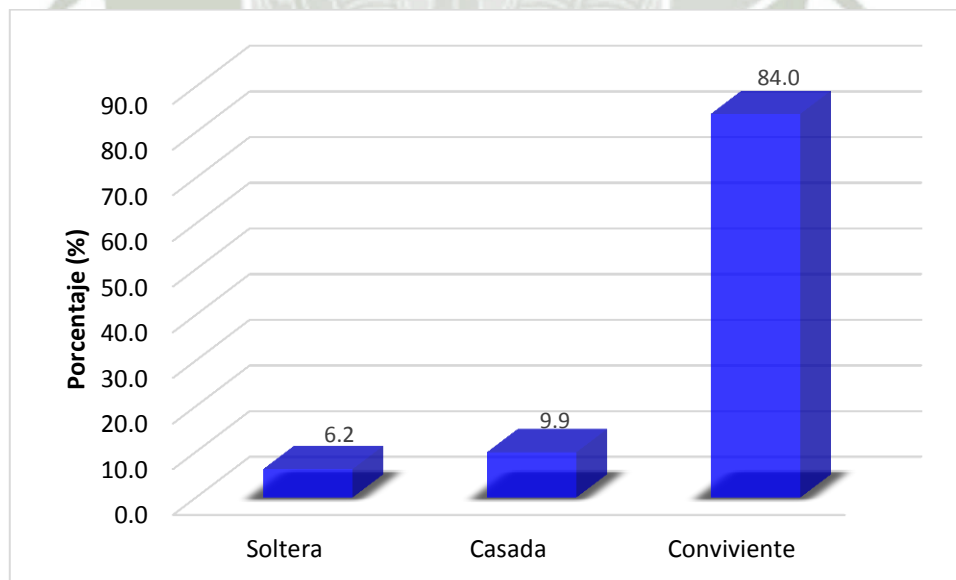
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	5	6.2
Casada	8	9.9
Conviviente	68	84.0
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

En la Tabla N° 3, se observó que de las 81 puérperas inmediatas encuestadas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz el 84.0% son convivientes, mientras que sólo el 6.2% son solteras.

**GRÁFICO N° 3**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

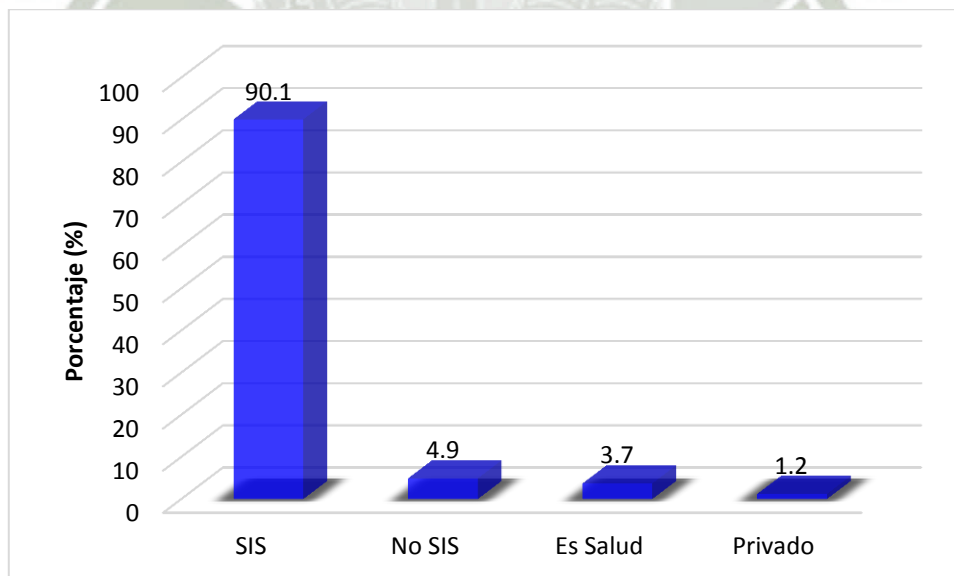
**TABLA N° 4**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: SEGURO SOCIAL**

SEGURO SOCIAL	N°	%
SIS	73	90.1
No SIS	4	4.9
Es Salud	3	3.7
Privado	1	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

En la Tabla N°. 4, nos muestra que el 90.1% cuentan con seguro integral de salud, mientras que sólo el 1.2% cuentan con seguro privado.

**GRÁFICO N° 4**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N° . 5**

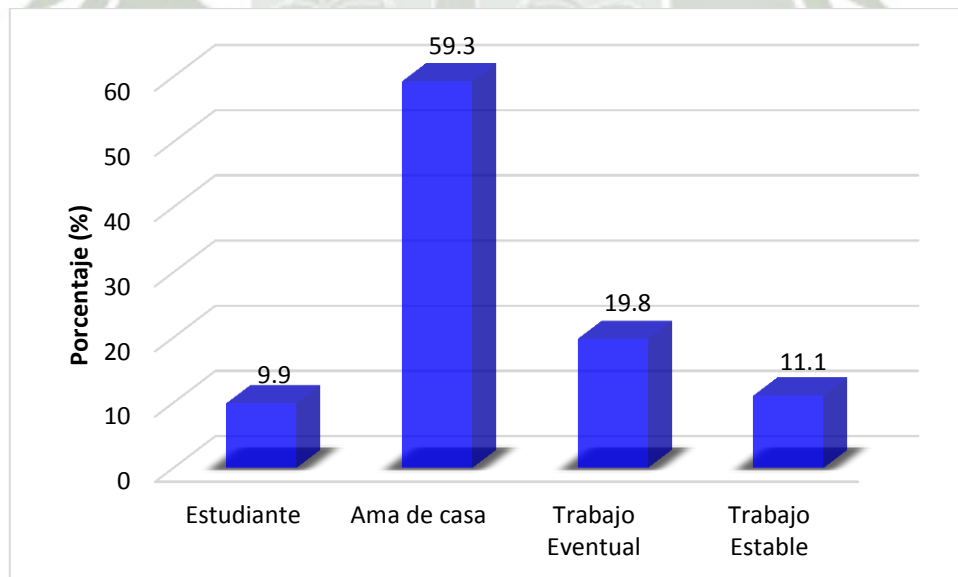
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: OCUPACIÓN**

Ocupación	N°	%
Estudiante	8	9.9
Ama de casa	48	59.3
Trabajo Eventual	16	19.8
Trabajo Estable	9	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

En la Tabla N° . 5, se observa que el 59.3% tienen grado de instrucción Secundaria, mientras que sólo el 9.9% son estudiantes.

**GRÁFICO N° . 5**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N°. 6**

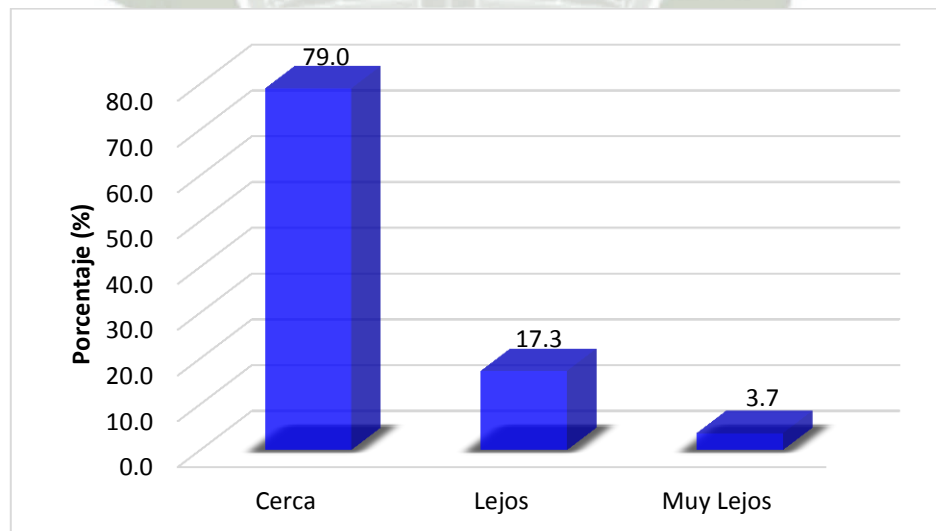
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: ACCESIBILIDAD  
GEOGRÁFICA**

Accesibilidad Geog.	N°	%
Cerca	64	79.0
Lejos	14	17.3
Muy Lejos	3	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

En la Tabla N°. 6, se evidencia que el 79.0% tienen una acceso geográfico cerca al establecimiento de salud, mientras que sólo el 3.7% tienen una acceso geográfico de muy lejos al establecimiento de salud.

**GRÁFICO N°. 6**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N° 7**

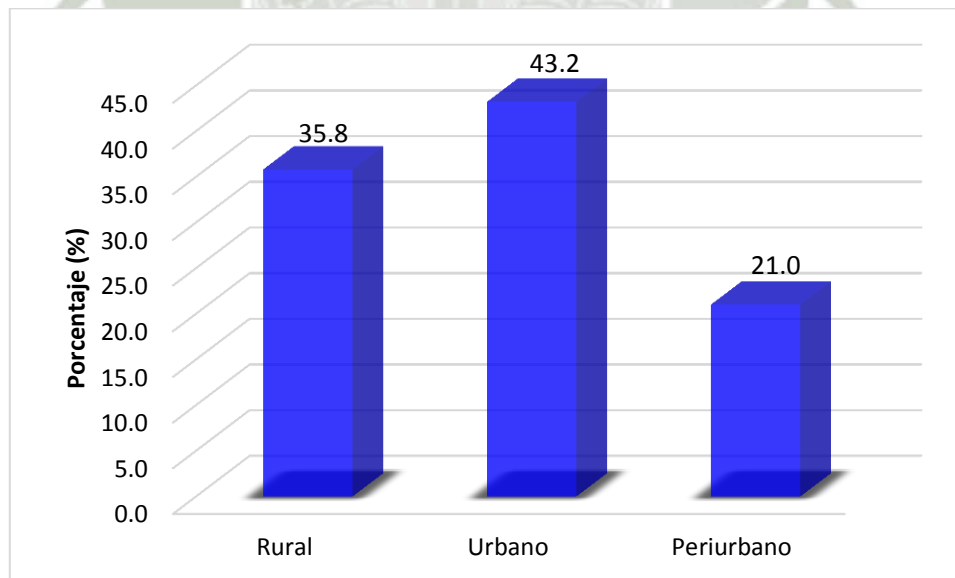
**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS: PROCEDENCIA**

PROCEDENCIA	N°	%
Rural	29	35.8
Urbano	35	43.2
Periurbano	17	21.0
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

La Tabla N° 7, se muestra que el 43.2% proceden de zona rural, mientras que sólo el 21.0% proceden de una zona periurbano.

**GRÁFICO N° 7**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N°. 8**

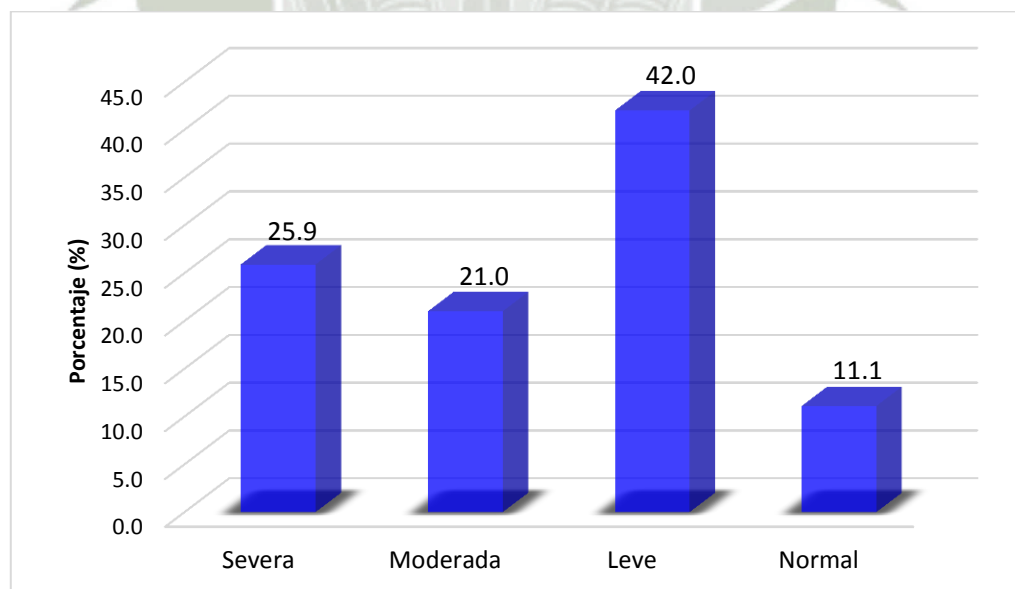
**GRADO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR**

Grado de Disfunción Familiar	N°	%
Disfunción Familiar Severa	21	25.9
Disfunción Familiar Moderada	17	21.0
Disfunción Familiar Leve	34	42.0
Función Familiar Normal	9	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

La Tabla N°. 8, se observa que el 42.0% de las puérperas inmediatas de Centro de Salud Maritza Campos Díaz tiene una Disfunción Familiar Leve, mientras que sólo el 11.1% de ellas tiene una Función Familiar Normal.

**GRÁFICO N°. 8**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N°. 9**

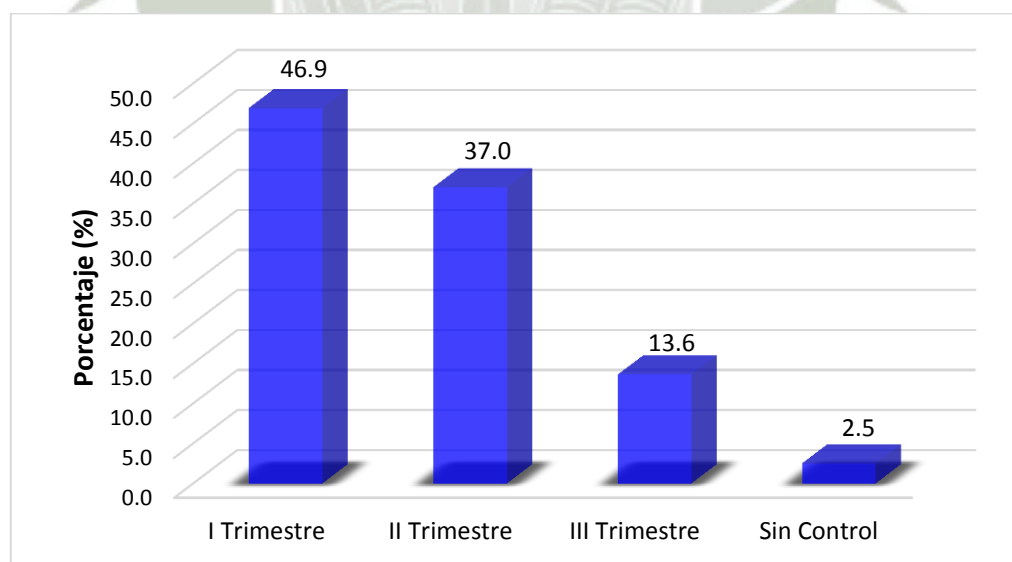
**INICIO AL CONTROL PRENATAL**

	N°	%
I Trimestre	38	46.9
II Trimestre	30	37.0
III Trimestre	11	13.6
Sin Control	2	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

La Tabla N°. 9, se observa que el 46.9% de las puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz iniciaron su Control Prenatal en el I Trimestre, mientras que el 2.5% de ellas no tienen Control Prenatal.

**GRÁFICO N°. 9**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N° 10**

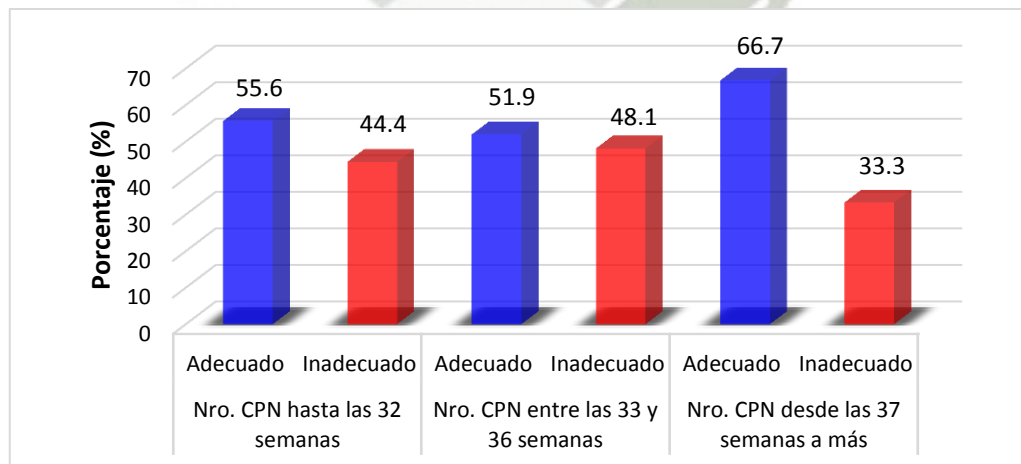
**REGULARIDAD DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN SEMANA DE  
GESTACIÓN**

	Categorías	N°	%
Número de los controles prenatales hasta las 32 semanas	Adecuado	45	55.6
	Inadecuado	36	44.4
Número de los controles prenatales entre las 33 y 36 semanas	Adecuado	42	51.9
	Inadecuado	39	48.1
Número de los controles prenatales desde las 37 semanas a más	Adecuado	54	66.7
	Inadecuado	27	33.3
	<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

La Tabla N°. 10 se observa que el 55.6% de las puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz tuvieron una frecuencia adecuada al control prenatal hasta las 32 semanas, 51.9% tuvieron una frecuencia adecuada al control prenatal entre las 33 y 36 semanas, 66.7% tuvieron una frecuencia adecuada al control prenatal desde las 37 semanas a más.

**GRÁFICO N° 10**



**Fuente:** Elaboración Personal

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y LA  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA ASISTENCIA AL CONTROL  
PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA CAMPOS DÍAZ, ZAMÁCOLA. AREQUIPA MAYO – JUNIO, 2016.

**TABLA N° 11**

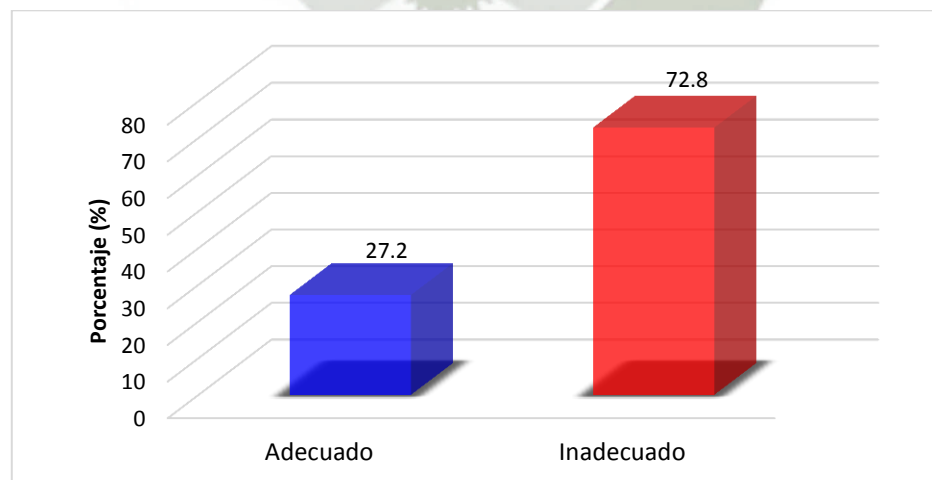
**REGULARIDAD ACUMULATIVA AL CONTROL PRENATAL**

Regularidad acumulativa al control prenatal	N°	%
Adecuado	22	27.2
Inadecuado	59	72.8
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

La Tabla N°. 11. se observa que el 72.8% de las puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz tuvieron una frecuencia inadecuada al control prenatal y el 27.2% tuvieron una frecuencia adecuada al control prenatal.

**GRÁFICO N° 11**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA N°.12**  
**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS**  
**CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: EDAD**

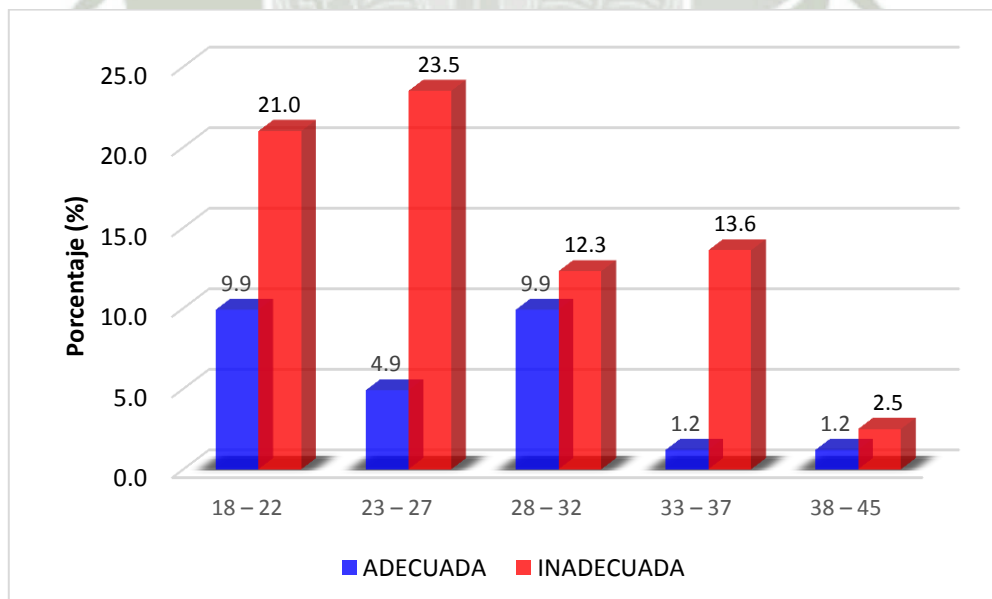
EDAD (años)	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 – 22	8	9.9	17	21.0	25	30.9
23 – 27	4	4.9	19	23.5	23	28.4
28 – 32	8	9.9	10	12.3	18	22.2
33 – 37	1	1.2	11	13.6	12	14.8
38 – 45	1	1.2	2	2.5	3	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración Personal

$$X^2 = 6.33 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°12, según la Prueba de chi cuadrado muestra que la edad de las púerperas inmediatas no presentaron una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Se resalta que la edad en un 23.5% fue de 23 a 27 años y que hay un predominio en un 72.8% de frecuencia inadecuada a la asistencia al control prenatal.

**GRÁFICO N° 12**



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA N° 13**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS  
CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: GRADO DE  
INSTRUCCIÓN**

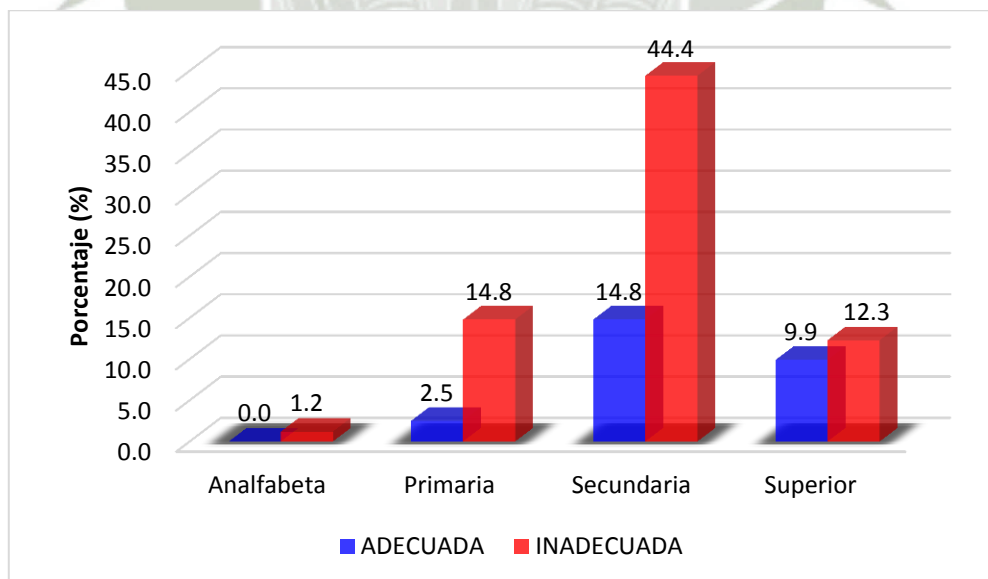
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	0	0.0	1	1.2	1	1.2
Primaria	2	2.5	12	14.8	14	17.3
Secundaria	12	14.8	36	44.4	48	59.3
Superior	8	9.9	10	12.3	18	22.2
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

$$X^2 = 4.37 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°13según la Prueba de chi cuadrado muestra que el grado de instrucción de las puérperas inmediatas no presentaron una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Se resalta que el grado de instrucción secundaria fue el que tuvo mayor predominio en un 59.3%.

**GRÁFICO N° 13**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA N° 14**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS  
CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: ESTADO CIVIL**

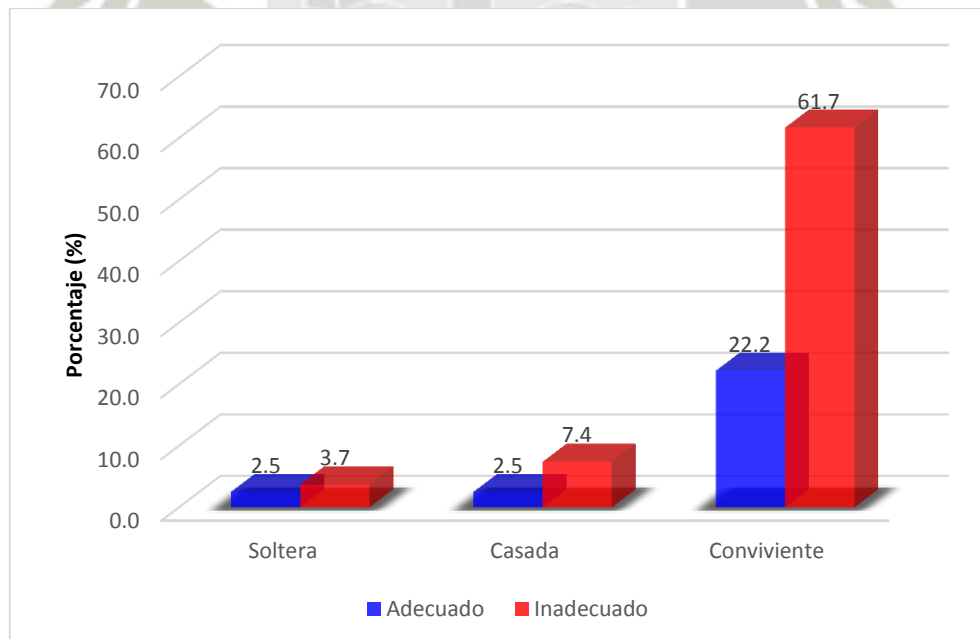
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera						
Casada	2	2.5	3	3.7	5	6.2
Conviviente	2	2.5	6	7.4	8	9.9
	18	22.2	50	61.7	68	84.0
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración Personal

$$X^2 = 0.45 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°14 según la Prueba de chi cuadrado muestra que el estado civil de las púérperas inmediatas no presentaron una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Sin embargo, un 84.0% son convivientes.

**GRÁFICO N° 14**



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA N° 15**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS  
CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: TIPO DE SEGURO**

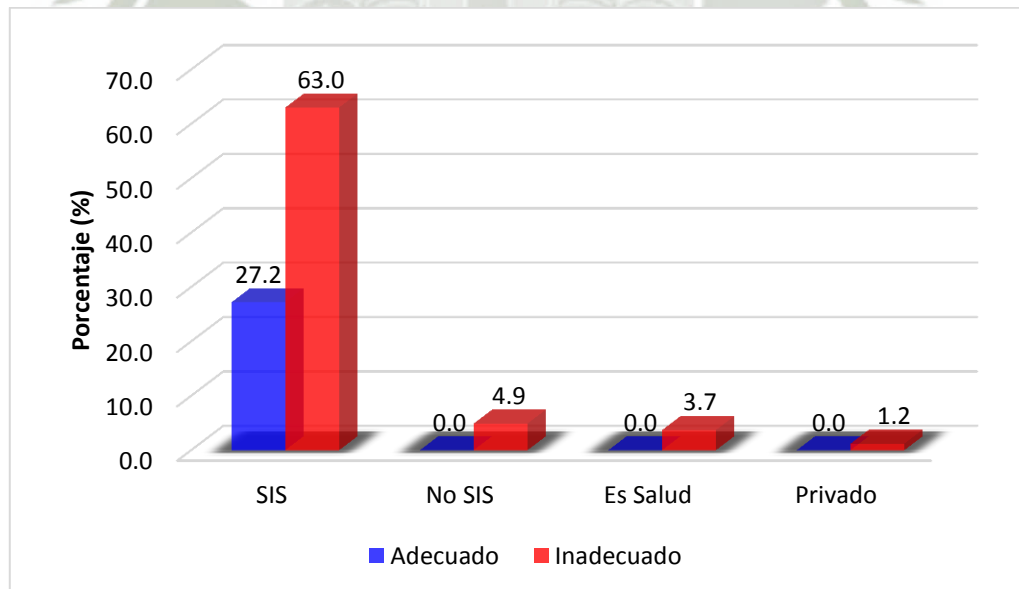
TIPO DE SEGURO	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIS	22	27.2	51	63.0	73	90.1
No SIS	0	0.0	4	4.9	4	4.9
Es Salud	0	0.0	3	3.7	3	3.7
Privado	0	0.0	1	1.2	1	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

$$X^2 = 3.31 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°15 la Prueba de chi cuadrado muestra que el seguro social de las usuarias no presentaron una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Sin embargo, el 90.1% de las púerperas inmediatas contaron con un seguro integral de salud.

**GRÁFICO N° 15**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA N° 16**  
**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS**  
**CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: OCUPACIÓN**

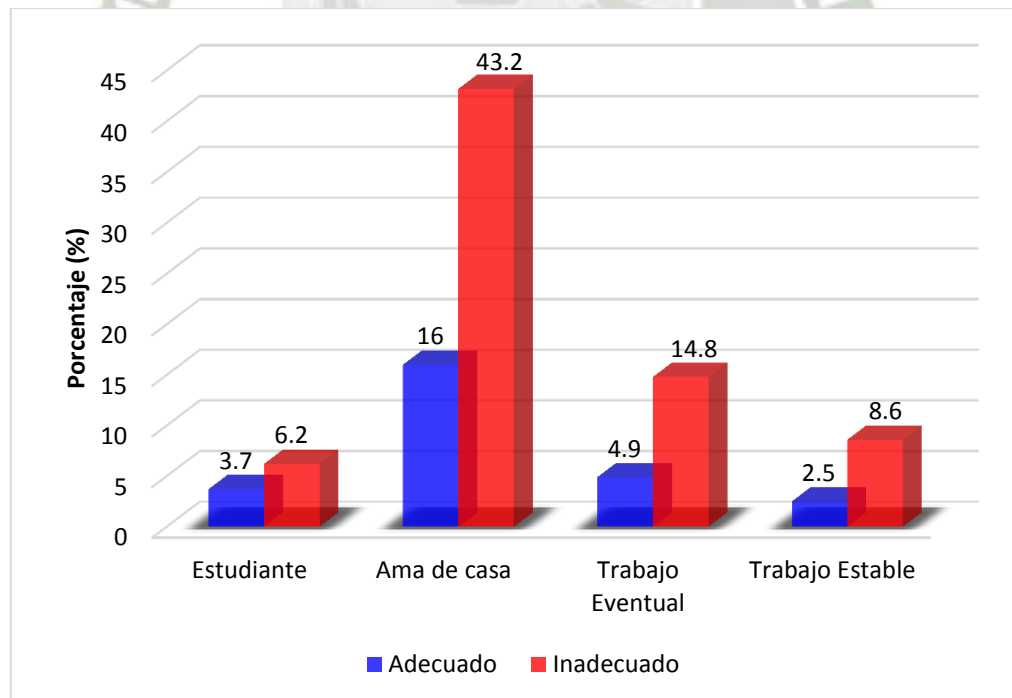
OCUPACIÓN	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Estudiante	3	3.7	5	6.2	8	9.9
Ama de casa	13	16.0	35	43.2	48	59.3
Trabajo Eventual	4	4.9	12	14.8	16	19.8
Trabajo Estable	2	2.5	7	8.6	9	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración Personal

$$X^2 = 0.58 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°16 según la Prueba de chi cuadrado muestra que la ocupación de las puérperas inmediatas no presentaron una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Así mismo, el 59.3% son amas de casa.

**GRÁFICO N° 16**



Fuente: Elaboración Personal

**TABLA N° 17**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS  
CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: ACCESIBILIDAD  
GEOGRÁFICA**

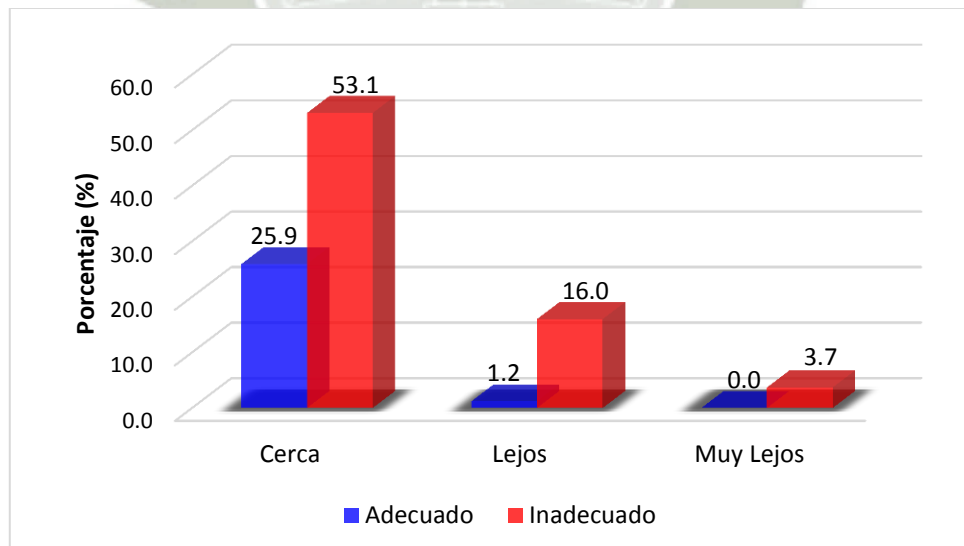
Accesibilidad Geográfica	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cerca	21	25.9	43	53.1	64	79.0
Lejos	1	1.2	13	16.0	14	17.3
Muy Lejos	0	0.0	3	3.7	3	3.7
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

$$X^2 = 4.98 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°17 según la Prueba de chi cuadrado muestra que la accesibilidad geográfica de las púerperas inmediatas no presentaron una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Se observa que un 79.0% tienen una accesibilidad cercana al establecimiento de salud.

**GRÁFICO N° 17**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA N° 18**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS  
CON LA FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL: LUGAR DE  
RESIDENCIA**

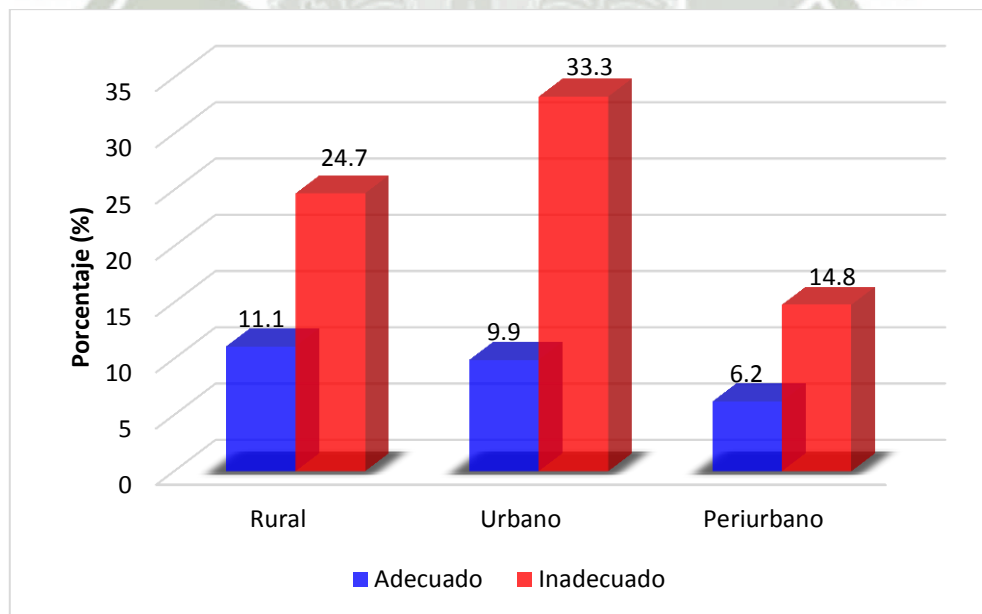
LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL					
	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Rural	9	11.1	20	24.7	29	35.8
Urbano	8	9.9	27	33.3	35	43.2
Periurbano	5	6.2	12	14.8	17	21.0
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

$$X^2 = 0.59 \quad P > 0.05$$

En la Tabla N°18, la Prueba de chi cuadrado muestra que la procedencia no presenta una relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ) con la frecuencia al control prenatal. Sin embargo, el 43.2% de las púérperas inmediatas proceden de una zona urbana.

**GRÁFICO N° 18**



**Fuente:** Elaboración Personal

**TABLA N° 19**  
**RELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR CON LA**  
**FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL EN PUÉRPERAS INMEDIATAS**  
**DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

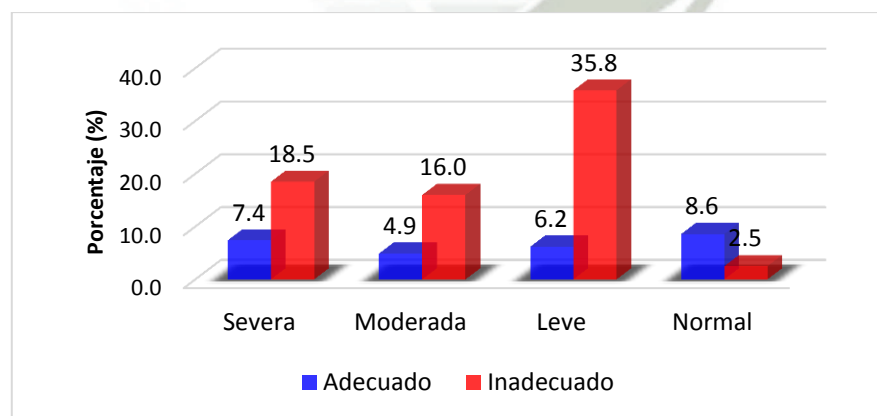
Funcionalidad Familiar	Frecuencia Al Control Prenatal				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%
Severa	6	7.4	15	18.5	21	25.9
Moderada	4	4.9	13	16.0	17	21.0
Leve	5	6.2	29	35.8	34	42.0
Normal	7	8.6	2	2.5	9	11.1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>27.2</b>	<b>59</b>	<b>72.8</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Elaboración Personal

$$X^2=14.45 \quad P<0.05$$

En la tabla N°.19, la Prueba de chi cuadrado ( $X^2=14.45$ ) nos muestra que la funcionalidad familiar y la Frecuencia al control prenatal presenta una relación estadística significativa ( $P<0.05$ ). Así mismo se observa que el 8.6% de la frecuencia adecuada al control prenatal tienen una función familiar normal, mientras que el 2.5% de las puérperas inmediatas presentaron una frecuencia inadecuada al control prenatal y tienen una funcionalidad familiar normal.

**GRAFICA N° 19**



**Fuente:** Elaboración Personal



## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Esta investigación tuvo como propósito determinar la relación de las características socio demográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en puérperas inmediatas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz que cumplan con los criterios de inclusión en los meses de Mayo y Junio.

Como puede observarse en las **Tablas 1 a 7**, el 96.3 % de las puérperas inmediatas que se entrevistó en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen edades entre 18 a 37 años y solo 3 usuarias tienen edades de 38 a 45 años. Más de la mitad (59.3%) de las puérperas inmediatas tienen Grado de Instrucción Secundaria, siguiéndole el superior con 22.2%, nivel primaria 17.3% y solo 1 usuaria analfabeta. En esta tabla se refleja que el 84.0% son Convivientes, el 90.1% de las puérperas inmediatas cuentan con Seguro Integral de Salud. Así mismo se evidencia que el 59.3% de las puérperas inmediatas son Amas de casa, seguido con el 19.8% con trabajo eventual. Más de la mitad el 79.0% de las puérperas inmediatas entrevistadas tienen una accesibilidad Cerca al establecimiento de Salud y el 43.2% tienen un lugar de residencia urbana.

Según Mayta ed. al. , en su estudio encuentra que de las 150 usuarias el 48% tiene una edad entre 26 y 30 años, el 64.7% son convivientes, el 77.3% tiene un grado de instrucción secundaria y el 61.3% son amas de casa; estos resultados se pueden comparar con las características socio demográficas de nuestra investigación por el similar porcentaje encontrado en el resultado de su investigación.

La **Tabla N°. 8**, muestra que de las 81 usuarias entrevistadas un 42.0%, presentan una disfunción familiar leve, disfunción familiar severa 25.9%, disfunción familiar moderada 21.0% y una Función familiar normal 11.1%.

La **Tabla 9** y la **Tabla 10** muestran el Inicio del Control Prenatal según el Trimestre de Gestación y la Frecuencia a los Controles Prenatales de las puérperas inmediatas en toda su gestación; como puede observarse el 46.9% de las puérperas entrevistadas empezaron su primer control prenatal en el I Trimestre, seguida de un 37.0% que

empezaron en el II Trimestre, 13,6% en el III Trimestre y un 2.5% que no tuvo Control Prenatal en todo su embarazo.

En la **tabla 10** se observa que la Frecuencia de las usuarias al Control Prenatal según los trimestres de gestación es adecuada antes de las 32 semanas con menos del 50% y desde las 37 semanas a más en un 54%, sin embargo entre las 33 a 36 semanas la frecuencia es adecuada pero solo existe una diferencia de un 3 % entre la frecuencia adecuada e inadecuada de la usuarias en su Control Prenatal. .

Se puede comparar la frecuencia que tuvieron al control prenatal las puérperas inmediatas con la investigación realizada por Arispe et. al, que muestra en su investigación que el 66,1% de puérperas cumplieron el número mínimo de controles prenatales, sin embargo, al considerar el cumplimiento al control prenatal según el esquema propuesto por el MINSA fue sólo el 7,4%. Esto podría deberse a que muchas acuden tardíamente a su primer CPN y condicionan al personal de salud a ajustar y modificar el calendario de visitas.

La **Tabla N°. 11** muestra que de las 81 puérperas inmediatas entrevistadas solo el 27.2% han tenido una frecuencia adecuada en todo su embarazo y el 72.8% una Frecuencia Inadecuada al Control Prenatal.

Las **Tablas N°.12 a 18** en relación a las características sociodemográficas con la frecuencia al control prenatal no presento relación estadística, sin embargo se resalta que la frecuencia de las usuarias a los controles prenatales es inadecuada.

La **Tabla N°. 19** si presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ) entre la funcionalidad familiar con la frecuencia al control prenatal, donde el 42% presento una disfunción familiar Leve y el 35.8% una frecuencia inadecuada al control prenatal, de acuerdo a estos datos se puede afirmar que del total de la muestra existe un 88.9% que presenta disfuncionalidad familiar y dentro de este grupo el 72.8% presenta una frecuencia al control prenatal inadecuado.

Los resultados encontrados en nuestra investigación se pueden comparar con los resultados encontrados por Aguilera et. al, que en su investigación control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar realizado a mujeres embarazadas donde encuentra que existe una relación entre la disfuncionalidad familiar en un 77.7% y dentro de este grupo un 94.11% tienen menos de tres controles prenatales.

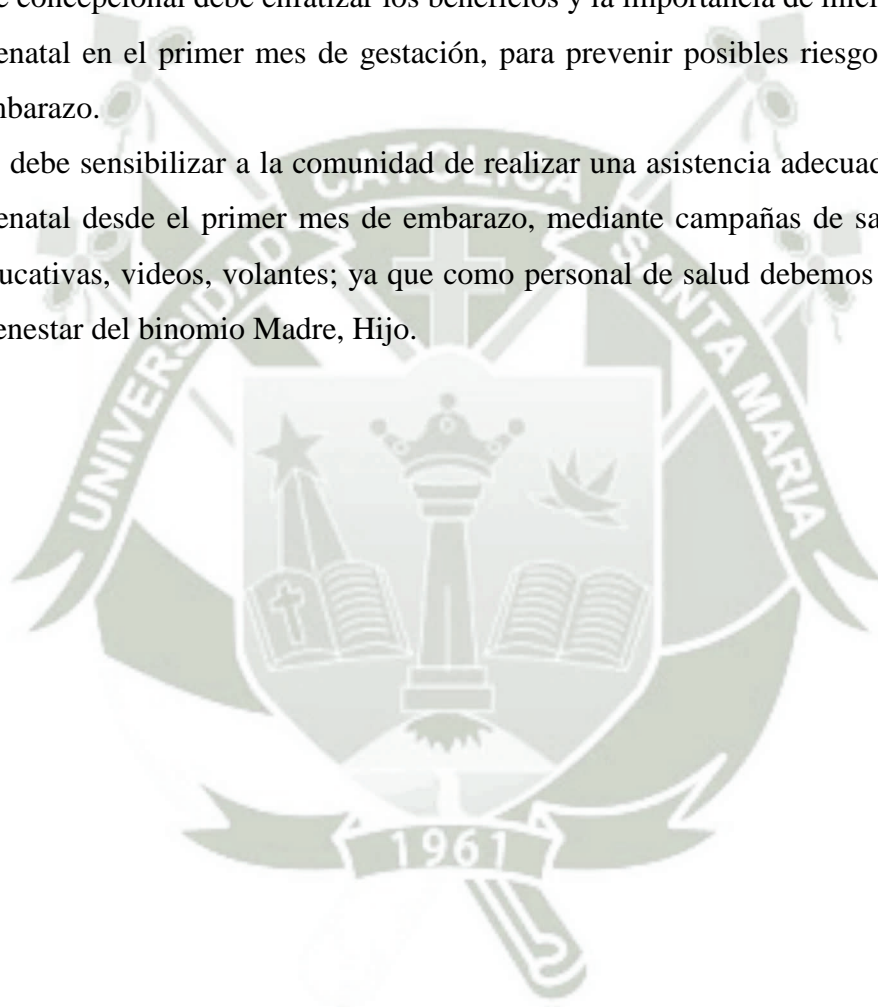


## CONCLUSIONES

- PRIMERO:** las características socio demográficas de las puérperas inmediatas que presentaron fue: el grupo etario entre 18 a 22 años en un 30.9%; el 59.3% tuvieron un grado de instrucción secundaria y el 84.0% estado civil conviviente, también se encontró que la mayor proporción de puérperas inmediatas cuentan con seguro integral de salud en un 90.1%; el 59.3% tuvieron ocupación de ama de casa; mientras que el 79.8% tuvieron una accesibilidad geográfica cercana al establecimiento de salud y sólo el 43.2% proceden de una zona urbana. En cuanto a la funcionalidad familiar el 42.0% de las puérperas inmediatas presentaron una disfunción familiar leve; mientras que sólo el 11.1% de ellas tuvieron una función familiar normal.
- SEGUNDO:** La asistencia al control prenatal que tuvieron las puérperas inmediatas en el I Trimestre de gestación fue un 46.9% y sin embargo sólo el 27.2% de las puérperas inmediatas presentaron una regularidad adecuada al control prenatal.
- TERCERO:** Se muestra una relación estadística significativa entre las puérperas inmediatas que cuentan con seguro y la accesibilidad geográfica con el inicio al control prenatal. También presentó relación estadística significativa el grado de disfunción familiar con la frecuencia inadecuada al control prenatal.

## RECOMENDACIONES

1. Reforzar las visitas domiciliarias a las gestantes que hayan sido captadas en la consulta como también en la comunidad como objetivo de promocionar la importancia al control prenatal, así como los controles óptimos y mínimos con el fin de tener un embarazo sin riesgo.
2. El obstetra encargado del consultorio de planificación familiar y en la consejería pre concepcional debe enfatizar los beneficios y la importancia de iniciar el control prenatal en el primer mes de gestación, para prevenir posibles riesgos durante el embarazo.
3. Se debe sensibilizar a la comunidad de realizar una asistencia adecuada al control prenatal desde el primer mes de embarazo, mediante campañas de salud, charlas educativas, videos, volantes; ya que como personal de salud debemos velar por el bienestar del binomio Madre, Hijo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Oyarzun, E. y Poblete, J.. Influencia de la patología prenatal en el feto y en el recién nacido. En Tapia, J. y Ventura, P., (eds.), Manual de neonatología, Chile: Editorial Mediterráneo; 2000, pp.21-31. .( Fecha de acceso: 03 de Marzo 2016).
- 2) En Muñoz A., Narbona, E. y Valenzuela A. (eds.), Neonatología. España: Editorial Alhulia (Fecha de acceso: 03 de Marzo 2016).
- 3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2012 (Fecha de acceso: 05 de Marzo 2016).
- 4) Campbell OMR, Graham WJ. The Lancet Maternal Survival Series steering group: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368:1284-1299. (Fecha de acceso: 05 de Marzo 2016).
- 5) Prual A, De Bernis L, El Joud DO. Potential role of prenatal care in reducing maternal and perinatal mortality in sub-Saharan Africa. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2002; 31(1):90-99. (Fecha de acceso: 03 de Marzo 2016)
- 6) MINISTERIO DE SALUD. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva, Perú, 2004.
- 7) Friedman M, Familia que Cuida Teoría y Práctica: Redes sociales de la familia y apoyo social, 3. ed. Estados Unidos, 1992. p. 75. Citado por: Galán Edna, Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados en el municipio de Paipa, Tesis de grado Maestría en enfermería con énfasis en salud familiar, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, 2008 (Fecha de acceso: 06 de Marzo 2016).
- 8) Buckley 1967. Citado por: Friedeman María Luisa. Un instrumento para evaluar la eficacia en el funcionamiento de la familia, Wertern revista de investigación en enfermería, p. 43 No. 2 p 2. 1991. Traducido por Susy Horta Facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia, octubre 2008 (Fecha de acceso: 06 de Marzo 2016).

## HEMEROGRAFÍA

- 9) Reyes, A. y Carzola, M. La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Valencia (1998) (Fecha de acceso: 09 de Marzo 2016)

## INFORMATOGRAFÍA

- 10) FAMILIA, Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/fcmfajardo/files/2014/06/FAMILIA-1.pdf> (Fecha de acceso: 10 de Marzo 2016).
- 11) Osorio R. y Álvarez M. Alejandro, Introducción a la Salud Familiar en 2004, Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo11.pdf> (Fecha de acceso: 10 de Marzo 2016).
- 12) Aguilera Camacho Juan Pablo, Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Cumbe en 2011, Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3589/1/08382.pdf> (Fecha de acceso: 11 de Marzo 2016).
- 13) Manual para la intervención en caso familiar, Disponible en: <https://cetsocial.files.wordpress.com/2012/04/e1.pdf> (Fecha de acceso: 12 de Marzo 2016).
- 14) Zaldívar Pérez D., Funcionamiento familiar saludable en 2004, Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmf954f/sources/fmf954f.pdf> (Fecha de acceso: 14 de Marzo 2016).
- 15) Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf> (Fecha de acceso: 14 de Marzo 2016).
- 16) Guías De Procedimientos En Obstetricia Y Perinatología, disponible en: <http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/gpcpoy/IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf> (Fecha de acceso: 15 de Marzo 2016).

- 17) Información y orientación en el control prenatal, proveedor que realiza CPN en el hospital centro y puesto de salud, disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1315\\_P-2000251-2.pd](http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1315_P-2000251-2.pd) (Fecha de acceso: 15 de Marzo 2016).
- 18) Impacto Del Control Prenatal En La Mortalidad Y Mortalidad Neonatal, Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf> (Fecha de acceso: 13 de Marzo 2016).
- 19) Arispe C., Salgado M., Tang G., Gonzalez C., Rojas J., Frecuencia de Control Prenatal inadecuado y de Factores asociados a su ocurrencia, Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2011000400004&script=sci_arttext) (Fecha de acceso: 19 de Marzo 2016).
- 20) Ministerio de Salud, Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud, Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1134\\_OEI242.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/MINSA/1134_OEI242.pdf) (Fecha de acceso: 19 de marzo 2016)
- 21) MINSA: definiciones operacionales 2016, Disponible en: [file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/DO\\_PP\\_Materno\\_Neonatal.pdf](file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/DO_PP_Materno_Neonatal.pdf) (Fecha de acceso: 22 de marzo).
- 22) Mayta Vilca Usdelly D., Quea Surco Magaly V., Características sociodemográficas que influyen en la Percepción de la calidad de atención prenatal en el centro de Salud Edificadores Misti – Abril 2016. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5447> (Fecha de acceso: 16 de Agosto 2016).



**Anexo N° 01: Instrumento de Recolección de Datos**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la Ficha De Recolección De Datos se respetara la autonomía de los participantes y se mantendrá la confidencialidad de la información, Marca con una X según sea el caso.

**Objetivo:** Relación de las características socio demográficas de la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en puérperas inmediatas.

**a) Variables socio demográficas**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos
2. Grado de Instrucción: Analfabeta ( )  
Primaria ( )  
Secundaria ( )  
Superior ( )
3. Estado Civil: Soltera ( )  
Casada ( )  
Conviviente ( )  
Viuda ( )
4. Seguro social: SIS ( )  
No SIS ( )  
EsSalud ( )  
Privado ( )
5. Ocupación: Estudiante ( )  
Ama de Casa ( )  
Trabajo Eventual ( )  
Trabajo Estable ( )
6. Accesibilidad Geográfica: Cerca = 10 a 30 minutos ( )  
Lejos = 40 a 90 minutos ( )  
Muy lejos = 90 minutos a más ( )
7. Procedencia: Rural ( )  
Urbana ( )  
Periurbano ( )

**Anexo N° 02: Ficha de Observación Documental**

<b>ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL</b>					
Marcar con una "X"		Nro. total de Controles Prenatales	Frecuencia Óptima de Controles Prenatales		
<b>INICIO I</b>			<b>Nro. de controles hasta las 32 semanas</b>	Inadecuado: 0 – 3	
				Adecuado: 4 - 7	
<b>INICIO II</b>			<b>Nro. de controles entre las 33 y las 36 semanas</b>	Inadecuado: 0 – 1	
				Adecuado: 2	
<b>INICIO III</b>			<b>Nro. de controles desde las 37 semanas a más</b>	Inadecuado: No control semanal	
				Adecuado: Si control semanal	

**Anexo N° 03: Test de Apgar Familiar**

**TEST DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>NUNCA (0 Puntos)</b>	<b>CASI NUNCA (1 Punto)</b>	<b>ALGUNAS VECES (2 Puntos)</b>	<b>CASI SIEMPRE (3 Puntos)</b>	<b>SIEMPRE (4 Puntos)</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero					
<b>PUNTAJE PARCIAL</b>					
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					

**BAREMO DEL TEST DE APGAR FAMILIAR**

**PUNTACIÓN**

Luego de haber aplicado el cuestionario es momento de saber la puntuación:

- **Puntuación DE 17 – 20:** Sugiere una Función Familiar Normal
- **Puntuación DE 16 – 13:** Sugiere una Disfunción Familiar Leve
- **Puntuación de 12 – 10:** Sugiere una Disfunción Familiar Moderada
- **Puntuación de 9 o menos:** Sugiere una Disfunción Familiar Severa

#### Anexo N° 04: Consentimiento Informado

##### INVESTIGADORAS:

Karen Jiménez y Yola L. Pilco Monroy, alumnas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María identificadas con DNI N°44147216; DNI N° 47134391.

YO..... (Nombres y apellidos)

DE.....AÑOS DE EDAD

CON DOMICILIO EN.....

Y DNI N°.....

En pleno uso de mis facultades mentales y sin ningún tipo de coacción y en forma voluntaria:

##### DECLARO

Que la investigadora me ha informado de forma clara y respetuosa sobre la investigación que está realizando, que no hay ningún tipo de riesgo para mí, además me ha explicado los beneficios que trae este estudio.

##### Descripción de la investigación:

La presente investigación es de gran importancia ya que tiene como fin conocer las características socio demográficas y la funcionalidad familiar en relación a la asistencia al control prenatal. Además este trabajo tiene importancia académica, profesional. Esta investigación no es invasiva. La metodología que se utilizara será la aplicación de un cuestionario que contiene 7 preguntas de información de la usuaria y el test de Apgar Familiar que contiene 5 Items dirigidas a las puérperas inmediatas.

**Riesgos:** Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para la madre.

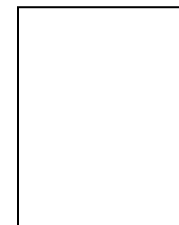
**Confidencialidad:** Toda la información brindada por la puérpera inmediata será confidencial, por ningún motivo será divulgada.

He comprendido las explicaciones ya que se han dado en un lenguaje claro y sencillo y las señoritas investigadoras han aclarado todas las dudas que he planteado. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora firmo. Además que la firma del presente documento no exime de responsabilidad a las señoritas investigadoras. Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y comprendo el alcance y los beneficios que trae esta investigación.

Y en tales condiciones **ACEPTO**

Que se me realice el cuestionario

Arequipa.....de..... Del 2016



.....  
FIRMA de la puérpera  
DNI N°

HUELLA DIGITAL

## Anexo N° 05: Solicitud de Permiso



**"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"**  
**"Año del Compromiso de la Gestión y Aprovechamiento Sostenible del Agua"**  
**"Año de la Consolidación del Mar de Grau"**



Arequipa, 2016 Mayo 12

OFICIO N° 2037 -2016-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS-CAPyS.

Señor:

**Mg. Juan Alarcon Arenas**  
**Jefe de la Micro Red de Salud Maritza Diaz Campos - Zamocola**  
Red de Salud Arequipa Caylloma  
Presente.-

**ASUNTO : Autoriza aplicación de proyecto.**  
**REFERENCIA: OFICIO N°150-FOYP-2016-UCSMA**  
Reg. 16-07435 (002946-OP)

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo(a) cordialmente y a la vez me permito presentar a Don(ña).**Karen Jimenez Chata y Yola Pilco Monrroy**, estudiantes de Obstetricia de la Institución Educativa **"Universidad Católica Santa María"**, quienes están autorizadas para la aplicación de proyecto, por el periodo de dos meses, en el horario indicado en documento de referencia.

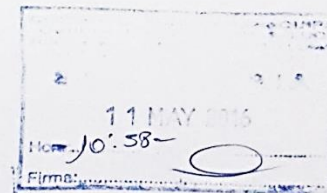
Por lo que mucho agradeceré a su Despacho, se sirva brindarle las facilidades que el caso amerita.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi estima y consideración personal.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
*[Signature]*  
**Dra Mercedes Benilda Vera de Delgado**  
CMP N° 15583  
DIRECTORA FUNCIONARIA

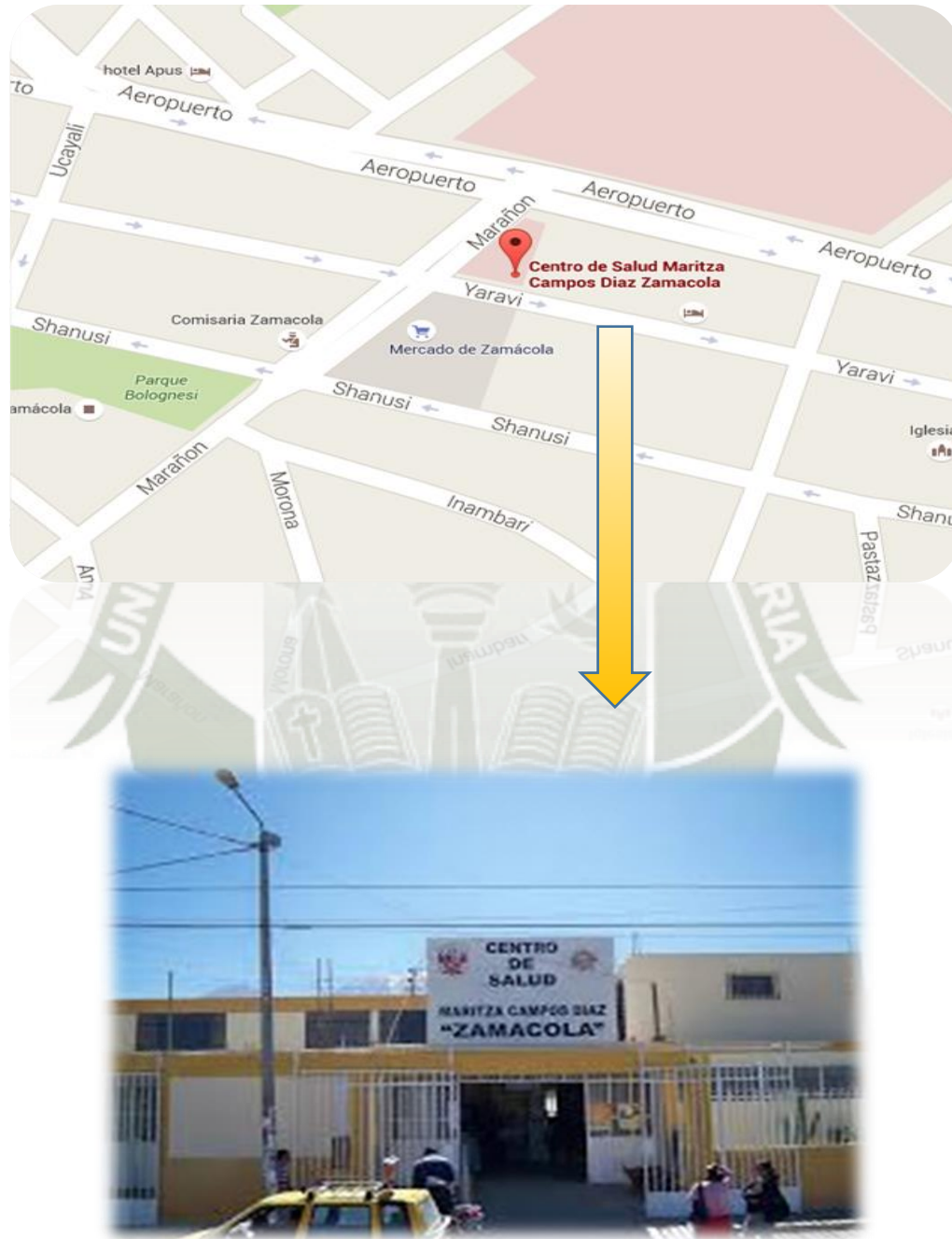


*[Signature]*  
MBVA/CE/EHP/RTÚ.  
c. c. Archivo, Pers, Cap.

RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA  
Av. Independencia con Paucarpata 4º Piso (Edificio Héroes Anónimos )  
Telfs. 054-200823 / 206777 / 202279 Fax: 228573

## Anexo N° 06: Delimitación Gráfica del Lugar

Delimitación grafica del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola



### Anexo N° 7: Matriz de Sistematización de datos

ID.	CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS																			ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL														
	EDA D	GRADO DE INSTRUCCIÓN				ESTADO CIVIL				SEGURO SOCIAL				OCUPACIÓN				ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA			PROCEDENCIA			INICIO AL CONTROL PRENATAL				Nro de Total de Controles Prenatales	FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL			FRECUENCIA AL CONTROL PRENATAL		
		Analf	Prim	Sec	Sup	Sol	Cas	Conv	Viuda	SIS	No SIS	EsSalud	Privado	Estudiante	Ama de Casa	Trabj. Eventual	Trabj. Estab	Cerca	Lejos	Muy Lejos	Rural	Urbano	Periurbano	I Trim	II Trim	III Trim	Sin Control		Nro Controles hasta 32 sem	Nro Controles hasta 33 - 36 sem	Nro Controles hasta 37 a +	Adecuado	Inadecuado	
1	30				4	1				1					2			1				2						8	1	1	1		1	
2	18			3				3		1			1					2					3		2			3	2	2	2			2
3	37			3				3		1				2				2					3	1				6	2	2	1			2
4	29			3		1				1					3			2					3		2			6	2	1	1			2
5	34		2					3		1				2				1				2		1				6	1	2	2			2
6	30			3				3		1				2				1								3		2	2	2	2			2
7	23		2					3		1				2				2			1			2				5	2	2	1			2
8	23			3				3		1				2				1			2			1				6	1	1	2			2
9	22			3				3		1				2				1			2			2				5	2	1	1			2
10	20			3				3		1				2				1			1			2				6	2	1	1			2
11	21			3				3		1				2				1			2			1				6	2	1	1			2
12	30			3			2			1				2				1			2			1				8	1	1	1		1	
13	28				4	1				1					3			1				2			2			6	1	1	2			2
14	31		2					3		1				2				1			2			1				9	1	1	1		1	
15	35			3				3		1				2						3	1				2			4	1	2	2			2
16	24			3				3		1				2				1				2			2			6	1	2	1			2
17	28				4			3		1					3			1			2			1				9	1	1	1		1	
18	27				4			3		1					3			1			2			1				9	1	2	1			2
19	19			3				3		1					3					2			2					9	1	2	1			2
20	36			3			2				3						4	1			2			1				6	2	1	1			2
21	19				4			3		1				2				1			1					3		9	1	1	1		1	
22	27				4			3		1						4	1				2			1				9	1	1	1		1	
23	27				4			3		1					3			1			1			1				4	2	2	1			2
24	33			3				3			2			2				2				2		3	1			5	1	2	2			2
25	22		2					3		1				2					3	1					2			6	2	2	1			2
26	45		2					3			2			2					3	1						4		0	2	2	2			2
27	22			3				3		1				2				1			1			1				8	1	2	1			2
28	27			3				3			2			2				1			2			1				7	2	2	1			2
29	34	1						3		1				2				2			1				2			5	2	2	1			2
30	21			3				3		1					3			1			2					3		9	1	1	1		1	
31	29				4			3			2			2				2			2							8	1	2	1			2
32	18			3				3		1					3			1			1			2				7	1	2	2			2
33	19			3				3		1				2				1			1			2				4	2	1	2			2
34	30		2					3		1				2				1			1			2				4	2	1	2			2
35	19				4			3		1			1					1					3	1				10	1	1	1		1	
36	28			3				3		1					3			1			1			1				8	1	2	1			2
37	18			3				3		1			1					1					3	1				10	1	1	1		1	
38	25			3				3		1					3			1							2			6	2	2	2			2
39	36		2					3		1				2				1			2							2	2	1	2			2

40	27			4		3	1					3	1				3	2			9	1	1	1	1		
41	24		3			3	1						4	1			1		2			7	1	2	1		2
42	24		3			3	1					2		1			1		1			10	1	1	1	1	
43	32		3			3	1					4	1					3	1			8	1	1	1	1	
44	24		3			3	1					2		1				3		3		3	2	1	2		2
45	40		2			3	1					2		2		1		1				11	1	1	1	1	
46	33		3			3	1					3	1			1		1				10	1	1	1	1	
47	20			4	2						1			1			1		1			7	1	2	1		2
48	38		2			3	1					3	1			2		1		2		4	1	2	2		2
49	18		3			3	1					2		1			1		1			9	1	1	1	1	
50	25			4		3	1					2		1			2			3		2	2	2	2		2
51	36		3			3	1					3	1					3	1			6	2	2	1		2
52	28			4	2							3	1				2		1			9	1	2	1		2
53	27		2			3	1					2		1			2			3		3	2	2	2		2
54	19		3			3	1				1			1				3	2			7	2	2	1		2
55	20		3			3					4	2		1				3		3		2	2	2	2		2
56	25		3			3	1					3	3	1				3	1			8	1	1	2		2
57	20		3			3	1					2		1			1		1			9	1	1	1	1	
58	25		2			3	1					4	1			1			2			9	2	1	1		2
59	33		3			3	1					2		2			2			3		3	2	2	1		2
60	27			4		3	1					4	1				2		1			10	1	2	1		2
61	18		3		1						1			1			1			2		10	1	1	1	1	
62	37		2			2						4	1				2		2			3	2	2	2		2
63	23			4		3	1					2		1			2		1			9	1	2	1		2
64	24		3			3	1					4	1	2		1			2			8	1	1	2		2
65	19			4		3	1				1			1			2		2			6	2	1	2		2
66	27		3			3	1					2		1			1		2			4	2	2	2		2
67	18		3			3	1					2		1			2		1			10	1	2	1		2
68	28			4		3	1					2		1			2		1			11	1	1	1	1	
69	23		2			3	1					2		1				3	1			8	2	1	1		2
70	19		3			3	1				1			1			1		1			8	1	2	2		2
71	28		2			2						2		1			2		1			8	1	1			2
72	30		3			3	1					4	1				2		2			6	2	2	1		2
73	32		3			2						2		1			1		1			8	1	1	1	1	
74	29		3			3	1					2		1			1				4	0	2	2	2		2
75	22			4		3	1					2		1			2		2			8	1	1	1	1	
76	18		3			3	1					2		1	2			2		2		7	2	1	1	1	2
77	37		3			3					3	2		1			2			3		3	2	2	2		2
78	28		3			3	1					2		1			1		2			9	1	1	1	1	
79	26		3			3	1					2		1				3	1			10	1	1	1	1	
80	18		3		1						3	2			2			2		2		7	2	1	1	1	2
81	23		3			3	1					2			2		1			3		4	2	1	1		2

**Anexo N° 08: Secuencia Fotográfica**



**Figura N° 1: Tesistas aplicando el instrumento.**



**Figura N° 2: Tesistas aplicando el instrumento.**