

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE OBSTETRICIA



**BENEFICIOS Y BARRERAS DEL CONTROL PRENATAL EN
ESTADO DE EMERGENCIA POR COVID-19 PERCIBIDO POR
GESTANTES DE PIURA, 2022.**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Autor:

Zea Nolte, Karla Milagros

Asesor:

Cano Mejía, Jenny Evelyn (ORCID: 0000-0001-5638-972X)

CHIMBOTE - PERÚ

2022

ACTA DE SUSTENTACIÓN



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ACTA DE DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DEL INFORME DE TESIS

En la ciudad de Chimbote, Ciudad Universitaria Los Pinos, pabellón B, aula 302, siendo las 8:00 am. del viernes 7 de octubre de 2022, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, aprobado con Resolución de Consejo Universitario N° 3575-2021-USP/CU, en su artículo 21º, se reúne el Jurado Evaluador de Tesis designado mediante Resolución de Decanato N.º 1042-2022-USP-FCS/D, integrado por:

Dra. Maritza Soledad Carranza Aguilar
Mg. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa
Mg. Víctor Joel Sánchez Romero

Presidente
Secretario
Vocal

Con el objetivo de evaluar la sustentación de la tesis titulada "**BENEFICIOS Y BARRERAS DEL CONTROL PRENATAL EN ESTADO DE EMERGENCIA POR COVID-19 PERCIBIDO POR GESTANTES DE PIURA, 2021**", presentado por la bachiller:

KARLA MILAGROS ZEA NOLTE

Asesorada por:

Dra. Jenny Evelyn Cano Mejía

Terminada la sustentación y defensa de la tesis, el Jurado Evaluador luego de deliberar, acuerda:

APROBAR POR UNANIMIDAD

APROBAR POR MAYORÍA

DESAPROBAR POR UNANIMIDAD

DESAPROBAR POR MAYORÍA

Siendo las 9:05 am. Se dio por terminada la sustentación.

Los miembros del Jurado Evaluador de Informe de Tesis firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:


Dra. Maritza Soledad Carranza Aguilar
PRESIDENTE


Mg. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa
SECRETARIO


Mg. Víctor Joel Sánchez Romero
VOCAL

c.c.: Interesada
Expediente
Archivo.

RECTORADO: Av. José Pardo 194 Chimbote / Perú - Telf.: (043) 483320
CAMPUS UNIVERSITARIA: Urb. Los Pinos Telf.: (043) 483222 / 483817 / 483201 - Av. Bolognesi 421 Telf.: (043) 483810
Nuevo Chimbote Av. Pacífico y Archoveta Telf.: (043) 483802 / San Luis Telf.: (043) 483826
OFICINA DE ADMISIÓN: Esq. Aguirre y Esplanar - Teléfono: 043-345899 - www.usanpedro.edu.pe - facebook/ Universidad San Pedro

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar esta tesis con todo cariño a mi familia. Para mis padres en especial Lorena y franklin para mis hermanos, esposo e hijo, por su comprensión y ayuda en momentos malos y buenos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con mucho amor y sin pedir nunca nada a cambio a dios por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis docentes, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro, fácil no ha sido el proceso, pero con la voluntad de dios se logró, pero gracias a las ganas de trasmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he obtenido importantes objetivos como terminar el desarrollo de mi tesis con éxito y satisfacción y obtener una afable titulación profesional.

DERECHOS DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe Karla Melagros Zea Nolte, con documento de identidad N° 73.327.156 autora de la tesis titulada "Beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por COVID-19 percibida por gestantes de Piura, 2022" y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo cual otorgo a la Universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial o totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera los derechos de autor.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada con anterioridad para obtener grado académico o título profesional alguno.
4. Los datos presentados en los resultados son reales; por tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude, plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la Universidad San Pedro.



Firma

Chimbote, mayo 14 del 2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

Acta de sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	viii
Palabras clave	ix
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	12
1. Antecedentes y fundamentación científica	12
2. Justificación de la investigación	13
3. Problema	14
4. Conceptuación y operacionalización de las variables	15
5. Objetivos	16
5.1. Objetivo general	16
5.2. Objetivos específicos	16
METODOLOGÍA	17
1. Tipo y diseño de investigación	17
2. Población y muestra	17
3. Técnicas e instrumentos de investigación	19
4. Procesamiento y análisis de la información	20
RESULTADOS	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS Y APÉNDICES	41

Anexo 1. Consentimiento informado	41
Anexo 2. Instrumento de recolección de la información	42
Anexo 3. Informe de conformidad del asesor	45
Anexo 4. Constancia de similitud	46
Anexo 5. Formato de publicación en el repositorio institucional de la USP	47
Anexo 6. Base de datos	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.	21
Tabla 2. Beneficios del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.	23
Tabla 3. Barreras actitudinales del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.	24
Tabla 4. Barreras de estrés psicosocial del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.	25
Tabla 5. Barreras estructurales del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.	26
Tabla 6. Barreras externas del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.	27
Tabla 7. Respuestas de los encuestados	48

PALABRAS CLAVE

Gestantes, Beneficios y control prenatal, Barreras y control prenatal, COVID-19

KEYWORDS

Pregnant Women, Benefits and prenatal control, Barriers and prenatal control, COVID-19.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Área : Ciencias médicas y de la salud

Subárea : Ciencia de la salud

Disciplina : Ciencias Socio-biomédicas.

Línea : Salud Sexual y Reproductiva de la mujer, familia y comunidad.

RESUMEN

Esta investigación con diseño no experimental, transeccional y descriptivo tuvo por objetivo analizar la percepción sobre los beneficios y barreras del control prenatal en gestantes durante el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022. Se aplicó una encuesta a una muestra de 83 gestantes de la provincia de Piura que asisten a sus controles prenatales, utilizando el cuestionario elaborado por Quelopana et al. (2007) para el caso mexicano. Para el análisis estadístico se recurrió al uso del programa IBM SPSS Statistics 26. Los resultados muestran que el 97.6% de las gestantes perciben que los principales beneficios que les brinda la atención prenatal y las motivaron a recibirla son, aprender acerca del parto, seguido de no tener problemas con su embarazo (94%) y tener un bebé sano (94%). Asimismo, las principales barreras que se presentaron son las de estrés psicosocial, atribuyendo el retraso en el inicio del control prenatal al estrés por la nueva normalidad (94%) miedo al contagio y la culpa por llevar un embarazo en pandemia (90.4%).

ABSTRACT

This research with a non-experimental, cross-sectional and descriptive design aimed to analyze the perception of the benefits and barriers of prenatal control in pregnant women during the state of emergency due to COVID-19, Piura, 2022. A survey was applied to a sample of 83 pregnant women from the province of Piura who attend their prenatal check-ups, using the questionnaire prepared by Quelopana et al. (2007) for the Mexican case. For the statistical analysis, the use of the IBM SPSS Statistics 26 program was used. The results show that 97.6% of pregnant women perceive that the main benefits provided by prenatal care and motivated them to receive it are learning about childbirth, followed by having no problems with your pregnancy (94%) and having a healthy baby (94%). Likewise, the main barriers that were presented are those of psychosocial stress, attributing the delay in starting prenatal control to stress due to the new normality (94%), fear of contagion and guilt for carrying a pregnancy in a pandemic (90.4%).

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

La mortalidad materna se ha convertido en un problema de salud pública y un indicador sensible para evaluar el progreso de los sistemas de salud entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, que guarda coherencia con las metas del desarrollo sostenible de las Naciones Unidas, que consiste en reducir la tasa mundial de mortalidad materna por debajo de 70 por 100.000 nacidos vivo (OMS, 2019). Sin embargo, a pesar de la disminución de la mortalidad materna en los últimos años, sigue existiendo grandes diferencias al interior de los países y entre los países de acuerdo con su nivel socioeconómico, de 12 a 430 por 100.000 nacidos vivos.

En el Perú, la muerte materna, es un indicador que muestra la realidad en la que se vive, donde irradia la desigualdad y la exclusión social, las limitaciones en el acceso a los servicios de salud y sociales, la desigualdad para la toma de decisiones y la falta de respeto hacia los derechos humanos. En el año 2020, las estadísticas mostraron que, por cada 100 mil nacidos vivos, se presentaron 81.6 muertes maternas, lo que revela un aumento significativo, considerando que para el año anterior la cifra alcanzó las 55.1 muertes por cada 100 mil nacidos. Las principales causas de muerte materna lo constituyen la triada de trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia y sepsis. En el 2020, se han evidenciado cambios en el perfil etiológico y epidemiológico de la muerte materna, presentándose un incremento de muertes maternas por trastornos hipertensivos del embarazo en un 2%, ascendiendo al 21.4%, constituyendo el primer motivo de muerte materna directa en el escenario actual de la pandemia de la COVID-19; en tanto que, las hemorragias que tradicionalmente ocupaban el primer lugar de

muerte materna de muerte materna pasaron a constituir la segunda causa y la sepsis, la tercera causa de muerte materna. Asimismo, entre las causas de muerte materna indirecta predominan la enfermedad de la COVID-19 a 15,8%, de los casos (19,3%), diversos estudios señalan una posible asociación entre la infección sars-cov-2 y la preeclampsia (Ministerio de Salud, 2019; Ciudad y Pacheco, 2021).

La mortalidad materna, es una realidad que está ligada a la desigualdad social, pobreza, condiciones y calidad de vida, por ende, se constituye como un problema sanitario relevante, que incita a diversos investigadores a revelar sus causas y establecer normas para su reducción. En ese sentido, Novoa (2019), obtuvo como resultado que la frecuencia de muerte materna se presenta en mayor medida entre los 21 y 40 años. Asimismo, el 50% de las muertes se presentó durante el puerperio, debido a complicaciones de afectación directa. A pesar de que las estadísticas indican una reducción de la muerte materna en los últimos años, se ha presentado una tendencia variante entre el 2016 y 2017.

Las mujeres siguen muriendo y padeciendo de discapacidades a causa de las complicaciones obstétricas que se presentan en el embarazo, parto y puerperio, las cuales son evitables en más del 50% de los casos. El grado de gravedad de la tríada -hemorragia, infecciones y trastornos hipertensivos del embarazo- representa un marcador del contexto de precariedad y del grado de eficacia de los sistemas sanitarios; en efecto, la falta de control de las hemorragias refleja problemas de organización, las infecciones reflejan fallos de gestión, el contexto epidemiológico y la racionalización del uso de antibióticos y, por último, la toxemia plantea la insuficiencia del nivel de vigilancia previa y de la intervención de urgencia. Por ello, las intervenciones de salud pública tienen el potencial de mejorar la salud materna junto con otros resultados del embarazo, especialmente la calidad y oportunidad de la atención prenatal (Bernet, Gumus y Vishwasrao, 2020; Zhang, 2017; Alkema et al., 2016).

En el ámbito nacional, uno de los motivos principales de muerte materna son las hemorragias obstétricas, que en su mayoría (el 57.8% de los casos), se presentan entre

las 2 y 3 primeras horas del parto, siendo Lima el departamento más afectado. Estos cuadros se deben principalmente al desarrollo de choque hemorrágico que conlleva al síndrome de falla orgánica múltiple, cuyo manejo requiere terapia transfusional y en ocasiones la cirugía. De esta manera es considerada como una de las principales complicaciones que afectan a la mujer, encontrándose como principales factores que la generan la atonía uterina, presente en el 63.75% de los partos en el Hospital Santa Rosa en Piura; así como los antecedentes de hemorragia postparto y el legrado uterino. La hemorragia durante el parto incluye una gran variedad de eventos. Este sangrado puede ser repetitivo y causar anemia en la gestante y afectar al feto; pero también, puede provocar contracciones uterinas y dar paso a un parto prematuro. Además, en ocasiones provoca el desprendimiento de placenta y casos de placenta previa (Tacuri, 2019; Mocarro, 2019; Fuentes, 2017).

La placenta previa suele presentarse entre el segundo y tercer trimestre del embarazo situada en el útero a nivel del segmento inferior; esto incrementa el riesgo de morbilidad materna y perinatal. La placenta previa tiene diferentes grados de riesgo; así se tiene el grado IV o placenta previa total, grado III o parcial, grado II o marginal, grado I o placenta baja. La presencia de placenta previa se asocia con diferentes factores de riesgo, como la multiparidad, la edad de la paciente y presencia de embarazo múltiple en partos anteriores, las cuales interfieren en el envío de sangre a la placenta y ocasionan lesiones en la pared uterina, que se traducen en partos por cesárea, abortos, infección y tumores uterinos, cirugía uterina o extracción manual de placenta (Gómez, 2017).

Otra de las complicaciones presentadas es el embarazo ectópico, que se presenta cuando el huevo se fecunda fuera de la cavidad uterina, alojándose en una de las trompas, ovario o cavidad abdominal. El diagnóstico tardío de esta enfermedad puede generar la muerte, por la hemorragia que se produce al romperse la trompa. Bustinanza (2019), evalúa el caso clínico de una paciente primigesta multípara, identificando como factores de riesgo un aborto previo y enfermedades de transmisión sexual por eventos de promiscuidad. Se demuestra que, al realizar un diagnóstico oportuno de la

situación e identificar los procedimientos o tratamientos adecuados del embarazo ectópico, se logra una pronta recuperación, disminuyendo la morbimortalidad.

Por otro lado, los trastornos hipertensivos en el embarazo generan el 10% de las muertes maternas en el mundo y 4% en América Latina. Siguiendo los datos de la Oficina de epidemiología del MINSA, para el 2017, los trastornos hipertensivos aumentaron significativamente, representando el 23,1% del total de muertes. Por lo tanto, es importante brindar cuidados especiales a los pacientes bajo esta complicación, convirtiendo la atención prenatal y el acceso a los servicios de salud pública una prioridad para las pacientes, al igual que el apoyo y estabilidad emocional que genere su círculo más cercano (Flores, 2019).

Por otra parte, la preeclampsia, es un estado que complica un embarazo saludable. Cuando se inicia de manera precoz, suele presentarse previo a las 34 semanas de gestación y se encuentra asociada al desarrollo de eclampsia, síndrome de HELLP, falla multisistémica, entre otros. En el Perú, ésta representa la segunda causa de muerte materna. El estudio de Caipani (2020), revela que los factores para desarrollar este cuadro se vinculan con la edad de la gestante, teniendo prevalencia en mujeres mayores a 35 años; además de incidir los antecedentes familiares de preeclampsia y presencia de hipertensión.

Según el Centro Nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades – MINSA la muerte materna según defunción al año 2020 fueron por causas directas que son trastornos hipertensivos 21.4%, hemorragia obstétrica 18.0%, como también causas indirectas provocado por la enfermedad por COVID 19, que prevalece en el 15.3% de los decesos. En comparación con el 2019, las causas han variado, presentándose solo el 19.6% de causas por trastornos hipertensivos y hemorragia obstétrica con un porcentaje mayor al 26%. De este grupo el 63,5% (40/63) con infección COVID -19 confirmadas por pruebas de laboratorio (MINSA , 2021).

Dentro de las causas directas de muerte materna en los últimos años, resalta la ruptura de membrana (RPM), que según MINSA (2021) ocurre con mayor frecuencia en embarazos menores a las 27 semanas. Dado ello, el estudio de Vivanco (2017) pretendió determinar los factores de riesgo asociados a aquella ruptura, en los embarazos de 22-36 semanas atendidos por el Instituto Nacional Materno Perinatal. El análisis estadístico permitió verificar que el 50 % de las pacientes atendidas presentaron una ruptura de la membrana, cuyo grupo más vulnerable y afectado, fueron las gestantes que presentaron infecciones del tracto urinario, anemia e infecciones vaginales.

Dado ello, las infecciones se catalogan como uno de los principales problemas de la salud pública y en especial de las gestantes, pues no solo es una de las principales causas de muerte materna, sino que también, su tratamiento deja secuelas en la salud sexual y productiva (dispareunia, esterilidad, etc.) de las personas (Maradiegue, 2005). Los resultados del estudio de García et al. (2017) corroboran esto, pues se encontró que el 54.8% y 61.5% de las defunciones perinatales y fetales de la Sala 1E del Hospital Materno Infantil Fe del Valle Ramos, respectivamente, se presentaron en gestantes con infecciones vaginales, de las cuales el 75% no tenían hábitos higiénicos adecuados.

Ante los posibles peligros ligados al periodo de gestación, es importante llevar un control prenatal, que como mínimo debe comprender seis sesiones durante los 9 meses del embarazo. Según las estadísticas del INEI (2021), en el 2020 el 98.1% de mujeres embarazadas a nivel nacional recibieron atención prenatal por parte de profesionales de la salud, que en su mayoría fueron obstetras, reflejando esto un progresivo avance del cuidado prenatal, pues en 1996 este indicador solo representaba el 67.3%.

En base a ello, los controles prenatales se constituyen piezas fundamentales en el periodo de gestación, por lo que se debe garantizar buenas prácticas en su ejecución, pues acorde al estudio de López (2018) los controles inadecuados condicionan las afecciones entre la madre y el niño, generando así partos distócicos, bebés con bajo

peso al nacer, y de manera general, aumentan la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Según la OMS (2016) el control prenatal se define como el conjunto de acciones asistenciales concretadas entre la embarazada y el equipo de salud, con el fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una preparación adecuada para el proceso de parto y cuidado posterior del recién nacido. Este control permite identificar a las madres con embarazos riesgosos, con el fin de realizar intervenciones oportunas en pro del cuidado de ambos, prevenir otras situaciones de riesgo y garantizar buenos resultados perinatales. El control prenatal debe tener una metodología y cronología fundamentada y profesional, que garantice la correcta evaluación, seguimiento y diagnóstico de todo el periodo de embarazo de una gestante (Lugones, 2018).

Por lo que, según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia de Argentina (2013) un control prenatal eficiente debe contar con los siguientes requisitos: La primera cita del control debe efectuarse durante el primer trimestre de gestación, con el fin de realizar acciones oportunas de promoción, recuperación y protección de la salud de ambos agentes (bebé y madre) y detectar los embarazos de alto riesgo y posibles complicaciones; garantizar como mínimo la asistencia a cinco citas del control planeado, considerando que este se asocia al grado de riesgo del embarazo; los contenidos de evaluación del control deben vincularse a la correcta promoción, protección, rehabilitación y recuperación de la salud; por último, debe tener una amplia cobertura. La atención debe ser efectuada en un porcentaje alto de la población gestante, en pro de disminución de los índices de morbilidad y mortalidad materna.

Un control prenatal eficiente y ejecutado correctamente, permitirá alcanzar sus objetivos planteados, y beneficiará a la población gestante y su entorno. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020), el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2018) y el Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NIH) (2020), algunos beneficios hacen alusión a: Promoción de buenos hábitos y cuidado de salud, reducción del riesgo de

sufrir complicaciones durante el embarazo, garantizar el nacimiento de un bebé saludable y la concientización y difusión de información sobre la planificación familiar y vida sexual, una buena transición hacia un parto y nacimiento positivas, así como, la experiencia de una maternidad positiva, basada en autoestima, competencia y autonomía de las gestantes.

Santiesteban (2017) sostiene que los hijos nacidos de madres sin control prenatal presentan tres veces mayor riesgo de nacer con un peso bajo y cinco veces más posibilidad de fallecer durante el parto, en comparación con los hijos de las madres que cumplen un control efectivo. Basado en lo anterior, la investigación de Anticona et al. (2019) pudo corroborar la existencia de una relación entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud del recién nacido en el hospital de Huaycán-Lima, pues, encontró que del 76.39% de las gestantes que recibió una atención prenatal efectiva, el 69.44% dio a luz a un bebé en excelentes condiciones.

Así mismo, siendo la prevención de complicaciones durante el embarazo, uno de los fines del control prenatal, el estudio de Castillo (2020) verificó la existencia de una relación entre el control prenatal reenfocado y las complicaciones maternas durante el periodo de gestación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, pues del 58.5% (117 personas) de las gestantes que no tuvieron este control, el 41% presentaron complicaciones durante el embarazo, siendo la infección del tracto urinario y la anemia las más frecuentes, con porcentajes de 39.3% y 23.9% del total de gestantes que no cumplieron con un control prenatal reenfocado, respectivamente.

Por otro lado, si bien el control prenatal debe ser un derecho de todas las mujeres embarazadas, existen muchos factores que imposibilitan la obtención de estos servicios asistenciales. Tatal et al. (2019), encuentra que cerca del 50% de las gestantes realiza menos de 4 controles en todo el periodo del embarazo, atribuyendo esta situación a cuestiones laborales y el cuidado de sus otros hijos. Mientras que García (2017) sostiene que, a pesar de su importancia, la atención prenatal no es de libre

acceso, pues existen limitaciones o barreras de diferente índole, que impiden que todas las mujeres embarazadas accedan a un control prenatal adecuado y oportuno.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización mundial de la Salud (OMS) (2019), algunos factores de riesgo se asocian al entorno de la gestante y otras se vinculan intrínsecamente a cuestiones personales y familiares. Dado ello, las barreras de acceso se pueden clasificar acorde a cuatro ámbitos o dimensiones, tales como, las barreras actitudinales, de estrés psicosocial, estructurales y las barreras externas.

Las barreras actitudinales que se asocian a la inasistencia de los controles prenatales, se vinculan con el desconocimiento, desmotivación y falta de concientización sobre la importancia de estas asistencias médicas, pues gran parte de estas gestantes son adolescentes, pertenecen a familias disfuncionales son víctimas de rechazo social, sus embarazos son resultado de violaciones o embarazos no deseados, provocando así, resentimiento hacia el bebé por nacer, reflejado en el descuido del proceso de gestación, y en ciertos casos las opciones de aborto (Piña, 2020).

Por otra parte, las barreras de estrés psicosocial se asocian a motivos personales de la gestante y limitan el acceso a una atención prenatal oportuna durante el primer trimestre de gestación, reflejándose principalmente en situaciones de estrés y cambios de ánimos radicales, que desmotivan la asistencia a estas citas médicas. Estas barreras también se vinculan al entorno marital y familiar, pues el rechazo, maltrato físico y verbal, así como los problemas con estos agentes importantes dentro de un embarazo, provocan reacciones de descuido en la madre durante el periodo de gestación (Ysabela, 2019; Hoyos y Muñoz, 2019).

En ese sentido, Quijate, Valverde y Barja (2019), investigaron los factores que explican la atención prenatal tardía en un centro de salud del Callao, obteniendo como causas principales a los factores obstétricos (embarazo no planificado) y factores personales (desinterés de la pareja y antecedentes de violencia intrafamiliar); mientras que los factores sociodemográficos no presentaron ninguna influencia significativa en

la decisión de las gestantes de asistir a sus citas de control. Por otra parte, Mota et al. (2019), describe como principales facilitadores para la atención, el apoyo familiar y el cumplimiento de los roles de pareja, lo que revela la importancia de crear un ambiente seguro para las gestantes.

Por su parte, Betancourt et al. (2020) señala que, dentro de estas barreras actitudinales, también destaca la cultura, las costumbres y tradiciones propias de la gestante y su familia, además del grado de desconfianza en los servicios de salud prestadas por el ente estatal, pues muchas mujeres embarazadas prefieren seguir las indicaciones de familiares, amigos y personales con “experiencia” también denominadas “parteras”. Rana y Dikaios (2020), encuentran que muchas de las mujeres en África, no pueden ir a sus controles prenatales, sin antes mantener una comunicación previa con una persona experta de su comunidad o de la familia de su esposo.

El difícil acceso a un control prenatal también se vincula a cuestiones económicas y brechas del sector salud, que se integran dentro del grupo de brechas estructurales. Según Hernández et al. (2019) uno de los factores que limitan el acceso a este servicio, es el costo de este, así como los gastos de transporte que involucra, pues gran parte de las gestantes que no llevan un control adecuado de su embarazo, se encuentran en condición de pobreza y viven en zonas rurales. Por su parte, Rana y Dikaios (2020), realizan una revisión sistemática de las barreras para acceder al control de salud materna, encontrando que las más importantes son las barreras de transporte a las instalaciones de salud, los factores económicos (vinculados con los bajos ingresos). Esta misma situación es hallada por Mota et al. (2019), quienes identifican como principales barreras para la atención prenatal, el contar con un ambiente intrafamiliar y externo inseguro, la falta de recursos económicos para transportarse y el desconocimiento de los riesgos que implican la falta de atención prenatal.

En ese mismo sentido, la investigación de Rivera et al. (2018) indagó sobre los factores (personales y sociodemográficos) vinculados al acceso de la atención prenatal,

en atención oportuna y cobertura de los hospitales de Huaral y Chancay Perú; verificando que los factores personales influyen en una atención prenatal, mientras que, la tenencia de un seguro médico es el principal facilitador para asistir a los controles, con un nivel significancia de ($p=0.013$).

Dada la naturaleza de estas limitantes, es competencia propia del Estado lidiar con ellas, a través de la inversión pública destinada al sector salud, que permita aumentar la cobertura de estos servicios, en especial en las zonas rurales, asegure la posesión de al menos un seguro de salud a toda la población, provea facilidades económicas al acceso de estos servicios y promueva la adhesión a los diferentes programas de cuidado prenatal de manera gratuita o con bajo costo (Rodríguez, y otros, 2014).

Las barreras externas, por lo general se asocian con la calidad del servicio de control prenatal brindado por el establecimiento de salud, pues este influye en la determinación de las gestantes en la asistencia de sus citas programadas, pues según Hoyos y Muñoz (2019) las personas perciben la calidad de atención del personal de salud y su experiencia, como factores influyentes en la calidad del servicio y por ende en su asistencia al establecimiento. Dichos factores, se encuentran vinculados con la apreciación que las madres tienen sobre la atención en salud en sus lugares de residencia, como la inexperiencia del personal, la falta de especialistas en el área (ginecólogos), ineficiente infraestructura y la distancia hacia el establecimiento de salud.

En este contexto, las gestantes se ven retraídas al cumplimiento de su control prenatal cuando, existe poca comunicación y empatía por parte del personal de salud, muchas horas de espera para sacar o efectuar una cita médica, falta de especialistas en el área (ginecólogos, etc.) y en el contexto actual (Pandemia por Covid-19), la gran afluencia de personas a estos establecimientos (Zafra et al., 2014).

A nivel nacional, acorde a la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) emitida por el INEI (2021), la cobertura de atención prenatal es aún insuficiente e ineficiente, por lo que es indispensable concientizar para que las gestantes acudan a sus controles respectivos, pues un buen CPN se asocia riesgos menores de partos prematuros y recién nacidos con bajo peso. Sin embargo, un mayor número de atenciones prenatales no garantizan un cuidado eficiente de la gestación, debido a que esto depende de la calidad de la atención y la infraestructura del centro médico.

Ybaseta (2019) señala que los casos de morbilidad materna extrema pueden reducirse con la ampliación de la cobertura de atención prenatal especializada y de calidad. Sin embargo, a pesar de que en los últimos años se ha puesto énfasis en la garantía de una atención prenatal adecuada por parte de los organismos de la salud, aun gran parte de las mujeres gestantes reciben una atención inadecuada, catalogados como una atención nula, después de un trimestre iniciada la gestación y escaso número de citas médicas. Así mismo, dado que la mayoría de los factores asociados a un deficiente control prenatal lo conforman los bajos ingresos familiares, la falta de educación y planificación sexual y reproductiva, estrés y el aislamiento social, los gobiernos deben formular políticas adecuadas en el Ministerio de Educación y en colaboración con sus dependencias regiones, en pro de diluir los efectos de estas limitantes en las complicaciones maternas.

Dado que la calidad del control prenatal influye en el estado de salud de las madres y fetos durante la gestación, así como las complicaciones que pueden experimentar, el estudio de Cornejo (2020) buscó determinar si la calidad de la atención prenatal se constituye como un factor de riesgo para un control deficiente en el Centro de Salud Bellavista-Sullana, encontrando que, las pacientes con controles prenatales inadecuados serán madres por primera vez (34%) y que en su mayoría no tienen el apoyo de su pareja (81%). Por otro lado, se identificaron como factores de riesgo de un inadecuado control prenatal, aspectos vinculados a la calidad del servicio de atención como: la falta de empatía del personal de salud (21%), la falta de atención fiable por parte del personal del centro de salud (32%) y la ineficacia en el servicio (39%). Si bien los hallazgos demuestran una minoría de gestantes insatisfechas con el

servicio de atención prenatal, es importante señalar que estas madres no tienen controles médicos periódicos y estos indicadores de insatisfacción representan un riesgo mayor, ya que, pueden impedir que las mujeres continúen con el proceso de control prenatal e incrementen el riesgo de muerte neonatal y materna.

Por otro lado, Tenicela (2020) relaciona las deficiencias de la atención en el control prenatal con factores socioculturales para el caso de gestantes atendidas en el Puesto de Salud Hualhuas, Huancayo. Encontrando que, las principales características de las gestantes con un control inadecuado son: menores de 18 años, solteras, se dedican a las labores del hogar, son analfabetas y algunas solo alcanzaron a culminar la primaria, no tienen el apoyo de ningún familiar, sufren de violencia intrafamiliar y no tienen conocimiento sobre la importancia y beneficios del control prenatal. Asimismo, los factores socioculturales que tienen una mayor incidencia en llevar una atención prenatal adecuada son el grado de instrucción (coeficiente=0.817), estado civil (coeficiente=0.813) y la presencia de violencia en las familias (0.778).

Sumado a esta realidad, la pandemia de COVID-19 declarada en el Perú desde el 6 de marzo del 2020, agravo la situación de las atenciones del control prenatal, no solo comprometiendo la calidad de estas, sino también, convirtiéndose en una barrera para la continuidad de las citas programadas. En este contexto, el gobierno y el Ministerio de Salud anunciaron diferentes medidas para hacer frente a la pandemia: uso obligatorio de mascarillas, lavado de manos y el aislamiento social obligatorio que llevo a un estado de cuarentena en todo el país. Esto generó el cierre de los consultorios externos en los establecimientos de salud tanto públicos como privados, evitando el seguimiento de las gestantes, quienes se quedaron sin la posibilidad de recibir apoyo e información de valor para garantizar un embarazo saludable y sin complicaciones (Guevara, 2020).

Ante la emergencia sanitaria presente, la atención prenatal convencional (de manera presencial) llevaría a la exposición y riesgo de infección, tanto en gestantes

como en el personal de salud, por ello, es que el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) incorporó la teleconsulta como parte de un nuevo modelo de atención prenatal mixto (virtual y presencial) con la finalidad de reducir el contacto y riesgo de transmisión viral (Meza et al., 2021). Para ello, el INMP instauró instrumentos para brindar una guía comprensible a las gestantes. Las comunicaciones sobre la condición médica y las posibles complicaciones se realizaron mediante el WhatsApp, entre las gestantes y los médicos gineco-obstetras del instituto. Para mejorar la atención, se dividen a las pacientes en dos grupos: aquellas que llevan un embarazo estable, quienes son atendidas mediante teleconsulta y aquellas que tienen ciertas complicaciones consideradas de riesgo, quienes deben acudir a citas presenciales, previamente planificadas (Guevara, 2020).

Este sistema fue implementado en el Perú en el mes de mayo del 2020, acumulando un total de 9,007 teleconsultas realizadas y 1,230 atenciones. Este servicio incluye evaluaciones gineco-obstetras, citas con cardiología, endocrinología e infectología, con el fin de prevenir el riesgo de infección por COVID-19 en las gestantes, consideradas como un grupo de riesgo. La pandemia, si bien representó un obstáculo para las atenciones prenatales, también sirvió para mejorar el sistema de atención de salud y emplear la teleconsulta como un medio que podría reducir las desigualdades en el acceso a la salud, una alternativa que se debe mantener en el tiempo y que requiere del apoyo de las autoridades para convertirse en un modelo de atención a nivel nacional (Meza et al., 2021).

2. Justificación de la investigación

La presente investigación se realizará con la finalidad de conocer las beneficios y barreras percibidas por las gestantes de la Provincia de Piura sobre la atención prenatal en el contexto de la pandemia por COVID-19. Tomando en cuenta que los cambios presentados y las nuevas medidas de confinamiento y distanciamiento social han reducido el número de atenciones prenatales, esta investigación es de suma importancia, ya que, conocer la percepción de problema de parte de las involucradas permitirá a las autoridades correspondientes, realizar los ajustes y tomar las medidas

necesarias para evitar la ausencia de las gestantes en sus controles o el retraso de los mismos, garantizando así la prevención y disminución de factores de riesgo que suelen presentarse durante los primeros meses de embarazo.

La investigación está enfocada en el contexto de pandemia, el cual es un escenario poco abordado y que ha traído mayores dificultades para las gestantes. Por otro lado, la mayoría de las investigaciones relacionadas analizan a profundidad las barreras y facilitadores para la atención prenatal, dejando de lado los beneficios que trae la atención prenatal para la madre y el bebé; por ello, es que se adiciona el estudio de la percepción de los beneficios, con el fin de conocer si éstos son lo suficientemente evidentes para las gestantes o si se necesitan de una mayor difusión para incentivar la asistencia a los controles programados.

Este estudio beneficia a las gestantes de la provincia de Piura, ya que se orienta a recoger su percepción sobre los beneficios y barreras del control prenatal bajo la pandemia, lo cual, permitirá mejorar las condiciones actuales de atención que se brinda en los centros de salud pública. Además, estas mejoras beneficiarán a la sociedad, al incentivar a las gestantes a asistir a sus controles, disminuyendo así sus complicaciones prenatales y reduciendo la tasa de mortalidad materna y neonatal, lo cual tiene un impacto en los indicadores de los programas en esa área.

3. Problema

¿Cuál es la percepción sobre los beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por COVID-19 en gestantes de Piura, 2022?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Beneficios del CPN	Beneficio implica una acción o resultado positivo, y por consiguiente favorece a una o más personas y logra satisfacer alguna necesidad, en este caso el CPN	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje sobre hábitos de salud - Aprendizaje sobre protección de la salud - Diálogo sobre el embarazo - Salud del bebé - Aprendizaje sobre el parto 	Nominal
Barreras del CPN	Constituyen obstáculos o limitaciones que impiden el acceso a la atención prenatal oportuna y de calidad (Pérez, 2018).	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación del embarazo - Aborto - Conocimiento del embarazo - Infelicidad por el embarazo - Embarazo oculto - Tiempo para acudir a controles - Necesidad de ir a un control - Autosuficiencia en el cuidado - Atención en emergencias - Consejos de los familiares y amigos 	Nominal
		Barreras de estrés psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Estrés - Tristeza - Sentimiento de culpa - Miedo al contagio - Problemas personales 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Problemas con su pareja - Problemas familiares - Falta de casa - Mudanza 	
		Barreras estructurales	<ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal en pandemia - Seguro de salud - Despido laboral - Medios económicos - Medios de ayuda 	
		Barreras externas	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de espera para obtener cita - Horas de atención inadecuadas - Citas limitadas en su centro médico - Tiempo de espera para la atención médica - Actitud del personal - Comunicación con el personal 	

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

Analizar la percepción sobre los beneficios y barreras del control prenatal en gestantes durante el estado de emergencia por COVID-19 de Piura, 2022.

5.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas en gestantes durante el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.
2. Identificar la percepción sobre los beneficios del control prenatal en gestantes durante el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.
3. Describir la percepción sobre las barreras del control prenatal en gestantes durante el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo básica, pues, se enfocó en la descripción del problema de investigación para la realidad piurana, sin la necesidad de formular innovaciones o propuestas de solución para el mismo.

El diseño fue no experimental transeccional, puesto que, se analizaron las variables tal como se presentaron en la realidad y no se tuvo la necesidad de someterlas a modificaciones. Además, los datos fueron recolectados en un solo momento en el tiempo, el año 2022.

Por otro lado, es estudio tiene un nivel descriptivo simple, ya que, se caracterizaron los beneficios y barreras del control prenatal en las gestantes de la provincia de Piura, identificando su percepción en el actual contexto de pandemia por COVID-19.

Esquema:

M — O

Dónde:

M : Gestantes que asisten al control prenatal en Piura

O : Beneficios y barreras del control prenatal

2. Población y muestra

La población estuvo conformada por el total de gestantes que asisten al control prenatal en la Provincia de Piura, que según datos de la DIRESA (2021) son un total de 106 gestantes que fueron atendidas hasta el mes de agosto del 2021, encontrándose dentro del primer, segundo y tercer trimestre de su embarazo.

Para determinar la muestra de estudio, se recurrió a un muestreo probabilístico aleatorio simple, cuya fórmula se muestra a continuación:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Valor crítico calculado de tabla de distribución normal, según el nivel de confiabilidad. En este caso se tomará un nivel de confiabilidad al 95%, al cual le corresponde un valor crítico de 1.96.

d = Referido a la amplitud del intervalo de confianza o margen de error (error = 0.05)

p = Proporción esperada que se repita el fenómeno de estudio (p = 0.5)

q = Proporción de la población que no representa al fenómeno (1-p)

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{(106)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(106 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = 83$$

Por lo tanto, se obtuvo una muestra de 83 gestantes que asisten a sus controles prenatales.

Criterios de inclusión

- Todas las gestantes que asisten a su control prenatal en la provincia de Piura durante el 2022.
- Todas las gestantes que acepten ser parte del estudio.
- Todas las gestantes que sepan leer y escribir y que no tengan problemas de entendimiento ni alguna discapacidad que le impida comprender lo solicitado.

Criterios de exclusión

- Todas las gestantes que expresen su voluntad de no participar en la investigación.
- Todas las gestantes que no radiquen en la provincia de Piura.
- Todas las gestantes no orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Aquellas que no hayan cumplido con el llenado completo del cuestionario.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica de recolección de la información fue la encuesta y como instrumento de medición se utilizará una versión adaptada del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México, elaborado por Quelopana et al. (2007), en base al cuestionario original de Johnson et al. (2003).

Del instrumento se tomaron tres secciones. La primera recogerá información sociodemográfica de las gestantes y estará formada por 6 preguntas. La segunda y tercera sección estarán formadas por los beneficios y barreras del control prenatal, respectivamente y cada pregunta tendrá diferentes reactivos a evaluar por las gestantes con las alternativas: Sí (1) y No (0). Los beneficios se consideran unidimensionales, por lo tanto, solo recogerán los motivos por los cuales las gestantes reciben o no atención prenatal, los cuales contienen 6 motivos a evaluar. Por otro lado, las barreras se subdividen en: Barreras actitudinales (con 11 reactivos), barreras de estrés psicosocial (con 8 reactivos), barreras estructurales (4 reactivos) y barreras externas (6 reactivos).

El instrumento fue evaluado por Quelopana et al. (2007) para un total de 253 mujeres mexicanas en estado de gestación, obteniendo un coeficiente de alpha de cronbach de 0.7 para los beneficios y 0.71 para las barreras evaluadas, lo que significa que el instrumento aplicado es confiable.

4. Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la información para establecer frecuencias absolutas y relativas, las cuales se presentaron a través de tablas de frecuencia y gráficos de barras.

RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de las gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

Características sociodemográficas		n	%
Edad	Menos de 18 años	11	13.3%
	De 18 a 25 años	18	21.7%
	De 26 a 30 años	39	47%
	De 31 a 40 años	15	18.1%
Nivel de escolaridad	Primaria	2	2.4%
	Secundaria	50	60.2%
	Superior	31	37.3%
Vive con su pareja	Sí	61	73.5%
	No	22	26.5%
Estado Civil	Casada	36	43.4%
	Divorciada	1	1.2%
	Nunca se ha casado	46	55.4%
Trabajo remunerado	Sí	49	59%
	No	34	41%
	Ninguno	2	2.4%
Número de partos antes de su experiencia actual	1	9	10.8%
	2	56	67.5%
	3	16	19.3%

En la tabla 1 se evidencia que, del total de gestantes encuestadas, el 47% tiene una edad entre 26 y 30 años, seguido del 21.7%, con una edad entre los 18 y 25 años. Con respecto al grado de escolaridad, la mayoría de las gestantes alcanzaron un nivel secundario en escolaridad (60.2%), seguido de un 37.3% que tuvieron la oportunidad de estudiar en nivel superior una carrera técnica o universitaria. Asimismo, el 73.5% de las gestantes vive con su pareja y el 26.5% no vive con su pareja. De estas, el 43.4%

es casada, mientras que el 55.4% nunca se ha casado, lo que supone que están en calidad de convivientes.

Por otro parte, el 59% de las gestantes cuentan con un trabajo remunerado, mientras que el 41% no cuentan con un trabajo, lo que supone que las gestantes dependen económicamente de su cónyuge o sus familiares. Además, se observa que el 67.5% de las gestantes han tenido dos partos previos a su actual embarazo, el 19.3% tres partos previos, el 10.8% ha tenido dos partos previos al actual y solo el 2.4% no ha tenido ningún parto previo, lo que revela que la mayoría de las gestantes tienen experiencia en la maternidad.

Tabla 2.

Beneficios del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

Beneficios del control prenatal		n	%
Aprender hábitos de salud	Sí	61	73.5%
	No	22	26.5%
Aprender a proteger su salud	Sí	62	74.7%
	No	21	25.3%
Hablar acerca de su embarazo	Sí	66	79.5%
	No	17	20.5%
Tener un bebé sano	Sí	78	94%
	No	5	6%
No tener problemas en su embarazo	Sí	78	94%
	No	5	6%
Aprender acerca del parto	Sí	81	97.6%
	No	2	2.4%

Como se observa en la tabla 2 el 97.6% de las gestantes asiste a su control prenatal porque quiere aprender acerca del parto, mientras que el 94% lo hace para no tener problemas en su embarazo y tener un bebé sano. Por otro lado, el 79.5% asiste a sus controles para hablar acerca de su embarazo, mientras que el 20.5% restantes no lo hace por esta razón. Además, se muestra que el 74.7% de las gestantes buscan aprender a proteger su salud y el 73.5% aprender hábitos de salud. Esto a pesar, que son madres con experiencia en la maternidad, con más de un parto.

Tabla 3

Barreras actitudinales del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

Barreras actitudinales		n	f
Su embarazo no fue planeado	Sí	39	47%
	No	44	53%
Estaba considerando el aborto	Sí	19	22.9%
	No	64	77.1%
No tuvo conocimiento del embarazo	Sí	61	73.5%
	No	22	26.5%
Se sentía infeliz por el embarazo	Sí	20	24.1%
	No	63	75.9%
Quería ocultar el embarazo	Sí	24	28.9%
	No	59	71.1%
Tenía el tiempo ocupado con otras responsabilidades	Sí	55	66.3%
	No	28	33.7%
Pensó que no necesitaba ir al control	Sí	47	56.6%
	No	36	43.4%
Pensó que podía cuidarse sola	Sí	37	44.6%
	No	46	55.4%
Prefiere ser atendida en emergencias	Sí	54	65.1%
	No	29	34.9%
Prefiere los consejos de los familiares y amigos	Sí	8	9.6%
	No	75	90.4%

En la tabla 3 se muestran las barreras actitudinales que impidieron el inicio de los controles prenatales de las gestantes, evidenciándose que el 73.5% de las gestantes tuvieron dificultades para asistir a sus controles prenatales o no asistieron porque no sabían que estaban embarazadas, el 66.3% tenía el tiempo ocupado en otras responsabilidades, el 65.1% prefiere ser atendida en emergencia y el 56.6% pensaba que no necesitaba ir al control. Otras barreras que se presentaron en menor medida incluyeron que para el 47% de las gestantes su embarazo no fue planeado y en el 45%, pensaba que podía cuidarse sola.

Tabla 4

Barreras de estrés psicosocial del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

Barreras de estrés psicosocial		n	%
Se sentía deprimida	Sí	34	41%
	No	49	59%
Se sentía estresada por la nueva normalidad	Sí	78	94%
	No	5	6%
Se sentía triste	Sí	42	50%
	No	41	49.4%
Se sentía culpable por llevar un embarazo en pandemia	Sí	75	90.4%
	No	8	9.6%
Tenía miedo de contagiarse	Sí	76	91.6%
	No	7	8.4%
Tuvo problemas personales	Sí	15	18.1%
	No	68	81.9%
Tuvo problemas con su pareja	Sí	12	14.5%
	No	71	85.5%
Tuvo problemas familiares	Sí	11	13.3%
	No	72	86.7%
No tiene donde vivir	Sí	24	28.9%
	No	59	71.1%
Se cambió de casa	Sí	14	16.9%
	No	69	83.1%

En la tabla 4 se muestra que las barreras de estrés psicosocial que generaron ciertas dificultades para la asistencia frecuente a los controles prenatales se relacionan con el inicio de la pandemia. Según el 94% de las gestantes el estrés presentado por la nueva normalidad les impidió llevar un control adecuado, mientras que el 91.6% no asistió a sus controles iniciales por el miedo que tenía de contagiarse y el 90.4% de las gestantes se sentía culpable por llevar un embarazo en pandemia. Por otro parte, se presentaron otras barreras vinculadas con el estado de ánimo de las gestantes, así el 50% se sentía triste y el 41% se sentía deprimida.

Tabla 5

Barreras estructurales del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

Barreras estructurales		n	%
No sabía dónde obtener un control prenatal en la situación de pandemia	Sí	59	71.1%
	No	24	28.9%
No cuenta con un seguro de salud	Sí	69	83.1%
	No	14	16.9%
Fue despedida de su trabajo debido a la pandemia	Sí	28	33.7%
	No	55	66.3%
No cuenta con dinero para pagar un control prenatal	Sí	61	73.5%
	No	22	26.5%
Desconoce los medios de ayuda para pagar una atención prenatal	Sí	54	65.1%
	No	29	34.9%

En la tabla y figura 5, se observan las barreras estructurales de la atención prenatal, mostrando que el 83.1% de las gestantes evitó ir a alguna de sus citas de atención prenatal porque no cuentan con un seguro de salud, el 73.5% no cuenta con el dinero para pagar una atención prenatal y el 71.1% no sabía en dónde obtener atención prenatal en la situación de pandemia. Mientras que el 65.1% de las encuestadas opina que fue porque desconoce los medios de ayuda existentes para pagar una atención prenatal.

Tabla 6

Barreras externas del control prenatal en gestantes en el estado de emergencia por COVID-19, Piura, 2022.

Barreras externas		n	%
Esperó mucho tiempo para obtener una cita, debido a la pandemia	Sí	73	88%
	No	10	12%
Las horas de atención del centro médico son inadecuadas	Sí	65	78.3%
	No	18	21.7%
Las citas en su centro médico son limitadas debido a la pandemia	Sí	70	84.3%
	No	13	15.7%
Espera mucho tiempo antes de su atención médica	Sí	72	86.7%
	No	11	13.3%
No le gusta la aptitud del personal	Sí	35	57.8%
	No	48	42.2%
Falta de comunicación con el personal médico	Sí	34	41%
	No	49	59%

En la tabla y figura 6 se observa que el 88% de las gestantes tuvieron dificultades para asistir a algunos controles, ya que esperaron mucho tiempo para obtener una cita debido a la pandemia; asimismo, el 86.7% espera mucho tiempo antes de su atención. Por su parte el 84.3% de las gestantes indica que las citas en su centro médico son limitadas debido a pandemia y el 78.3% revela que las horas de atención de su centro médico son inadecuadas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En cuanto a las características sociodemográficas, se puede observar que la mayoría de las gestantes tienen una edad entre 26 y 30 años de edad (47%) y alcanzaron una escolaridad de secundaria completa (60.2%), lo que evidencia que son madres relativamente jóvenes, que apenas culminaron sus estudios escolares. Asimismo, la mayoría de las gestantes viven con su pareja (73.5%) y nunca se han casado (55.4%), lo que se supone que son convivientes; sin embargo, el 59% cuentan con un trabajo remunerado, reflejándose un grado de independencia económica. Los resultados son similares a los de Tenicela (2020) quien evidencia que las gestantes del centro de salud de Huaylas en Huancayo tienen una edad entre 18 y 35 años (70%), con un nivel de instrucción secundario (55%) y en su mayoría son convivientes (55%).

Por otra parte, se destaca que el 67.5% de las gestantes han tenido dos partos previos a su actual embarazo, mostrando que tienen experiencia en la maternidad. En contraposición a esto, Quijate et al. (2019) encuentran que el 50.5% de las gestantes de un centro de salud del Callao, son nulíparas, es decir que no han tenido parto alguno y, por lo tanto, serán madres por primera vez; lo que aumenta las inseguridades sobre la calidad de la atención prenatal en el Perú. De la misma forma, Cornejo (2020), encontró que la mayoría de las gestantes del Centro de salud de Bellavista en Sullana son primigestas, lo que contribuye a la asistencia a los controles ante el desconocimiento de los cuidados prenatales y, además se convierte en un factor que limita el acceso a una atención de calidad.

Con relación a los beneficios del control prenatal, la mayoría de las gestantes percibe que los beneficios de asistir a sus controles son aprender acerca del parto (97.6%), a pesar de ser madres con anterioridad y tener experiencia previa. Asimismo, existe un 94% que asiste a los controles para no tener problemas en su embarazo y tener un bebé sano. Esto demuestra que la mayoría de las gestantes desean llevar un embarazo sin complicaciones y priorizan la salud de sus bebés, considerando que durante las primeras semanas existe un mayor riesgo de mortalidad perinatal. Los

resultados son similares al estudio de Wong et al. (2021) donde se encuentra que la motivación principal de las mujeres adolescentes para asistir a la atención fue asegurar el bienestar de su bebé y la falta de compromiso se produjo cuando no se entendía la relevancia de la atención prenatal.

En este sentido, los controles prenatales se constituyen piezas fundamentales en el periodo de gestación, por lo que se debe garantizar buenas prácticas en su ejecución, ya que los controles inadecuados condicionan las afecciones entre la madre y el niño, generando así partos distócicos, bebés con bajo peso al nacer, y de manera general, aumentan la mortalidad materna y perinatal (López, 2018). En este escenario, Anticona et al. (2019) pudo corroborar la existencia de una relación entre la atención prenatal y el estado de salud del recién nacido encontrando que, de un 76.39% de gestantes del Hospital de Huaycán que recibió una atención prenatal efectiva, el 69.44% dio a luz a un bebé en excelentes condiciones. Mientras que Castillo (2020) muestra que del 58.5% de las gestantes del Hospital Hipólito Unanue que no tuvieron este control, el 41% presentaron complicaciones durante el embarazo, siendo la infección del tracto urinario y la anemia las más frecuentes.

Con respecto a las barreras actitudinales que impidieron el inicio de los controles prenatales de las gestantes, se encontró que el 73.5% no sabían que se encontraban embarazadas, el 66.3% tenía el tiempo ocupado en otras responsabilidades, el 65.1% de las gestantes prefiere ser atendida en emergencia y el 56.6% pensó que no necesitaba ir al control. Esto demuestra que el conocimiento tardío de las gestantes sobre su embarazo puede ser contraproducente y retrasar el inicio de sus controles, asimismo, la falta de tiempo por cumplir las labores del hogar, el cuidado de sus demás hijos y el trabajo demuestra la falta de planificación que existe en las familias. Estos resultados son similares a Rivera et al. (2018), para el caso de los hospitales de Huaral y Chancay, donde encuentran que llevar un embarazo no planificado representa una barrera para la asistencia temprana a los controles, teniendo mayores posibilidades de obtener una cobertura de atención inadecuada. Por otra parte, el estudio de Tatal et al. (2019) en las gestantes de un Hospital en Colombia, demostró que el 50% de las

participantes realiza menos de 4 controles en todo el periodo del embarazo, atribuyendo esta situación a cuestiones laborales y el cuidado de sus otros hijos.

Con respecto a las barreras de estrés psicosocial, el 94% de las gestantes no asistió a sus controles iniciales por el estrés presentado por la nueva normalidad, el 91.6% por el miedo que tenía de contagiarse y el 90.4% de las gestantes se sentía culpable por llevar un embarazo en pandemia. Por lo general, los cambios de ánimo que sufren las mujeres durante el embarazo son difíciles de llevar; sin embargo, las restricciones por la pandemia agravaron la situación, limitando la asistencia de las gestantes debido al miedo de contagio y la culpa por llevar un embarazo en esta situación. Los resultados son similares a los de Temesgen et al. (2021) quienes evidencian que las gestantes de Etiopía no emplearon los servicios de salud materna durante la pandemia por miedo de contagiarse mientras recibían el servicio. En este marco, muchas mujeres prefirieron no buscar atención médica por temor a infectarse con el virus o transmitirlo a sus bebés por nacer. Además, la restricción de movimiento ha dificultado que muchas mujeres embarazadas lleguen a los centros de atención médica (Smitri et al., 2020).

Con respecto a las barreras estructurales, el 83.1% de las gestantes evitó ir a alguna de sus citas de atención prenatal porque no cuentan con un seguro de salud, el 73.5% no cuenta con el dinero para pagar una atención prenatal y el 71.1% no sabía en dónde obtener atención prenatal en la situación de pandemia. Como se observa, el factor económico representa una brecha en el acceso a la salud, limitando la atención para aquellas personas que recurren a las consultas particulares. Este mismo panorama es hallado por Mota et al. (2019) para el caso de mujeres embarazadas de la ciudad de México, en que se observó que la falta de recursos económicos para el transporte representó un obstáculo para asistir a los centros de salud. Asimismo, Betancourt et al. (2019), evidencia que las gestantes venezolanas, no asisten a sus controles por la distancia del centro de salud y la falta de recursos para solventar el transporte.

Por otro lado, se muestra que la falta de acceso a un seguro de salud es una barrera estructural que complica las atenciones gratuitas. El estudio de Hoyos y Muñoz (2019), encontró que, las mujeres con morbilidad materna en Antioquia no recibieron atención por no encontrarse dentro del sistema general de seguridad social en salud como beneficiarias del régimen contributivo o subsidiado, lo que impidió que tuvieran una atención inmediata. Asimismo, Hernández et al. (2019), encuentra que tener un seguro de salud resulta importante para la atención prenatal, sobre todo en las zonas rurales de Perú, en donde los niveles de ingresos son relativamente bajos. Esta situación demuestra que los gobiernos, no solo de deben enfocar en la creación de seguros gratuitos a la población, sino brindar información con respecto a estos y lograr la afiliación de la población.

En función de las barreras externas, el 88% de las gestantes tuvieron dificultades para asistir a algunos controles, ya que esperaron mucho tiempo para obtener una cita debido a la pandemia; asimismo, el 86.7% espera mucho tiempo antes de su atención. Esto indica que una de las principales deficiencias operativas del sector salud, sigue siendo la demora en la atención, que puede resultar un impedimento para las gestantes, considerando que aún en su estado, deben cumplir con las labores del hogar y responsabilidades de trabajo. Estos resultados son similares a los de Betancourt et al. (2019) quien analiza que las gestantes en Venezuela, no se adhieren al control prenatal debido a la asignación tardía de las citas médicas (40%) y las constantes filas de espera en los centros de salud (44%). Asimismo, Chinyer et al. (2021), muestran que en las gestantes de Florida el retraso en la atención de los centros de salud resulta una limitante para asistir al control prenatal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La mayoría de las gestantes tienen una edad entre 26 y 30 años de edad, alcanzaron una escolaridad de secundaria completa, viven con su pareja, nunca se han casado, cuentan con un trabajo remunerado, reflejándose un grado de independencia económica y tienen experiencia en la maternidad, pues han tenido dos partos previos al actual.
- La mayor parte de las gestantes de la provincia de Piura, perciben que los principales beneficios que les brinda la atención prenatal y las motivaron a recibirla son, aprender acerca del parto, no tener problemas con su embarazo y tener un bebé sano, lo que indica que las gestantes conocen las complicaciones que pueden surgir en su embarazo y pretenden evitarlas para garantizar la salud de sus bebés.
- Las principales barreras actitudinales que impidieron el inicio de los controles prenatales de las gestantes de la provincia de Piura en el contexto de la pandemia fueron el no saber que se encontraban embarazadas, la falta de tiempo por cumplir con otras responsabilidades y la preferencia por ser atendidas en emergencia; demostrando que, la falta de planificación familiar puede ser contraproducente para la salud materna y perinatal.
- Las principales barreras de estrés psicosocial que retrasaron la asistencia a los controles prenatales de las gestantes de la provincia de Piura en el contexto de la pandemia, fueron el estrés presentado por la nueva normalidad, el miedo de contagiarse y la culpa por llevar un embarazo en pandemia. Lo que demuestra que la pandemia por COVID-19 limitó la asistencia a los controles, debido a la desconfianza sobre las medidas de seguridad adoptadas por los centros de salud.
- Las principales barreras estructurales que impidieron la asistencia a los controles prenatales de las gestantes de la provincia de Piura en el contexto de la pandemia,

fueron el no contar con un seguro de salud, no tener dinero para pagar una atención prenatal y no saber en donde atenderse en el contexto de la pandemia; observándose que el factor económico representa una brecha para el acceso a la salud de calidad.

- Las principales barreras externas que impidieron la asistencia a los controles prenatales de las gestantes de la provincia de Piura en el contexto de la pandemia, fueron la espera para obtener una cita debido a la pandemia y el tiempo que deben esperar en los centros de salud para ser atendidas; demostrando las deficiencias operativas que existen en el sector salud para una atención diligente.

Recomendaciones

- A las instituciones de salud, realizar campañas informativas para promover la planificación familiar y concientizar a la población sobre su importancia, con el fin de evitar embarazos no deseados y que las gestantes puedan dedicar tiempo al cumplimiento de las responsabilidades laborales y maternas.
- A las instituciones de salud procurar la atención inmediata y prioritaria de las gestantes con el fin de garantizar la salud materna y perinatal, evitando complicaciones durante las primeras semanas de embarazo.
- A las instituciones de salud mejorar las medidas sanitarias implementadas para enfrentar el COVID-19, con el fin de transmitir confianza y seguridad a las gestantes y motivar su asistencia a sus controles prenatales.
- Al gobierno, garantizar el acceso a la atención en salud de las mujeres gestantes, mediante el otorgamiento directo del seguro integral de salud (SIS) y la difusión de su existencia, con la finalidad de que se tenga conocimiento de los beneficios del seguro y el proceso de atención prenatal sea gratuito para las mujeres de bajos recursos económicos.

- A los estudiantes de obstetricia profundizar el estudio de la influencia de los factores sociales, económicos y culturales en la asistencia al control prenatal en el ámbito nacional, realizando un análisis comparativo por región; y presentar las alternativas de solución al problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anticona, T., y Zelaya, M. (2019). *Atención prenatal reenfocada y su relación con el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018*. Cerro de Pasco.
- Betancourt, A., y García, M. (2020). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud-Salud y vida*, 4(7), 74-96.
- Bustinanza, M. (2019). *Embarazo Ectópico en paciente múltipara en Hospital II-1 ILO, 2018*. Tesis de licenciatura, Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua. Obtenido de <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/701>
- Caipani, V. (2020). *Factores asociados a preeclampsia de inicio precoz en un hospital de la ciudad del Cusco, 2019*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco. Obtenido de http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5379/253T20200200_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castillo, M. (2020). *Atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019*. Tesis de licenciatura, Universidad Norberth Wiener, Lima. Obtenido de http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4042/T061_71959623_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chinyere, R., Freidora, K., Cabral, N., y Marshall, J. (2021). Health care system barriers and facilitators to early prenatal care among diverse women in Florida. *Birth Issues in Perinatal Care*, 48(3), 416-427. doi:<https://doi.org/10.1111/birt.12551>
- Ciudad Reynaud A, Pacheco Romero J. (2021). Situación de la mujer y la gestante en el Perú. Perspectivas desde la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 67(1). doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2298>
- Coaguila, K. (2017). *Importancias de la ecografía obstetrica en el primer nivel de atención en salud, análisis realizado en el Centro de Salud de La Joya - 2017*. Ica.
- Cornejo, G. (2020). *Calidad de atención como factor de riesgo para un control prenatal deficiente, Centro de salud Bellavista, Sullana 2019*. Piura.

- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia-Argentina. (2013). *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Argentina: Ministerio de Salud-Presidencia de la nación.
- DIRESA. (15 de Diciembre de 2021). *Coberturas de materno*. Obtenido de Página oficial de la Dirección Regional de Salud Piura: <https://diresapiura.gob.pe/diresa-piura/coberturasmaterno/>
- Flores, M. (2019). *Transtornos hipertensivos en el embarazo, atención y cuidados-Junín-Perú-2018*. Tesis de segunda especialización , Universidad Peruana Los Andes , Huancayo. Obtenido de <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1128>
- Fuentes, A. (2017). *PACIENTE CON HEMORRAGIA POST PARTO POR RETENCION PLACENTARIA EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA 2017*. Ica. Obtenido de <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/272>
- García, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista FAC.*, 65(2), 305-310.
- García, D., y Estrada, J. P. (2017). Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. *Multimed*, 21(2), 1-12.
- Gómez, R. (2017). *Factores predisponentes que inciden en placenta previa en el Hospital General de Jaén Julio-diciembre, 2017*. Tesis de seguna especialidad , Universidad Privada de Ica , Jaen. Obtenido de <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/329>
- Guevara, E. (2020). La atención prenatal en tiempos de COVID-19. *Revista Peruana de Investigacion Materno Perinatal*, 9(3), 6-7. doi:<https://doi.org/10.33421/inmp.2020208>
- Hernández, A., Vargas, R., y Bendezu, G. (2019). Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Revista Peru Med Exp Salud Pública*, 36(2), 178-187.
- Hoyos, L., y Muñoz, L. (2019). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Salud Pública*, 21(1), 17-21.
- INEI. (Junio de 2021). *Atencion prenatal por parte de profesionales de la salud (Porcentaje del total de mujeres embarazadas)*. Obtenido de Sistema integrado de informaci{on regional para la toma de decisiones: <https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta>

- INEI. (2021). *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Johnson, A., El-Khorazaty, N., Hatcher, B., Wingrove, B., Milligan, R., Harris, C., y Richars, L. (2003). Determinants of late prenatal care initiation by African American women in Washington DC. *Maternal and child health Journal* , 7(2), 103-114.
- López, J. (2018). *Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de mayo durante el periodo enero-diciembre 2016*. Tesis de licenciatura , Universidad Ricardo Palma , Lima -Perú. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1170/tesis%20L%c3%93PEZ%20SI%c3%91A%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lugones, M. (2018). La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 01-04.
- Maradiegue, E. (2005). Mortalidad materna. La infección como causa. *Acta médica peruana* , 22(2), 75-79. Obtenido de <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1680>
- Meza, L., Novoa, R., Torres, J., Jáuregui, V., Rodríguez, N., Guevara, E., Ventura, W. (2021). Implementación de un modelo mixto de atención prenatal, presencial y virtual durante la pandemia COVID-19, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 67(2), 1-7. doi:<https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2313>
- MINISTERIO DE SALUD. (2019). *PROGRAMA PRESUPUESTAL 0002 SALUD MATERNO NEONATAL*. Obtenido de https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_2.pdf
- Ministerio de salud pública y bienestar social . (09 de Junio de 2018). *Control prenatal permite prevenir complicaciones durante el embarazo*. Obtenido de Ministerio de salud pública y bienestar social : <https://www.mspbs.gov.py/portal-15091/control-prenatal-permite-prevenir-complicaciones-durante-el-embarazo.html>
- MINSA . (2013). *Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna*. Lima : Ministerio de salud . Obtenido de <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/ca2be>
- MINSA . (2021). *Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú* . Lima : Centro Nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. Ministerio de Salud.

- MINSA. (2021). *Anexo N° 02 Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal*. Lima: Resolución Directoral N° 024–2016-EF/50.01.
- Mocarro, S. (2019). *Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en pacientes atendidas en el hospital de la amistad Perú Corea ii-2 santa rosa de piura 2017*. Piura. Obtenido de <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1623/OBS-MOC-CHA-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mota, V., Suárez, C., Velázquez, B., y Ruiz, O. (2019). Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimientos y actitudes sobre atención prenatal. *Rev. Salud Pública*, 21(2), 258-264. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.78496>
- NIH. (14 de Abril de 2020). *¿Qué son los cuidados prenatales y por qué son importantes?* Obtenido de Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/prenatales>
- Novoa, D. (2019). *Tendencia de la razón de la mortalidad materna en el hospital II – I Minsa Moyobamba. 2010 - 2018*. Trujillo - Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40304/Novoas_SDP.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Núñez, J. (2019). *Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018*. Tesis de segunda especialización, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica. Obtenido de <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2487/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-NU%c3%91EZ%20IPARRAGUIRRE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. HRP.
- OMS. (19 de Septiembre de 2019). *Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca*. Obtenido de Organización mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
- OPS. (21 de Agosto de 2020). *OPS pide a los países que garanticen controles prenatales para embarazadas porque pueden tener mayor riesgo de COVID-19 grave*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2020-ops-pide-paises-que-garanticen-controles-prenatales-para-embarazadas-porque>

- OPS, y OMS. (2019). *Salud sexual y reproductiva: Guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido*. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva.
- Piña, E. (2020). Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Revista Publicando*, 7(26), 54-62.
- Quelopana, A., Dimmit, J., y Salazar, C. (2007). Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México. *Index de enfermería*, 16(57).
- Quijiate, T., Valverde, N., y Barja, J. (2019). Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de salud del Callao Perú. *Revista Cubana de obstetricia y ginecología*, 45(4), 1-12. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n4/1561-3062-gin-45-04-e613.pdf>
- Rana, D., y Dikaios, S. (2020). Barriers to Accessing Maternal Care in Low Income Countries in Africa: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(4292), 1-16. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124292>
- Rivera, L., Burgos, N., Gómez, J., y Moquillaza, V. (2018). Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *An. Fac. med.*, 79(2), 131-37.
- Rodríguez, F., Jiménez, W., Jiménez, C., Corál, Á., Ramírez, P., y Ramos, N. (2014). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 13(27), 212-227.
- Santisteban, S. (2017). Atención prenatal. En S. Santisteban, *Obstetricia y Ginecología Obstetricia* (3 ed., págs. 79-84). Ciencias Médicas.
- Smitri, P., Koirala, S., y Subedi, M. (2020). Access to Maternal Health Services during COVID-19. *Europasian Journal of Medical Sciences*, 2(2), 46-50. Obtenido de <https://www.nepjol.info/index.php/ejms/article/view/35641>
- Tacuri, M. (2019). *Factores asociados a hemorragia postparto primaria, en las dos primeras horas; Hospital III de Emergencia Grau de Lima, 2018*. Cusco. Obtenido de http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4006/253T20190192_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Temesgen, K., Wakgari, N., Tefera, B., Tafa, A., Alemu, G., Wondimu, F., y Gudisa, T. (2021). Maternal health care services utilization amidst COVID-19

pandemic in West Shoa zone, central Ethiopia. *PlosOne*, 16(3), 1-14. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249214>

Tenicela, A. (2020). *Factores socioculturales relacionadas al control prenatal en gestantes puesto de salud Hualuas – Huancayo, 2020*. Tesis de licenciatura , Chimbote.

Tatal, L., Rodríguez, V., Buitrón, E., Ortega, F., Zuñiga, K., Gonzáles, E., Rivera, H. (2019). Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 65(2), 157-162. doi:<https://doi.org/10.31403/rpgo>.

Vivanco, M. (2017). *Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en embarazos pre términos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, octubre 2014-marzo 2015*. Lima. Obtenido de <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/2989>

Wong, A., Frawley, N., Robertson, C., McKenzie, A., Lodge, J., Versace, V., y Nagle, C. (2021). Accessing and engaging with antenatal care: an interview study of teenage women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 693. doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04137-1>

Ybazeta, J. (2019). Barreras de acceso al control prenatal adecuado. *Rev. méd. panacea*, 88-89.

Zafra, J., Retuerto, M., Carrasco, L., y Paredes, R. (2014). Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado, Pinto Recodo-Lamas 2014. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65-66.

ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1. Consentimiento informado

Estimado participante, con el debido respeto, me presento ante usted, mi nombre es Karla Milagros Zea Nolte, bachiller en Obstetricia. Actualmente me encuentro realizando una investigación con el objetivo de analizar los beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por Covid-19 percibido por las gestantes de Piura, 2022.

Razón por la cual solicito su participación, con el fin de obtener la información necesaria sobre las limitantes que ha tenido para asistir a su control prenatal y que las autoridades correspondientes, puedan mejorar las medidas para brindar seguridad en la atención. Si decide participar de manera voluntaria, debe tener en cuenta que las respuestas serán anónimas (en ningún momento se le solicitará su nombre), lo que le dará libertad para responder con total sinceridad. El cuestionario consta de tres secciones, debiendo marcar entre las alternativas Sí y No, lo que llevará aproximadamente entre 10 a 15 minutos.

El cuestionario se aplicará de manera virtual, la plataforma es segura y las respuestas se guardarán con códigos. Solo yo, como investigadora tendrá acceso a las respuestas y no serán utilizadas con otros fines. La información será procesada en conjunto, tomando un total de 83 gestantes que asisten a sus controles.

Por favor, responda a la siguiente interrogante, para dejar constancia de su participación voluntaria dentro del estudio:

¿Usted acepta participar en la investigación titulada “¿Beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por COVID-19 percibido por gestantes de Piura, 2022”?

Sí ()

No ()

Anexo 2. Instrumento de recolección de la información

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Buenos días estimada participante, el presente cuestionario se ha realizado con el objetivo de conocer la percepción sobre los beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por COVID-19 en gestantes de Piura, 2022. El cuestionario es anónimo y la información será empleada con fines académicos, por ello agradecería mucho su contribución con esta investigación.

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas y conteste con total sinceridad.

SECCION I: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA					
Edad	Menos de 18 años	De 18 a 25 años	De 26 a 30 años	De 31 a 40 años	Más de 40 años
Nivel de escolaridad	Primaria		Secundaria		Superior
Vive con su pareja	Si			No	
Estado civil	Casada		Divorciada		Nunca se ha casado
Trabajo remunerado	Si			No	
Número de partos antes de su experiencia actual	Ninguno	1	2	3	Igual o más de 4

SECCIÓN II: BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL			
A continuación, leerá algunas de las razones por las que algunas mujeres reciben atención prenatal. Por favor, dígame si ese motivo la llevó o no a recibir atención prenatal.			
Percepción personal de los beneficios del CPN	Usted recibió atención prenatal para ...		
		Si	No
	Aprender hábitos de salud		
	Aprender a proteger su salud		
	Hablar acerca de su embarazo		
	Tener un bebé sano		
	No tener problemas con su embarazo		
Aprender acerca del parto			

SECCIÓN III: BARRERAS DEL CONTROL PRENATAL

La siguiente es una lista de cosas que afectan las decisiones de las mujeres de recibir atención prenatal. Dígame si estos motivos pueden haberle retrasado o causado dificultades para obtener atención prenatal.

Barreras Actitudinales	¿Retrasó el inicio del control prenatal o tuvo dificultades para asistir a sus controles porque ...		
		Si	No
	Su embarazo no fue planeado		
	Estaba considerando el aborto		
	No tuvo conocimiento del embarazo		
	Se sentía infeliz por el embarazo		
	Quería ocultar el embarazo		
	Tenía el tiempo ocupado con otras responsabilidades		
	Pensó que no necesitaba ir a un control		
	Pensó que podía cuidarse sola		
	Prefiere ser atendida en emergencia		
	Prefiere los consejos de los familiares y amigos		
Barreras de estrés psicosocial	¿Tuvo dificultades para ir a sus controles prenatales porque ...		
		Si	No
	Se sentía deprimida		
	Se sentía estresada por la nueva normalidad		
	Se sentía triste		
	Se sentía culpable por llevar un embarazo en pandemia.		
	Tenía miedo de contagiarse		
	Tuvo problemas personales		
	Tuvo problema con su pareja		
	Tuvo problemas familiares		
	No tiene donde vivir		
Se cambio de casa			
Barreras estructurales	Evitó ir a algunas de sus citas de atención prenatal o no asistió a algunas de sus citas de atención prenatal porque ...		
		Si	No
	No sabía dónde obtener un control prenatal, en la situación de pandemia		
	No cuenta con un seguro de salud		
	Fue despedida de su trabajo debido a la pandemia		
	No cuenta con dinero para pagar un control prenatal		
	Desconoce los medios de ayuda para pagar la atención prenatal		

Barreras externas	¿Retrasó el inicio del control prenatal o tuvo dificultades para obtener atención prenatal porque...		
		Si	No
	Esperó mucho tiempo para obtener una cita, debido a la pandemia.		
	Las horas de atención del centro médico son inadecuadas.		
	Las citas en su centro médico son limitadas, debido a la pandemia		
	Espera mucho tiempo antes de su atención médica		
	No le gusta la actitud del personal		
	Falta de comunicación con el personal médico		

Anexo 3. Informe de conformidad del asesor



INFORME DE ASESORÍA

A : **Mg. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa**
Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia

De : **Mg. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa**
Asesor de Tesis

Asunto : **Informe de conformidad de Proyecto de Tesis**

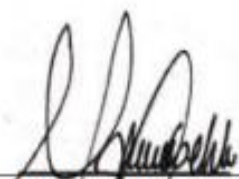
Fecha : **Chimbote, diciembre 31 de 2021.**

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo informarle que se ha culminado con la primera parte de la asesoría de la egresada **Karla Milagros Zea Nolte**, concerniente en la elaboración del proyecto de tesis titulado: **“Beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por COVID-19 percibido por gestantes de Piura, 2021”**.

El proyecto de tesis en mención se encuentra en condición de ser evaluado por los miembros del Jurado Dictaminador.

Contando con su amable atención al presente, es ocasión propicia para renovarle las muestras de mi especial deferencia personal.

Atentamente,



Mg. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa
Asesora de Tesis

Anexo 4. Constancia de similitud



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **“Beneficios y barreras del control prenatal en estado de emergencia por Covid-19 percibido por gestantes de Piura, 2022”** del (a) estudiante: **Karla Milagros Zea Nolte**, identificado(a) con Código N° **2515100167**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **20%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 30 de Mayo de 2022


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dr. CARLOS URBINA SANJINES
VICERRECTOR



NOTA:

Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Anexo 5. Formato de publicación en el repositorio institucional de la USP



REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
Zea Nolte Karla Milagros		73327156	zea_17_22@hotmail.com
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis	Trabajo de Suficiencia Profesional	Trabajo Académico
			Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional			
	Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/> Título Profesional	Título Segunda Especialidad
			Maestría
			Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
BENEFICIOS Y BARRERAS DEL CONTROL PRENATAL EN ESTADO DE EMERGENCIA POR COVID-19 PERCIBIDO POR GESTANTES DE PIURA, 2022			
5. Programa Académico			
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE OBSTETRICIA			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/>	Abierto o Público (info:erepo/semantics/restrictedAccess)		Acceso restringido (info:erepo/semantics/restrictedAccess)

(* En caso de restringido sustentar

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS 5

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.



Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	10	10	22

Karla Zea Nolte
Firma

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035. Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglo de firma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetado siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor deje la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a lo directivo N° 004-2016-CONCYTC-DEGC (Normales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales -RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo todos los metadatos en sus repositorios institucionales predefiniendo si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

Nota. - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, mín. 32.3).

Anexo 6. Base de datos

Tabla 7. Respuestas de las encuestados

Encuestado	Datos generales						P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	P 29	P 30	P 31	P 32	P 33	P 34	P 35	P 36	P 37			
	1	3	2	1	1	0	3	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0		
4	3	3	1	3	1	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
5	4	3	1	1	1	3	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1
6	2	3	0	3	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1		
7	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
8	3	2	1	3	0	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
9	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	
10	3	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
11	2	2	0	3	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
13	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	
14	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	
15	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
16	3	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
17	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	
18	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
19	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20	3	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1		
21	3	2	0	3	1	2	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

22	3	2	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0				
23	4	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1				
24	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0				
25	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1				
26	3	2	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0		
27	3	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
28	4	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0			
29	2	3	1	3	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0			
30	4	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1				
31	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
32	2	2	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1
33	4	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1		
34	4	3	1	3	1	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
35	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		
36	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1		
37	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0
38	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
39	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
40	3	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
41	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
42	3	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
43	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
44	2	2	0	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
45	4	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
46	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
47	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

48	3	2	1	3	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1		
50	2	2	0	3	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
51	3	2	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
52	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1		
53	2	2	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
54	1	3	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1		
55	2	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
56	2	3	0	3	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0		
57	1	2	0	3	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
58	1	2	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1		
59	1	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0		
60	1	2	1	3	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	
61	1	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
62	1	2	0	3	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0		
63	4	2	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
64	1	2	0	3	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0		
65	1	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
66	1	2	0	3	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	
67	1	2	0	3	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0		
68	3	3	0	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
69	3	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
70	3	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
71	2	2	1	3	0	3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0		
72	3	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0			
73	4	3	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

74	4	3	0	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1
75	4	2	0	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
76	2	2	1	1	0	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
77	2	2	1	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
78	4	2	1	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
79	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
80	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
81	4	2	1	3	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
82	2	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
83	4	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	