

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

FACTORES PREDICTORES Y DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR RELACIONADOS CON EL USO ADECUADO DE CONTROL PRENATAL EN DOS COMUNAS DE SINCELEJO – COLOMBIA.

Family Factors Predictive And Functionality Related To The Proper Use Of Prenatal Control In Two Communes Of Sincelejo – Colombia.

*Clarybel Miranda Mellado¹, Denise Herazo Tovar², Yadira Lombana Pérez², Gisselle Osorio Vital².

Recibido: enero 15 de 2015.

Aprobado: febrero 18 de 2015.

Resumen

Objetivo: el estudio fue realizado con el objetivo de determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar, relacionados con el uso adecuado de control prenatal en gestantes de dos Comunas de Sincelejo. **Metodología:** se utilizó un estudio descriptivo de corte trasversal, que permitió medir simultáneamente las variables de interés. La muestra probabilística estuvo conformada por 266 mujeres embarazadas, de la que se obtuvo información necesaria, utilizando una Encuesta Sociodemográfica y una Escala de Apgar Familiar. Para buscar la relación entre las variables predictoras y de funcionalidad familiar, con el uso de control prenatal, se utilizaron dos pruebas estadísticas para variables nominales: Tau de Goodman y prueba de Kruskal. **Resultados:** Entre los resultados más relevantes están: el promedio de edad de las gestantes es 22,9 años; el rango de edad con mayor porcentaje es el de 18 – 24 años (50.4%); 82,7% de las gestantes viven en unión libre; 80.8% ha cursado algún nivel de secundaria; 85% son amas de casa; 51,5% recibe menos de 1 salario mínimo mensual, 79.3% pertenecen al estrato social 1 y 94,4% están afiliadas al régimen subsidiado de salud. Con relación a la información familiar, 59,8% pertenecen a familias nucleares y 64,7 a familias normofuncionales. Acerca del uso de control prenatal, se halló que 69.5% hizo uso adecuado de control prenatal y 30,5% uso inadecuado. **Conclusión:** No se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores predictores y de funcionalidad familiar con el uso adecuado de control prenatal.

Palabras claves: Control prenatal, Factores predictores, Funcionalidad familiar, Embarazo. Fuente: (DeCs).

Abstract

Objective: The study was conducted to determine the predicting factors and elements of family functioning related to the appropriate use of birth control in pregnant women in two neighborhoods of Sincelejo, Colombia. **Methods:** The investigation makes use of a descriptive cross-sectional study, which allowed the investigator to simultaneously measure the variables of interest. The random sample consisted of 266 pregnant women, from whom the study solicited necessary information using a demographic survey and the Family APGAR Scale. To look for the relationship between the predictor variables and family functioning with the use of prenatal care, two statistical tests for nominal variables were used: Goodman's tau and the Kruskal test. **Results:** Among the most relevant results are: the average age of pregnant women is 22.9 years; the age range presenting the highest percentage is 18-24 years (50.4%); 82.7% of pregnant women live with a domestic partner; 80.8% have completed some secondary schooling; 85% are housewives; 51.5% receive an income of less than one minimum monthly wage; 79.3% belong to social stratum 1; and 94.4% are affiliated with the subsidized health system. With regard to family information, 59.8% belong to nuclear families and 64.7% to normal functioning families. With regard to birth control, it was found that 69.5% demonstrated adequate use of prenatal care, while 30.5% demonstrated misuse. **Conclusion:** No statistically significant associations were found between predictors/factors of family functioning and the proper use of birth control.

Key words: *Prenatal care, Predictors factors, Family functioning, Pregnancy.* Source: (DeCs).

¹ Enfermera, Esp. En Epidemiología. Jefe departamento de Enfermería-Universidad de Sucre.

² Enfermera, Año Rural.

* **Correspondencia:** Correo electrónico: claribel.miranda@unisucre.edu.co

INTRODUCCIÓN

El embarazo es tradicionalmente concebido como un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones y problemas que pueden ocurrir en este período y que pueden afectar a la madre y al niño por nacer, se considera que la gestación debe ser vigilada para identificar a tiempo esos problemas. La mejor forma de monitorear el desarrollo de un embarazo es a través del programa de Control Prenatal, el cual se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, la atención óptima del parto. (1)

Las mujeres de los países en desarrollo que durante su embarazo recibieron al menos un control prenatal, aumentó, pasando de 54% en 1990 a 74% en el 2005; en América Latina, en estos mismos años, pasó de 77% a 95%. En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) - 2010, el 89% de las gestantes tuvo 4 o más visitas de control prenatal, 6% entre 2 y 3 visitas y el 1% sólo una visita. Las mujeres que no tuvieron controles prenatales, según la misma encuesta, son menores de 20 años y mayores de 34 años con más de tres hijos, residentes en el área rural, sin educación y con un índice de riqueza muy bajo (2). En términos generales, la cobertura de control prenatal muestra una tendencia ascendente, al pasar de 90% en el 2000, a 93.6% en el 2005 y a 97% en el 2010 (3).

Para el Departamento de Sucre, el porcentaje de nacimientos vivos con 4 o más controles prenatales en el año 2011 fue de 82.7% (4) similar a lo encontrado para Colombia (83,6%); no obstante lo anterior, estas cifras siguen por debajo de la meta de desarrollo del milenio para el 2015, que es de 89% (4) lo que resalta la necesidad de reforzar el programa, para elevar el indicador de uso adecuado de control prenatal en el departamento, dado que el uso inadecuado puede estar incidiendo en la tendencia persistente al aumento de la mortalidad materna en Sucre(5); sin dejar de reconocer que este indicador también puede estar asociado a las

deficiencias de calidad de los servicios de salud (6).

Sobre el uso de control prenatal se tienen varios estudios realizados en Suramérica y en Colombia; Arispe C. et al halló en Perú, que el 66.05% de las embarazadas recibió 6 o más controles prenatales y los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo que tuvo control prenatal inadecuado fueron paridad mayor a dos y gestación no planificada (7). En un estudio realizado en México, Martínez L. et al hallaron que el 75% de las embarazadas inició la atención prenatal en el primer trimestre, pero de ellas, sólo el 23.8% hizo uso adecuado del control; es decir, no acudió a 9 consultas como mínimo; el 37% de las embarazadas desarrollaba actividades remuneradas fuera del hogar, y de ellas el 72% eran empleadas y el resto obreras (8).

Por su parte, Támez S. et al también en México, observó que el nivel socioeconómico es un predictor de la utilización de servicios de atención prenatal, así como la escolaridad. Encontró otras variables que intervienen según el estrato social; en el estrato bajo, las variables relacionadas fueron la escolaridad y la seguridad social; el estrato medio mostró un comportamiento difícil de caracterizar, y en el estrato alto una de las principales variables fue pago de bolsillo (9).

De otro lado, una investigación desarrollada por Bassani D. et al en Brasil mostró que el 61% de las mujeres cumplieron con los criterios de haber recibido una atención prenatal adecuada, mientras que el 4% no había tenido atención prenatal alguna. En el grupo de embarazadas se halló una edad media de 25.5 años, educación de 8.2 años en promedio, ingreso mensual medio de US\$63.3 dólares, 40% eran primíparas, y más del 15% no convivían con los padres de sus hijos. Estas tres últimas variables mostraron asociación con atención prenatal inadecuada (10).

Otro de los factores que puede relacionarse con el uso adecuado de control prenatal es la funcionalidad familiar. La ausencia de control prenatal y el inicio tardío de este, podría deberse a oposición de personas agresoras en la familia

(compañero, hermanos y otros familiares); también podría deberse a temores que puede sentir la mujer a que en el examen médico se descubran huellas de abuso físico o sexual, a la falta de comunicación y al bajo nivel de confianza entre miembros de la familia. Cuando la embarazada pertenece a una familia funcional, esta favorece y permite un adecuado control prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante.

Las investigaciones sobre funcionalidad familiar y el uso de control prenatal son escasas; en un estudio ecuatoriano realizado con adolescentes, se encontró que el 45% de las adolescentes fueron acompañadas por sus padres en la primera consulta, debido a que el 36% de las parejas de las gestantes trabajaban, lo que les impedía acompañarlas al control prenatal (11). Jiménez A. et al encontraron que el apoyo familiar proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes, obteniéndose como resultados la minimización de riesgos debidos a la falta de apoyo de la pareja (12).

El estudio más reciente realizado en Colombia, por Castillo I. et al, da cuenta de que el 67.5% de las gestantes hace uso adecuado de control prenatal, identificándose como variables explicativas de este, tener afiliación en salud (70.5%), tener estudios secundarios o superiores (73.5%) y pertenecer a una familia funcional (72.6%) (13).

Los factores que predisponen a las madres a no asistir al control prenatal son numerosos y los estudios citados anteriormente dan evidencia de esta predisposición: factores sociodemográficos, económicos, educativos, institucionales y de personal de salud, entre otros; cada uno de ellos suele tener un peso importante al explicar cualquier inasistencia de la madre (8) (9) (10) (14). En el contexto de Sincelejo no existen estudios sobre el tema; sin embargo, a partir de las prácticas de proyección social que desarrolla el Programa de Enfermería de la Universidad de Sucre en la zona suroriental de la ciudad, y en cumplimiento de su misión, los estudiantes y docentes están atentos a los problemas de salud de la población asentada en esta zona, dadas sus

características de vulnerabilidad, pobreza y limitación social y económica (15).

En atención a lo anterior y motivados por crecer en la formación investigativa, el grupo se propuso realizar un estudio con el objetivo de determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso de control prenatal, en las Comunas 8 y 9 de la ciudad de Sincelejo. La comprensión de estos factores propiciará a los profesionales de la salud y de Enfermería, así como a los organismos de salud públicos y privados del departamento de Sucre, la puesta en práctica de estrategias que mejoren y motiven a las gestantes a realizar un control prenatal adecuado durante su embarazo.

La definición de las variables centrales sirvieron de guía para la consecución de los objetivos. En el marco de algunos referentes teóricos (16) (17), el *control prenatal adecuado* fue definido como el número de controles prenatales acordes con la edad gestacional en meses e inicio del primer control antes de la semana 12 de embarazo. A la luz de Andersen R. (18), los *Factores predictores o predisponentes* son las condiciones presentes antes de un proceso patológico, que son inherentes a la persona, y por tanto se consideran inmodificables por cambios en las políticas de salud; estos incluyen características demográficas (edad y estado marital) y estructura social (afiliación a la seguridad social, educación, ocupación, empleo, ingreso familiar y estrato social). La *funcionalidad familiar* se definió como la capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (19).

MATERIALES Y MÉTODOS

El abordaje metodológico del estudio se hizo a través de un diseño descriptivo de corte transversal, que permitió la medición simultánea del uso de control prenatal y de los factores predictores en una población de gestantes residentes en las Comunas 8 y 9, de la ciudad de Sincelejo. Con base en la información contenida en el Plan de Desarrollo Municipal 2012– 2015, sobre la distribución de comunas, barrios y población de cada comuna, se estimó una

población de referencia de 1.173 gestantes (20). A partir de esta, se estimó una muestra probabilística de 266 mujeres embarazadas, la cual fue calculada teniendo en cuenta una proporción de uso adecuado de los servicios de control prenatal de 67.5% (13), un nivel de confiabilidad de 95%, y un error de muestreo de 3%. Para la selección de la muestra se utilizó el diseño de muestreo Estratificado, garantizando la participación representativa de las dos comunas 8 y 9, de acuerdo con el número de habitantes de cada una.

Los criterios de inclusión fueron gestantes mayores de 15 años de edad en cualquier mes de gestación; se excluyeron gestantes con patologías asociadas con el embarazo referenciadas en el carnet de control prenatal, o referidas por la misma embarazada.

Por el tipo de estudio, la técnica esencial fue la Encuesta, diseñada con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – 2010 (2), en la cual se acopió información sobre edad, estado civil, escolaridad, ocupación, empleo, estrato social, afiliación a la seguridad social, datos referidos a edad gestacional, inscripción al programa, número de consultas realizadas y algunas otras variables que conforman los factores predictores del uso de control prenatal. A la encuesta se integró el instrumento de Valoración de la funcionalidad familiar (APGAR Familiar), de tres ítems de respuesta: “Nunca o casi nunca”, “A veces”, y “Siempre o casi siempre”. El puntaje de la escala fluctúa entre 0 y 10 puntos, y se tomó como disfuncionalidad familiar un resultado de 0-6 puntos y de 7- 10 puntos, se calificó como funcionalidad familiar (21).

La encuesta fue aplicada en el sitio de residencia de la gestante previa prueba piloto de la misma y obtención del consentimiento informado. Para la selección de los barrios y de las manzanas se aplicó un procedimiento aleatorio; ubicada la primera gestante, se procedió a continuar la búsqueda alrededor de las manzanas, siguiendo el sentido de las manecillas del reloj (siempre hacia la derecha del hogar inicialmente seleccionado); complementando la búsqueda

con información de otras gestantes referidas por la que ya se había entrevistado.

La calidad de la información estuvo garantizada por la revisión de las encuestas, que se inició desde el mismo momento en que finalizó la aplicación de estas; al culminar cada semana el grupo volvió a revisar las encuestas para detectar inconsistencias y poder realizar las correcciones requeridas. Cuando se consideraba que la información estaba completamente depurada, se procedía a su sistematización en el programa Microsoft Excel 2010, donde se organizó por variables para su posterior análisis estadístico. Como las variables involucradas son de tipo nominal se realizaron pruebas de Lamba, Chi-cuadrado de Pearson, Tau de Goodman y Kruskal y el coeficiente de incertidumbre, tomando como principal la Tau de Goodman y Kruskal (22), para establecer la asociación estadística entre las variables involucradas. Desde la ética de investigación, los procedimientos se acogieron a la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de la Protección Social (23).

RESULTADOS

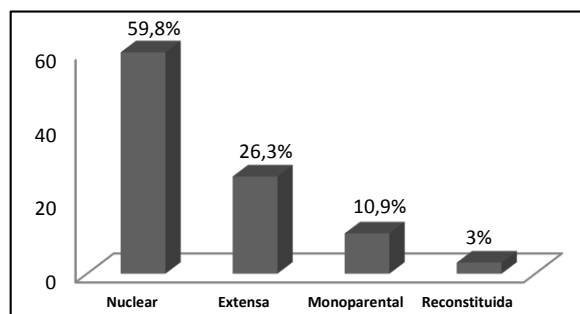
- **Características Sociodemográficas de la muestra.** Las características sociodemográficas de las 266 gestantes que participaron en el estudio se describen a continuación: tienen un promedio de edad de 22.9 años, con edades comprendidas entre 16 y 40 años; el rango con mayor porcentaje de gestantes es el de 18 – 24 años 134 (50.4%). El 82.7% (220) de las gestantes vive en unión libre, el 80.8% (215) ha cursado algún nivel de secundaria, el 85% (226) son amas de casa, el 51,5% (137) recibe menos de 1 salario mínimo mensual de ingreso familiar, el 98.1% (261) pertenece a estratos sociales 1 y 2 y el 94,5% (251) están afiliadas al régimen subsidiado de salud. (Tabla 1).

Con relación a la información familiar, el 59.8% (159) pertenecen a familias nucleares, con una mediana de 3 integrantes por familia; el 64.7% (172) de las familias de las gestantes son normofuncionales y el resto (35.3%) son disfuncionales (Gráficas 1 y 2).

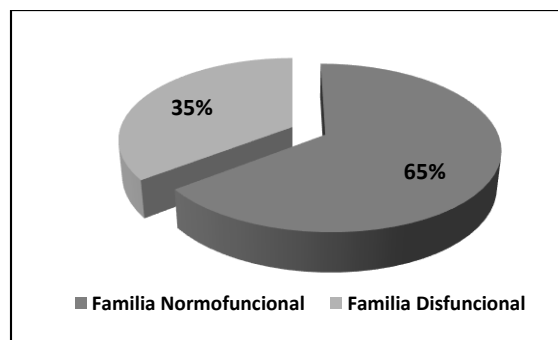
Tabla 1. Características sociodemográficas de gestantes de dos Comunas de Sincelejo 2013.

CARACTERÍSTICA	No.	%
EDAD		
De 16 – 17 años	41	15,4
De 18 – 24 años	134	50,4
Mayores de 24 años	91	30,4
ESTADO CIVIL		
Casada	25	9,4
Unión libre	220	82,7
Soltera/Separada	21	7,9
NIVEL EDUCATIVO		
Analfabeta	3	1,1
Primaria incompleta	4	1,5
Primaria completa	12	4,5
Secundaria incompleta	109	41,0
Secundaria completa	106	39,8
Técnico	22	8,3
Tecnólogo	2	0,8
Universitario	8	3,0
OCUPACIÓN		
Ama de casa	226	85,0
Empleada, trabajo independiente	17	6,4
Estudiante	11	4,1
Desempleada	12	4,5
INGRESOS FAMILIAR		
Menos de 1 SMMLV	137	51,5
1 SMLV	75	28,2
Entre 1 y 2 SMMLV	43	16,2
2 SMLV	6	2,3
Entre 2 y 3 SMMLV	3	1,1
3 SMLV	2	0,8
ESTRATO SOCIAL		
1	211	79,3
2	50	18,8
3 en adelante	5	1,9
SEGURIDAD EN SALUD		
Contributivo	15	5,6
Subsidiado	251	94,4

Fuente: Encuesta sociodemográfica.



Gráfica 1: Tipo de familia en gestantes de dos comunas de Sincelejo 2013. (Fuente: Los Autores).



Gráfica 2. Funcionalidad familiar en gestantes de dos comunas de Sincelejo 2013. (Fuente: Los Autores)

• **Historia de embarazos, partos, cesáreas y abortos.** Se encontró que la mayoría de las gestantes en estudio ha tenido entre 1 (39.47%) y 2 embarazos (31.58%) y no han tenido partos (69.92%); así mismo, la mayoría no han tenido cesáreas (79.56%) ni abortos (79.7%) (Tabla 2)

Tabla 2. Embarazos, partos, cesáreas y abortos en Gestantes de dos Comunas de Sincelejo 2013.

CARACTERÍSTICA	N°	%
NÚMERO DE EMBARAZOS		
1	105	39,5
2	84	31,6
3	40	15
4 y más	37	13,9
NÚMERO DE PARTOS		
Nulípara	186	69,9
Primípara	43	16,2
Secundípara	17	6,4
Múltipara	20	7,5
NÚMERO DE CESÁREAS		
Cero	193	72,6
Una	53	19,9
Dos	18	6,8
Tres	2	0,8
NÚMERO DE ABORTOS		
Cero	212	79,7
Uno	40	15,0
Dos	12	4,5
Tres	2	0,8

Fuente: Encuesta sociodemográfica.

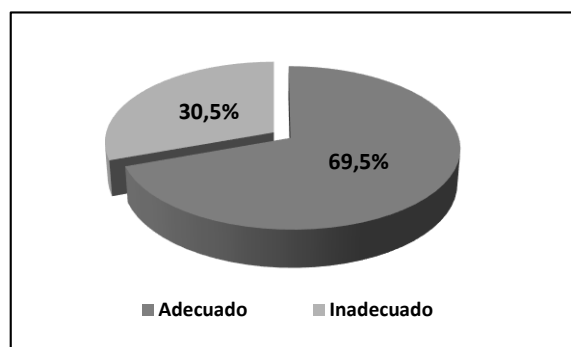
• **Uso de Control Prenatal.** Se les preguntó si asistían al control prenatal, hallándose que el 98,9% (263) sí lo hacían, con una mediana de 4 controles prenatales; tres (1,1%) gestantes respondieron que no asistían y citaron las siguientes razones de inasistencia: “creía que no estaba embarazada”, “no necesitaba el control porque he tenido los hijos sin problemas”, y “perdí

la cita y no fui más”. En cuanto al inicio del control prenatal, el 83,1% (221) lo iniciaron en el primer trimestre; es de resaltar que el 29,7% (79) lo habían iniciado en el primer mes de embarazo y el 3,4% (9) del sexto mes en adelante (Tabla 3). Teniendo en cuenta la edad gestacional y el inicio del primer control (hasta la semana 12), se halló que la mayoría de las gestantes hicieron uso adecuado del control prenatal (83,1%), mientras que el 16,9% hizo un control inadecuado de este (Gráfica 3).

Tabla 3. Razones de asistencia, inasistencia e inicio al control prenatal en gestantes de Sincelejo 2013.

VARIABLE	No.	%
RAZONES DE ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL		
Para detectar alteraciones	226	85,0
Por recomendación de alguien	33	12,4
RAZÓN DE INASISTENCIA		
Creía que no estaba embarazada	1	0,4
Creía que no lo necesitaba porque había tenido hijos sin problemas	1	0,4
Perdió la cita y no fue más	1	0,4
Sin respuesta	4	1,5
INICIO DEL CONTROL PRENATAL		
1 Mes	79	29,7
2 Meses	83	31,2
3 Meses	59	22,2
4 meses	23	8,6
5 meses	10	3,8
6 meses y más	9	3,4
No lo iniciaron	3	1,1

Fuente: Encuesta sociodemográfica.



Gráfica 3: Uso del control prenatal en gestantes de dos comunas de Sincelejo. 2013. (Fuente: Los Autores).

• **Factores Predictores del uso adecuado de Control Prenatal.** En la investigación se consideraron como factores predictores la edad,

el estado marital, la educación, la ocupación, el empleo y el ingreso familiar. Al contrastar la **edad** con el uso adecuado de control prenatal se halló que las gestantes menores de 25 años de edad presentan mayor uso adecuado de control prenatal (70.6%) que las de 25 años y más (66.7%), sin encontrarse relación significativa entre estas variables (OR=1,20; (IC: 0,673–2,145)) (Tabla 4).

Haciendo referencia al **estado civil**, se halló que las gestantes que tienen pareja hacen mayor uso de control prenatal (70,2%) que aquellas que no tienen pareja (61.9%); sin mostrar relación significativa con el uso de control prenatal (OR=1,45; (IC: 0,577 – 3,647)) (Tabla 4).

En cuanto a **educación**, se encontró que las gestantes universitarias y de estudios técnicos, hacen mayor uso de control prenatal adecuado (75%) que las gestantes con educación secundaria (68.8%); no se halló asociación significativa entre uso adecuado de control prenatal y el nivel educativo. (OR=1,36; (IC: 0,583 – 3,172)). (Tabla 4).

Respecto a la **ocupación**, los resultados muestran que la mayoría de las gestantes no trabaja 238 (89.5%), y se desempeñan como amas de casa 266(85%) (Tabla 1). Al explorar la relación entre esta variable y el uso de control prenatal, no se halló asociación significativa entre ellas; el 70,6% de las mujeres que trabajan hacen uso adecuado de control prenatal adecuado en comparación de las que no trabajan (69.5%) (Tabla 4).

La tabla 4 da cuenta de otros factores predictores como el estrato, el ingreso y la afiliación en salud. Las gestantes de estrato social más alto (3 en adelante), presentaron mayor uso de control prenatal adecuado (80%) que las de estrato 1 y 2 (69,3%), sin hallarse asociación significativa con el uso de control prenatal (0,566; (IC=0,062–5,141)).

Referente al **ingreso familiar de las gestantes**, las que tienen hasta 1 salario mínimo mensual vigente de ingreso familiar hacen uso adecuado de control prenatal ((68.9%) (146)), en contraste con el 72.2% (39) que tienen ingresos superiores

a 1 SMMLV, que también hacen uso adecuado del control prenatal; no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas dos variables (OR=0,851 (IC: 0,439 – 1,651)) (Tabla 4).

En cuanto a la **afiliación en salud** y su relación con el uso adecuado de control prenatal, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los regímenes de afiliación y el uso adecuado de control prenatal (OR=1,149 (IC: 0,396 - 3,336)). Las gestantes que están afiliadas al régimen contributivo hacen uso adecuado de control prenatal en un 72,2% en

comparación con las que están afiliadas al régimen subsidiado (69,4%). (Tabla 4).

• **Funcionalidad Familiar como factor predictor del uso adecuado de Control Prenatal.** Respecto a la **funcionalidad familiar**, en el estudio de Sincelejo las familias funcionales hacen uso adecuado de control prenatal (123) 71.5% en un porcentaje ligeramente superior a las familias disfuncionales (62) 66%; sin embargo, no se encontró asociación significativa entre esta variable y el uso adecuado de control prenatal (OR= 0,772; (IC: 0,450 - 1,325)) (Tabla 4).

Tabla 4. Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso del control prenatal en gestantes de dos comunas de Sincelejo. 2013.

FACTORES	USO ADECUADO				OR	INF	SUP
	SI	%	NO	%			
EDAD							
>= 25 años	137	70,6	57	29,4	1,20	0,673	2.145
< 25 años	48	66,7	24	33,3			
ESTADO CIVIL							
Con pareja	172	70,2	73	29,8	1,45	0,577	3.647
Sin pareja	13	61,9	8	38,1			
NIVEL EDUCATIVO							
Estudios técnicos o universitarios	24	75,0	8	25,0	1.360	0,583	3.172
Hasta bachillerato	161	68,8	73	31,2			
OCUPACIÓN							
Trabaja	12	70,6	5	29,4	0,94	0,323	2.786
No trabaja	173	69,5	76	30,5			
ESTRATO SOCIAL							
1 y 2	181	69,3	80	30,7	,566	,062	5.141
3 en adelante	4	80	1	20			
INGRESO FAMILIAR							
Hasta 1 SMMLV	146	68,9	66	31,1	,851	,439	1.651
Más de 1 SMMLV	39	72,2	15	27,8			
AFILIACIÓN EN SALUD							
Contributivo	13	72,2	5	27,8	1.149	,396	3.336
Subsidiado	172	69,4	76	30,6			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR							
Funcional	123	71,5	49	28,5	,772	,450	1.325
Disfuncional	62	66,0	32	34,0			

Fuente: Encuesta sociodemográfica y Escala de Apgar familiar.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación explican el uso adecuado del servicio de control prenatal en las gestantes de dos Comunas de Sincelejo, en la medida en que la mayoría había iniciado su control prenatal durante el primer trimestre y contaba con el número de controles prenatales acordes con la edad gestacional que tenía al momento de la encuesta. Las cifras de uso adecuado de control prenatal son altas (83,1%),

en comparación con lo hallado por otros autores, como Garza en México (27.3%) (24), Aguado en el Litoral Pacífico colombiano (60.7%) (24) y Castillo en Cartagena (67.5%) (8); esto puede indicar que en Sincelejo, a partir de la alerta que han generado las cifras de mortalidad materna, se está trabajando fuertemente en las estrategias para su disminución, y una de ellas consiste en estimular a las madres sobre la necesidad de asistir al número completo de controles para una

mayor protección de su salud y de sus niños. De hecho, la Política de Maternidad Segura en Sucre, ha puesto en práctica varias acciones de publicidad y capacitación del recurso humano de los programas de control prenatal (5).

Las pruebas estadísticas utilizadas permitieron establecer que los factores predictores y la funcionalidad familiar no presentan relación estadísticamente significativa con el uso adecuado de control prenatal; el promedio de edad de las gestantes del estudio fue de 23 años, cifra cercana a lo encontrado por Bassani D. et al en Brasil (10) y por Castillo I. et al en Cartagena (13); aunque no se halló relación significativa entre la edad y el uso adecuado de control prenatal, en el estudio de Sincelejo las mujeres mayores de 25 años usan un poco más control prenatal adecuado que las menores de 25, datos coherentes con la ENDS-2010, cuyos resultados muestran que los mayores porcentajes de gestantes que no han tenido control prenatal, están entre mujeres más jóvenes (15-29) y entre 45 y 49 años de edad (2). Támez S. et al en Brasil afirman que la edad es la principal variable predisponente del uso de control prenatal, pero en el estrato alto (9). En el estudio de prácticas de cuidado realizado por García L en Sincelejo, se halló mayor porcentaje de buenas prácticas en gestantes adultas (71,24%) que en gestantes adolescentes (55,67%) (26), de lo que podría deducirse que la edad está directamente relacionada con el uso de control prenatal adecuado; a mayor edad, mayor uso de control prenatal. Muchos de los cuidados y conocimientos son adquiridos por la gestante en controles prenatales anteriores, a través de intervenciones educativas ofrecidas por el personal de enfermería.

Támez S. et al (9), calificaron la escolaridad como la variable de mayor peso en el uso de servicios de control prenatal en los estratos bajos en México, afirmando que en las clases pobres, el nivel educativo es el que media en la utilización de los servicios de salud. Los resultados de Aguado LF. et al en Colombia (25), dan cuenta de que el bajo nivel educativo de las madres tiene efectos negativos en la atención prenatal; el

hecho de que una madre aumente su nivel educativo de secundaria a educación superior, aumenta la probabilidad de tener una atención prenatal calificada en 28% aproximadamente. En Sincelejo, a pesar que las gestantes con mayor nivel educativo hicieron más uso adecuado de control prenatal que las que cursaron sólo hasta bachillerato, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre estas dos variables.

Las gestantes que trabajan y no trabajan, mostraron cifras similares de uso adecuado de control prenatal, sin hallarse relación significativa entre esta variable y la ocupación, a diferencia de los resultados de Martínez MP, quien sostiene que las mujeres que trabajan fuera de casa tienen mayor probabilidad de atención prenatal adecuada que aquellas que no lo hacen (8).

De otra parte, Támez S. et al (9) también afirma que el nivel socioeconómico actúa como una variable predisponente en la utilización de servicios de atención prenatal, estableciendo diferencias en el uso de estos servicios, en el sentido de que los utilizan más aquellas embarazadas que tiene mejor condición socioeconómica. De forma similar, en el estudio realizado en el pacífico colombiano, se halló que las madres que tienen mejor condición económica, particularmente aquellas que están en un nivel medio, presentan mayores tasas de atención prenatal óptimo (97.4%), en comparación con las madres que tienen bajo nivel socioeconómico (81.6%) (25). Los resultados de Sincelejo, muestran 3 cifras porcentuales más de uso adecuado de control prenatal en gestantes de estratos más altos, que aquellas de estratos 1 y 2; sin existir diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

En cuanto al ingreso familiar, los datos de Sincelejo en los que no se encontró relación entre esta variable y el uso adecuado de control prenatal, son diferentes a lo reportado por Bassani D. et al (10), quien halló que un mayor ingreso se asoció en gran medida, con menores probabilidades de atención prenatal inadecuada y parcialmente inadecuada.

Las gestantes de las dos comunas de Sincelejo que están afiliadas al régimen contributivo, usaron un poco más el control prenatal adecuado que las afiliadas al régimen subsidiado, sin hallarse relación estadísticamente significativa entre estas variables. Los resultados difieren de los hallazgos de Támez S. et al (9) y Castillo I. et al (13), quienes señalan el gran peso que tiene la afiliación en salud en el uso del servicio de control prenatal.

Cuando una familia es normo-funcional, está en capacidad de brindar mayor apoyo familiar; Jiménez A. et al encontraron que el apoyo familiar proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes, obteniéndose como resultado la minimización de riesgos asociados a la falta de apoyo de la pareja (12). En el presente estudio se halló que las gestantes con familias normo-funcionales usaron más control prenatal adecuado que las que cuentan con familias disfuncionales, pero no se halló relación significativa entre estas dos variables, resultados que difieren a lo reportado por Castillo I. et al en Cartagena, donde se halló relación significativa entre el uso de control

prenatal y pertenecer a familias normo-funcionales (13)

La falta de relación del uso adecuado de control prenatal con los factores predictores y la funcionalidad familiar, podría entenderse desde la homogeneidad de la muestra de las gestantes del estudio, en cuanto a sus características sociodemográficas, ya que estas son muy similares en las dos comunas; lo que se constituyó en una limitación para establecer las relaciones entre las variables que otros autores han encontrado, como la afiliación en salud, la escolaridad, la edad, el estrato social y la funcionalidad familiar.

A pesar de la falta de relación entre las variables estudiadas, es necesario considerar las diferencias porcentuales halladas entre grupos de gestantes, puesto que se trata de una información valiosa para la aplicación y ajustes de intervenciones en los programas de Control Prenatal que cubren a poblaciones vulnerables de Sincelejo.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parra M, Müller E. El Control Prenatal. En: Obstetricia integral siglo XXI. Bogotá: M.D. MSc, 2009:76-80. http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf (Último acceso 15 enero de 2015)
2. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Salud materno-infantil. Bogotá: Profamilia. 2010.
3. Así Vamos en Salud. Seguimiento al sector salud en Colombia. Cobertura de Control Prenatal. 2012.
4. Gobernación de Sucre. Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia.
5. Gobernación de Sucre. Secretaría de Salud Departamental. Concertación del Plan de Acción para una Maternidad segura. Datos estadísticos. Junio de 2013.
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2013:60. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.
7. Arispe C, et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana. 2011; 22(4):159-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf>
8. Martínez Gonzalez L, Reyes Frausto S, García Peña, MC. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Méx. 2009; 38(5):341-351. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000962>.
9. Támez González S, et al. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública México. 2006; 48(5):418-419.

10. Bassani D, Surkan P, Olinto M. Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: El rol de las características maternas. [Internet]. Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva; 2010:10–15. [acceso 2013 Jun 20]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3601010S.pdf>
11. Cobos Martínez, LE. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal – Santa Elena. 2012 – 2013. Tesis de grado Licenciada en Enfermería. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Ecuador: Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Carrera de Enfermería; 2013:27-28.
12. Jiménez A, et al. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes en el control prenatal. Ciencia UANL. 2015; (57):84-88.
13. Castillo I, et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena, 2011. XIX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC. 2012;29-32. Disponible en: <http://www.anec.org.co/images/Documento-sANEC/1erpuesto.pdf>
14. Hernández L, Cala C. Factores asociados al abandono del Programa de Control Prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo semestre de 2008. [Tesis especialización]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga. Especialización en Auditoría en Salud; 2009:13-18. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/handle/123456789/646>
15. Villarreal G. Programa de Extensión y Proyección Social: “Una apuesta por la Atención primaria en salud”. Sincelejo: Universidad de Sucre; 2012.
16. Ministerio de Salud de Colombia. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Disponible en: www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf
17. Rivera A. Materiales de apoyo para el aprendizaje - Control Prenatal - 2008. [Tesis] México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008:1-17. Disponible: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf>
18. Andersen R. Health Status Indices and Access to Medical Care. American Journal of Public Health. 1978; 68(5):458-463. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.68.5.458>
19. Martínez M. Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia (perspectiva de la psicoterapia familiar). [Internet]. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2010; 13(3):319-326. [citado 2014 Feb 5]; disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/27.pdf>
20. Alcaldía de Sincelejo. Secretaría de Planeación. Plan de Desarrollo Municipal de Sincelejo 2012–2015. [Internet] [citado 2013 Jun 3]; disponible en: http://www.csircolombia.org/apc-aafiles/495aa9a254573b59d33063bb32b6ce5f/Plan_de_Desarrollo_Mpio_Sincelejo_2008_2011.pdf
21. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract. 1978; (6):1231-9. Disponible en: <http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoapgarfamiliar.asp>.
22. Wayne D. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3 ed. México: Limusa – Noriega; 1987: 663.
23. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución No. 008430 de 1993. Por el cual se establece normas de investigación en salud. Bogotá; 1993.
24. Garza M, et al. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev. Esp. Salud Pública. 2003; 77 (2) 267 – 274.
25. Aguado LF, et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral

- Pacífico Colombiano. Rev. latinoam.cienc.soc.niñez. 2007; 5(1):1-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v5n1/v5n1a08>
26. García L. Comparación de las prácticas de cuidado en dos grupos de gestantes en la ciudad de Sincelejo. *av.enferm.* 2008; 26: 22-35. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_3.pdf
27. Ruiz J, Romero G, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev Panam. Salud Pública.* 1998; 4(2):82-84. [acceso Ene 25 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000800002