

T.
610
R175C
EJ-1

Tarapues Cuaycal, Jhon Jairo

Condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años en comunidades étnicas de Nariño y putumayo en el año 2.020-2.023

-2024/ Ramos Enríquez Andrés Felipe, Revelo Mora Elvia Nathaly, Tarapues Cuaycal Jhon Jairo, Villareal Tobar María Alejandra. Asesora: Dr. Ana Isabel Vallejo,

-San Juan De Pasto: Fundación Universitaria San Martin.

Programa de Medicina

**CONDICIONES SOCIALES, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN GESTANTES
MAYORES DE 35 AÑOS EN COMUNIDADES ÉTNICAS DE NARIÑO Y
PUTUMAYO EN EL AÑO 2.020-2.023**

**ANDRÉS FELIPE RAMOS ENRÍQUEZ
ELVIA NATHALY REVELO MORA
JHON JAIRO TARAPUES CUAYCAL
MARÍA ALEJANDRA VILLARREAL TOBAR**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2024**

**CONDICIONES SOCIALES, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN GESTANTES
MAYORES DE 35 AÑOS EN COMUNIDADES ÉTNICAS DE NARIÑO Y
PUTUMAYO EN EL AÑO 2.020-2.023**

**ANDRÉS FELIPE RAMOS ENRÍQUEZ
ELVIA NATHALY REVELO MORA
JHON JAIRO TARAPUES CUAYCAL
MARÍA ALEJANDRA VILLARREAL TOBAR**

Tesis para Obtener el Título Profesional de Médico General

**Asesor Científico
DR. JAIRO GÓMEZ**

**Asesor Metodológico
Dra. ANA ISABEL VALLEJO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2024**

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Pasto-Nariño diciembre de 2024

DEDICATORIA

Con profunda gratitud, dedico esta obra a quienes han sido guías en mi vida. A mi madre Mercedes, cuya ternura y sabiduría me han acompañado en cada paso, y a mi padre Isaías, cuyo amor y valentía siguen presentes en mi corazón a pesar de su ausencia. A mis hermanos Vanessa, David y Adriana, cuyo apoyo incondicional ha sido mi refugio en los momentos difíciles en los cuales su guía y mano fueron rumbo en cada uno de mis pasos, a mi sobrina Isabella, cuya inocente alegría ilumina e inspira cada uno de mis proyectos a seguir.

A mi tía Stellin, confiada honesta gentil, gracias por tu amor y sabiduría en los momentos de tribulación. A mis amigos de infancia, en especial a mi grupo de cuenteros musicales, quienes llenaron mis días de risas y melodías que nunca olvidaré. Cada recuerdo compartido con ustedes es una chispa de luz.

Finalmente, a Ginna, por los momentos de amor y complicidad que hemos vivido juntos, y las lecciones que aún guardo con cariño. Aunque nuestros caminos han tomado rumbos distintos, siempre llevaré en mi corazón el eco de experiencias, risas, aciertos y desaciertos, que con completa seguridad repetiría a su lado.

A todos ustedes, mi amor eterno y mi gratitud infinita. Sus huellas están impresas ineludiblemente en mi vida y mi corazón.

Andrés Felipe Ramos Enríquez

A Dios, Ser supremo, regocijo de amor y esperanza, por ser la luz bajo la cual se forjó este sueño, en la profundidad de mi corazón reconozco su presencia constante, su guía infalible y su gracia inagotable.

A mis padres, que constituyen la fuerza y la razón de mis logros, por su apoyo incondicional y su sacrificio inconmensurable, a ellos gracias por convertir este sueño como propio, por depositar en mí su inquebrantable confianza, que ha sido el cimiento sobre el cual he construido mis aspiraciones y metas. Cada página escrita lleva impreso el recuerdo de nuestros momentos compartidos y el valor de su constante respaldo.

A mi hermano, confidente y amigo incondicional, por su fe trascendente desde el primer instante, por su comprensión y aliento que ha sido el impulso necesario para superar cada obstáculo.

A mis maestros, por su compromiso incansable en el sendero del conocimiento que ha sido inspiración constante para mí, este trabajo es el reflejo de su influencia en mi formación académica y personal, gracias por su paciencia y su apoyo, han dejado una huella indeleble en mi vida.

A mi familia, fuente de amor en este largo viaje lleno de desafíos y triunfos, su presencia ha sido mi mayor fortaleza y consuelo, pues son símbolo del amor y unidad que nos une como familia, gracias por sus oraciones. A mis padrinos, gracias por su presencia en mi vida, por su constante motivación y su generosidad, durante este proceso han sido ejemplo inspirador.

A mis amigos y compañeros, camaradas en este recorrido, gracias por su amistad sincera, por su compañía fiel y por compartir su vida, sus risas y sus llantos. Mi mayor deseo es ver cumplir todo aquello que, entre ilusiones, un día planeamos.

IN MEMORIAM

Dedicada al cielo en memoria de quienes ya no están, quienes se fueron demasiado pronto. Su ausencia duele y siempre llevará el peso de los sueños no cumplidos. Agradezco los momentos compartidos y el amor que me brindaron. Su legado me guía, esta obra es un tributo a su eterno aporte en mi vida y aunque ya no estén, su recuerdo nos acompañará eternamente. Cuando nos volvamos a encontrar, el cielo se inunda de risas que resuenen en nuestra memoria.

Nathaly Revelo Mora

A mis queridos padres

Con profundo agradecimiento y amor, dedico este trabajo a ustedes, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración, apoyo incondicional y ejemplo de perseverancia a lo largo de mi vida académica. Desde mis primeros pasos en la educación hasta este momento crucial de mi trayectoria, ustedes han estado a mi lado, alentándome en cada paso de mi vida.

Su inquebrantable fe en mí, su sacrificio y esfuerzo han sido la luz que me ha guiado a través de los desafíos y dificultades de este arduo camino. Por ello quiero a través de este trabajo, honrar su dedicación y sacrificio. Cada logro que alcanzó es también suyo, pues han sido mis pilares en los momentos de duda y mis mayores celebrantes en los momentos de éxito.

A mi querido hermano

Le dedico este trabajo para honrar el amor y apoyo que ha tenido conmigo durante toda mi carrera, ha sido mi hermano mayor quien me ha cuidado en cada momento, me ha dado fortaleza para no rendirme ante las adversidades recordándome el esfuerzo que mis padres hacen día a día para que yo salga adelante y hacer sentir muy orgullosos a mis padres quienes, sin su amor y apoyo incondicional, esta tesis no sería más que palabras en un papel.

Jhon Jairo Tarapues Cuaycal

En el paso de esta etapa, no puedo comenzar sin enaltecer mi más sincero agradecimiento a Dios; su amor y guía ha sido la luz que ha iluminado mi camino hasta este momento de realización. Sin su dirección divina, este triunfo no habría sido posible.

A mis amados padres, Arturo y Socorro, les debo todo; su inquebrantable apoyo, sacrificio y amor sin reservas han sido el cimiento sobre el cual he construido mis sueños; su presencia incesante y alentadora ha sido mi más grande fortaleza en este viaje. Su ejemplo, ha sido para mí, mi mayor fuerza para lograr cada uno de mis proyectos.

A mi hermana y segunda mamá Diana, que fue mi principal impulso para poder estar aquí, escribiendo estas cortas palabras y cumpliendo mi más grande anhelo. Ella ha sido mi mayor ejemplo de fortaleza y superación; sin su apoyo, nada de esto hubiera sido posible. A mi querida hermana Natalia, quien con su compañía constante me ha permitido descubrir un mundo distinto fuera de mi hogar. A las dos les agradezco profundamente por ser mi constante refugio y sostén en cada paso de este camino; su complicidad ha aliviado mis penas y multiplicado mis alegrías para poder seguir adelante con mis sueños, sin desfallecer.

A mis adorados sobrinos, Juan José y José David, les agradezco por llenar mi vida de vigor, amor y esperanza; su inocencia y alegría han sido mi inspiración constante, recordándome el verdadero significado y valor de la vida.

A mis cuñados Javier y Duvan, quienes han enriquecido mi vida con su apoyo incondicional, les doy las gracias por ser parte de mi familia y por compartir este viaje conmigo.

A Sebastián, mi compañero de vida y cómplice de todas nuestras aventuras, no tengo palabras suficientes para expresar mi gratitud por su amor, paciencia y compañía incondicional. Su apoyo continuo ha sido mi mayor bendición en este camino de la academia.

Y a los amigos que esta hermosa profesión me ha regalado: Nathaly, Andrés y Jhon Jairo, quienes han sido guía y aprendizaje de este camino largo, pero muy gratificante. Quienes a pesar de tantas dificultades han estado presentes en cada momento y nos hemos podido acompañar en cada paso que este proyecto nos ha permitido compartir.

A cada uno de ellos, gracias por ser mi roca, mi inspiración y mi motivo para seguir adelante. Su fuerza, apoyo y compañía han sido fundamentales en esta etapa de mi vida.

María Alejandra Villarreal Tobar

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, queremos expresar nuestra profunda gratitud a Dios por haber guiado nuestros pasos a lo largo de este arduo pero gratificante camino, a nuestros docentes asesores pues su compromiso con nuestra excelencia académica ha sido inspirador, que este trabajo sea un testimonio de la calidad de su mentoría y un reflejo de nuestra gratitud hacia ustedes.

Por otra parte, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas y cada una de las instituciones, que nos abrieron las puertas y nos brindaron esta oportunidad; su colaboración y disposición para permitirnos acceder a sus instalaciones, así como trabajar con su personal y recursos, fueron fundamentales. Finalmente, ¡gracias por estar siempre ahí, compas! juntos lo estamos logrando.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADORES PRINCIPALES

INVESTIGADOR 1

ANA ISABEL VALLEJO NARVÁEZ
3107867440
ana.vallejo@sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-2125-5489>

INVESTIGADOR 2

JAIRO GEOFFREY GÓMEZ CAICEDO
3215799226
jairo.gomez@sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-4179-8242>

INVESTIGADOR 3

FILIPO VLADIMIR MORÁN MONTENEGRO
3006761926
vladimir.moran@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-1144-4032>

INVESTIGADOR 4

OSCAR STIVEL JOJOA NIETO
3233241562
oscar.jojoa@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-1358-7747>

INVESTIGADOR 1

ANDRES FELIPE RAMOS ENRIQUEZ
3023306866
170211201064@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0009-0002-4623-6521>

INVESTIGADOR 2

ELVIA NATHALY REVELO MORA
3183445853
170211201067@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0009-0009-8407-355X>

INVESTIGADOR 3

JHON JAIRO TARAPUES CUAYCAL

3143309413

170211201076@est.sanmartin.edu.co

<https://orcid.org/0009-0009-3610-6679>

INVESTIGADOR 4

MARÍA ALEJANDRA VILLARREAL TOBAR

3164059054

170211201082@est.sanmartin.edu.co

<https://orcid.org/0009-0005-4306-0956>

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación hace parte de la línea clínica en el área de ginecoobstetricia y socio humanística o epidemiología social. De igual forma se declara que durante la formulación hasta la ejecución final del proyecto, los investigadores estuvieron asociados a Semilleros SEIFUSM con el macroproyecto profesoral Observatorio de Gestantes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín, Sede Pasto.

GLOSARIO

ANÁLISIS BIVARIADO: método estadístico que implica el análisis de dos variables para determinar la relación empírica entre ellas.

ASESORAMIENTO PRENATAL: orientación y apoyo proporcionados a los futuros padres durante el embarazo, para promover un desarrollo fetal saludable y preparar para el parto y la crianza.

COMUNIDADES ÉTNICAS: Son aquellas comunidades que comparten un origen, una historia, una lengua, y unas características culturales y/o rasgos físicos comunes, que han mantenido su identidad a lo largo de la historia como sujetos colectivos. En Colombia se reconocen legalmente cuatro grupos étnicos: Indígenas, Afrocolombianos (incluye afrodescendientes, negros, mulatos, palenqueros de San Basilio), Raizales del archipiélago de San Andrés y providencia y Rom o gitano.

CLAP: puede referirse a distintos conceptos según el contexto, necesita aclaración para una definición específica.

COERCIÓN: acto de obligar a alguien a hacer algo en contra de su voluntad mediante el uso de la fuerza o la intimidación.

DETERMINANTES SOCIALES: condiciones sociales y económicas que influyen en la salud de las personas y comunidades.

EDAD GESTACIONAL: duración del embarazo medida en semanas, desde el primer día del último período menstrual de la mujer hasta el momento actual.

EXENCIÓN: liberación de una obligación o responsabilidad.

FECUNDABILIDAD: capacidad de una mujer o pareja de concebir dentro de un ciclo menstrual.

GESTANTE: mujer que está embarazada.

ÍNDOLE: naturaleza o carácter de algo.

MACROSOMÍA FETAL: condición donde un feto es anormalmente grande, generalmente definida como un peso al nacer mayor de 4 kg o 8 libras 13 onzas.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS: anomalías estructurales o funcionales presentes desde el nacimiento.

MORBIMORTALIDAD: tasa de enfermedad (morbilidad) y muerte (mortalidad) en

una población.

MÓRBIDA: relativo a una enfermedad; a menudo utilizado para describir una condición grave o patológica.

MULTÍPARA: mujer que ha dado a luz dos o más veces.

MUJERES ABORÍGENES: se refiere a las mujeres originarias de una región, especialmente relacionado con los pueblos indígenas y sus culturas.

NEONATAL: relativo al recién nacido, especialmente durante el primer mes de vida.

PARTERAS: profesionales de la salud especializadas en asistir el parto.

PARTO PRETÉRMINO: nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación.

PERINATALES: relativo al período justo antes y después del nacimiento.

PREECLAMPSIA: trastorno hipertensivo del embarazo que puede causar daño a órganos, especialmente al hígado y riñones, y aumenta el riesgo de complicaciones para la madre y el bebé.

PREMATURIDAD: nacimiento de un bebé antes de las 37 semanas completas de gestación.

PREMENOPAUSIA: fase previa a la menopausia, donde se comienzan a experimentar cambios hormonales y menstruales.

PRERROGATIVA: derecho o privilegio exclusivo asociado a una posición o cargo.

PUERPERIO: periodo que sigue al parto, durante el cual el cuerpo de la mujer se recupera y retorna a su estado pregestacional.

RIESGO PERINATAL: posibilidad de daño o complicaciones para el feto o el recién nacido durante el período perinatal, que incluye las últimas semanas de embarazo y los primeros días después del nacimiento.

SANGRADO PERINATAL: hemorragia que ocurre en el feto o neonato durante el período perinatal.

SENESCENCIA OVÁRICA: proceso de envejecimiento de los ovarios, caracterizado por una disminución en la cantidad y calidad de los óvulos.

SOCIO DEMOGRÁFICO: relativo a las características sociales y demográficas de una población.

TOXOPLASMOSIS: infección causada por el parásito *Toxoplasma gondii*, que puede ser especialmente peligrosa durante el embarazo

TROMBOSIS: formación de un coágulo de sangre

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	22
INTRODUCCIÓN	24
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	26
1.1 FORMULACIÓN PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	31
2 JUSTIFICACIÓN	32
3. MARCO DE REFERENCIA	35
3.1 MARCO DE ANTECEDENTES	35
3.2 MARCO TEÓRICO	40
3.3 MARCO DEMOGRÁFICO	48
3.4 MARCO LEGAL	50
4. OBJETIVOS	53
4.1 OBJETIVO GENERAL	53
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
5. METODOLOGÍA	54
5.1 DEFINICIÓN DE ESTUDIO	54
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	54
5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	54
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	54
5.4.1 Inclusión.	54
5.4.2 Exclusión.	54
5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN PRIMARIAS O SECUNDARIAS	55
5.6 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	55
5.7 DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO DE MUESTRA	56
5.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES	56
5.9 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	64
5.9.1 Técnicas para la Recolección de Datos.	64
5.10 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS	65
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	66
7. RESULTADOS	68
8. DISCUSIÓN	83
9. CONCLUSIONES	89
10. RECOMENDACIONES	90
11. FORTALEZAS Y LIMITACIONES	91
11.1 FORTALEZAS	91
11.2 LIMITACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	98

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Control prenatal	45
Tabla 2. Determinantes socioeconómicos	56
Tabla 3. Determinante demográfico	57
Tabla 4. Determinantes culturales	57
Tabla 5. Determinantes educativas	58
Tabla 6. Determinantes entorno Social	59
Tabla 7. Determinantes acceso a la salud	59
Tabla 8. Determinantes factores biológicos en gestantes mayores de 35 años	60
Tabla 9. Determinantes factores clínicos en gestantes mayores de 35 años	62
Tabla 10. Distribución del tipo de características de la vivienda del determinante intermedios y personales	71
Tabla 11. Distribución del tipo de uso de plantas medicinales y parteras del determinante intermedios y personales	76
Tabla 12. Distribución del tipo de comorbilidades del determinante factores conductuales y biológicos	77
Tabla 13. Distribución del tipo de planeación del embarazo del determinante factores conductuales y biológicos	78
Tabla 14. Distribución del tipo de fracaso del método anticonceptivo del determinante factores conductuales y biológicos	79
Tabla 15. Distribución del tipo de factores clínicos del determinante factores clínicos	80
Tabla 16. Distribución del tipo de embarazo de alto riesgo del determinante factores clínicos	82

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución del tipo de edad del determinante estructurales y/o sociales	68
Gráfica 2. Distribución del tipo de etnia del determinante estructural y/o social	70
Gráfica 3. Distribución del tipo de escolaridad del determinante estructural y/o social	70
Gráfica 4. Distribución del tipo de ocupación del determinante estructural y/o social	71
Gráfica 5. Distribución del tipo de servicios públicos del determinante intermedios y personales	72
Gráfica 6. Distribución del tipo de redes de apoyo del determinante intermedios y personales	73
Gráfica 7. Distribución del tipo de religión del determinante intermedios y personales	73
Gráfica 8. Distribución del tipo de régimen de salud del determinante intermedios y personales	74
Gráfica 9. Distribución del tipo de controles prenatales del determinante intermedios y personales	74
Gráfica 10. Distribución del tipo de tiempo de desplazamiento del hogar al centro de salud del determinante intermedios y personales	75
Gráfica 11. Distribución del tipo de autorizaciones médicas del determinante intermedios y personales	75
Gráfica 12. Distribución del tipo de actividades recreacionales del determinante factores conductuales y biológicos	77
Gráfica 13. Distribución del tipo de antecedentes familiares del determinante factores conductuales y biológicos	78
Gráfica 14. Distribución del tipo de uso de anticonceptivos del determinante factores conductuales y biológicos	79
Gráfica 15. Distribución del tipo de ciclos menstruales del determinante factores clínicos	81
Gráfica 16. Distribución del tipo de parto del determinante factores clínicos	81

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1. Distribución del tipo de lugar de procedencia del determinante estructural y/o social	69

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento a utilizar para la investigación	99
Anexo B. Artículo	100
Anexo C. Consentimiento Informado	102
Anexo D. Convenio Institución	103
Anexo E. Publicación 7° Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Ciencias de la Salud. ENSI 2023 (Bogotá octubre 2023)	106
Anexo F. Participación como ponencia modalidad póster Simposio Regional “Sexualidad Consciente y Gestación” Sibundoy Putumayo	107
Anexo G. Participación como ponencia oral del 6° congreso internacional de investigación en ciencias de la salud, la educación y la música (Bogotá 20-nov-24).	108

RESUMEN

Introducción: Por su relación con la morbilidad y la mortalidad materna, la concepción es un problema de salud pública. La edad avanzada de la madre y el aumento del peso corporal son factores importantes. La tasa de muerte materna en 2019 fue de 66,95 por cada 100.000 nacidos vivos, y las comunidades de color enfrentan un mayor riesgo debido a factores socioeconómicos y culturales.

Objetivo: determinar las condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años en comunidades étnicas en el año 2.020-2.023.

Materiales y métodos: diseño observacional descriptivo transversal, La información se recolectó de fuentes primarias por encuesta previa firma de consentimiento informado; la validación de la encuesta incluyó una prueba piloto con el 15% del total de la base entregada por las instituciones y secundarias (historias clínicas).

Resultados:

- **Determinantes estructurales y/o sociales:**

Un 50% de los sujetos tenía entre 35 y 38 años; un 26,6% eran Afrocolombianas y el 73,3% indígenas (Pastos, Camsá y Awá). La mayor cantidad (70%) tenía educación básica y eran amas de casa. Predominaban los estratos 0 y 1, con un 64% en las zonas rurales, y un 72% estaban casadas o en unión libre.

- **Intermedios y personales:**

Circunstancias materiales: el 13,3% de la población tiene vivienda preparada, el 42,7% de la población no tiene transporte y más del 63,2% de la población puede comprar alimentos saludables y ropa adecuada con un ingreso equivalente al salario mínimo.

Cohesión social: el 65,3% conviven con familia nuclear, aunque el 20% son familia extensa. Se destaca red de apoyo del ICBF (52%), el apoyo moral es de la religión católica en el 82,7%.

Sistema de salud: el 46,7% recibió atención prenatal especializada, y el 93,3% recibió atención subsidiada. Los participantes llegaron caminando y el tiempo promedio de caminata fue de 30 minutos. La autorización de los peritos es el elemento más complicado. plantas y el 28% utilizó servicios de socios.

- **Factores Biológicos**

El 60% de las madres comen frutas, verduras, carbohidratos y carnes, mientras que sólo el 21,3 por ciento elige comer verduras, carbohidratos y carnes. Solo una de las participantes fuma o bebe alcohol, sin embargo, el 53,3% de ellas afirma haber tenido estrés durante su embarazo. El 20% tiene preeclampsia, el 14 por ciento tiene hipertensión y el 21 por ciento tiene insuficiencia venosa. El 50,7% posee antecedentes familiares de hipertensión y el 18,7% de diabetes. El cuarenta y cinco por ciento de los embarazos fueron planificados y deseados, y el sesenta y seis por ciento de los encuestados no utilizan medicamentos anticonceptivos.

- **Factores Clínicos**

De las mujeres embarazadas, el 80% son multíparas, el 21.3 por ciento son primerizas y el 14.7 por ciento ha tenido abortos. El setenta y siete por ciento de las mujeres tienen ciclos menstruales regulares. De los recién nacidos, el 88% estaban vivos y el 12% eran mortales. Durante el período gestacional, el 64% el 64% de los nacimientos fueron espontáneos y el 62,7 por ciento fueron cesáreas. De los nacimientos fueron espontáneos y el 62,7 por ciento fueron cesáreas. Las complicaciones son un aumento de peso del 49,3%, una fuga de solución salina transvaginal del 17,3% y una rotura precoz de membranas del 12%.

Conclusión: las condiciones sociales, culturales y económicas tienen un impacto en el embarazo; esto es importante para evaluar la calidad de vida y los retos que enfrentan las gestantes añosas.

Palabras clave: gestantes, determinantes sociales, acceso a salud, red de apoyo, etnia.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, se promueven permanentemente acciones encaminadas a disminuir la morbimortalidad materna, dichos aspectos han sido objeto de estudio de múltiples asociaciones e investigadores que buscan identificar los factores de riesgo asociados, entre ellos, la edad materna avanzada se considera un factor de riesgo importante para las complicaciones obstétricas observadas a nivel mundial. Con lo anterior se comprobó que, a partir de los 35 años, se presentan una serie de elementos fisiológicos, genéticos y moleculares que pueden complicar el estado de gestación de la madre (1).

En Colombia, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección social (2), más de 500.000 nacimientos anuales es decir el 10 % de ellos se presentan en mujeres mayores de 35 años. Por ello, diversos estudios e informes de investigación han identificado la relación de edad materna como factor de riesgo fundamental en la presencia de complicaciones materno-perinatales.

Atendiendo las diversas implicaciones en salud pública en gestantes mayores de 35 años, se ha estipulado indagar esta temática desde un enfoque de epidemiología social que permita identificar las condiciones sociales, calidad de vida y salud en comunidades étnicas, que incluye gestantes afrodescendientes, mulatos, palenqueros, raizales y rom en el departamento de Nariño.

Conviene mencionar que múltiples factores se han propuesto en la literatura demográfica y sociológica para explicar el fenómeno de los embarazos tardíos, se reconoce que a nivel mundial la mujer está asumiendo su rol de trabajadora activa que favorece en algunos aspectos postergar su maternidad, además del deseo en el descenso en fertilidad, subestiman significativamente la probabilidad de embarazarse a cualquier edad.

En consecuencia, reconocer estos factores e identificar qué fenómenos están asociados a la maternidad después de los 35 años, implica la comprensión integral de múltiples fenómenos, la presente investigación se ha centrado en reconocer las condiciones sociales en mujeres gestantes de comunidades étnicas, que requiere de la inclusión tanto de los aspectos objetivos (calidad de vida y salud) como de los subjetivos (percepción). En este sentido, Levi y Anderson (1) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada comunidad.

En ese sentido, se consideró que el conocer las condiciones sociales de las gestantes mayores de 35 años, permitiría profundizar y reconocer cómo estos aspectos pueden estar íntimamente relacionados con diferentes factores de riesgo que implica ser madre gestante en este periodo etario. De esta manera se puede identificar como se puede intervenir desde la promoción de la salud con énfasis en

la educación por medio de programas que sensibilicen a este sector poblacional entendiendo sus costumbres y prácticas que distinguen arraigo cultural heredado de generación en generación.

El presente estudio está enmarcado bajo un estudio descriptivo transversal donde se determinan las condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años. Se seleccionó una muestra conformada por las gestantes mayores de 35 años pertenecientes a comunidades étnicas del departamento de Nariño. La información fue recolectada mediante un formulario de encuesta dirigido elaborado por el grupo de investigación.

Ante esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, incapaz de ser evaluada a partir de uno solo de sus dos polos o focos, sino que puede ser desarrollada a través de su integración como aspecto unificador las condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años en comunidades étnicas.

Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de salud. No sólo es el primero que emerge históricamente, sino que también es el más básico de todos. Su importancia para la calidad de vida es doble: por un lado, el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades que identifican las comunidades étnicas puede estar en relación con la salud de las gestantes.

Por otro lado, repercute indirectamente en ella, al afectar el resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida, como son el trabajo, el ocio, la autonomía, las relaciones sociales, etc. Desde esta perspectiva, la calidad de vida específicamente durante el embarazo significa el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Aunque se ha identificado que las causas de morbilidad y mortalidad materna son multicausales, las condiciones sociales calidad de vida y salud se han considerado variables generadoras de importantes impactos en la salud pública. Pues se reconoce que, el enfoque actual de salud materna no solo no se explica desde las condiciones fisiológicas o de acceso a los servicios de salud, sino que obedecen, también, a un conjunto de condiciones culturales, sociales y ambientales que condicionan una serie de cuidados y prácticas destinadas a proteger y ejecutar las diversas estrategias de promoción y prevención en salud para las gestantes.

En efecto, de acuerdo con Jurado et al. (5), la morbimortalidad materna se da con mayor frecuencia en edades extremas y en países en vía de desarrollo. Las estadísticas muestran datos relevantes y las investigaciones encontradas responden básicamente a la investigación sobre riesgos físicos y fisiológicos, no obstante, la salud materna se ha considerado una dimensión esencial que refleja restricciones a poblaciones que se ven más afectadas por condiciones de tipo biológico y social tanto en la madre como en el neonato, que pueden ser relacionados con la edad materna y otros factores.

En ese sentido, la presente investigación analiza las condiciones sociales calidad de vida y salud en mujeres mayores de 35 años, como elementos que pueden expresar múltiples factores que ponen en riesgo la vida de las gestantes de comunidades étnicas, mujeres que comparten un origen una historia, una lengua y unas características culturales comunes para sostener su identidad, pero que por su pertenecer a este sector poblacional se puede dificultar de alguna u otra manera por el limitado conocimiento de las dinámicas que manejan.

Conviene mencionar que a nivel internacional y nacional la gestación para mujeres mayores de 35 años de edad es considerada por la ciencia médica como un factor de riesgo con incidencia sobre el neonato y la salud de la madre, entre ellas se han reportado con mayor incidencia, bajo peso al nacer; malformaciones congénitas; retardo en el crecimiento intrauterino; prematuridad y placenta previa (6,7). Por otro lado, se dice que las patologías maternas como la diabetes y la hipertensión arterial se agudizan o emergen con más facilidad cuando se gesta con más de 35 años (6,7).

En consecuencia, se puede reconocer las condiciones sociales de gestantes en este periodo etario corresponden con ítems importante de evaluar, sin embargo, desde las características propias de cada comunidad étnica se configuran elementos obstaculizadores que pueden perpetuar prácticas que pueden exacerbar el riesgo de la gestante adicional a la edad. Dichos elementos, de acuerdo con Salas et al. (7) responden a las identidades que cada comunidad ha ido formando, donde se encuentran una serie de costumbres y prácticas que sobrepasan las

recomendaciones de las autoridades de salud y que generan múltiples consecuencias en las actividades de prevención de factores de riesgo para gestantes.

Ante esta perspectiva, se considera que el embarazo de alto riesgo es en el que se identifican uno o más factores que afectan negativamente los resultados maternos y fetales. Cada embarazo se evalúa por la presencia de una serie de factores de riesgo. La clasificación del embarazo, las pruebas regulares y tempranas ayudan a confirmar la necesidad de atención adicional para las mujeres embarazadas, derivando a los pacientes de alto riesgo a los centros perinatales antes del nacimiento, para reducir la morbilidad neonatal.

De acuerdo con Coronel et al. (8) existen algunos riesgos obstétricos que deben ser considerados al momento de realizar el control a la madre gestante. En palabras de los autores algunos factores que permiten identificar si existe un riesgo para un embarazo de alto riesgo se pueden encontrar los siguientes: (a) anemia (Hb < 10g/dl o FTO <25%); (b) embarazo múltiple; (c) enfermedades crónicas no transmitible como endocrinopatías, nefropatías, enfermedades inmunológicas e hipertensión; (d) polidramnios u oligoamnios; (e) epilepsia, desnutrición u obesidad, infección materna (Por ejemplo VIH), enfermedades neuropsiquiátricas, asma o, (f) historia obstétrica desfavorable como abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos con antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.

En el caso colombiano, se ha logrado evidenciar que también existen algunos factores de riesgo particulares para los embarazos de alto riesgo. En el estudio realizado por López (3) se identificó que en la ciudad de Pasto las principales variables del estudio se relacionaron con la edad de la madre (mayor a 35 años) que incrementan el riesgo de desarrollar patologías o alteraciones durante la gestación o el parto. A este factor también se le debe agregar el peso de la madre debido a que la ganancia de peso mayor al recomendado genera complicaciones tanto en la madre como en el feto.

De igual manera, se evidenció factores de riesgo asociados al periodo intergenésico, es decir, la fecha del último parto y el inicio del siguiente embarazo. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, el periodo óptimo sería entre 18 a 27 meses y no superior a 60 meses. Así, un periodo intergenésico menor a 18 meses se considera corto y podría generar problemas como bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, distocias y preeclampsia (9).

Por otro lado, algunos estudios también han evidenciado que un embarazo de alto riesgo también se puede explicar por factores socioeconómicos que implican malos hábitos de alimentación por parte de la madre, ausencia de disponibilidad de recursos económicos para los controles prenatales, ausencia de conocimientos por parte de la madre de enfermedades y hábitos que ponen en riesgo su vida y la del feto, y la ausencia de la educación integral a padres sobre el embarazo, parto y

puerperio que puedan ayudar a disminuir los riesgos durante el proceso de gestación (10).

En lo que está relacionado al departamento de Nariño, el índice de mortalidad materna ha tomado un comportamiento cambiante con una tendencia al alza de hasta el 2019. En 2019, registró una tasa de 66,95 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos frente a una tasa nacional de 50,73 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos; una luz roja indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre la división y el país, lo que indica que la división se encuentra en una posición desfavorable (10).

Es por eso que al hacer un comparativo incluyendo el Departamento de Nariño en corrido de 2020 y 2021, se observa que en el año 2020 los embarazos en los rangos de edad entre 35-39 años fue mayor que en el 2021 con una diferencia del 1%. Sin embargo, no se logra obtener suficientes estudios sobre mujeres añosas que, por alguna u otra razón en la actualidad, se embarazan en edades demasiado avanzadas sin tener claras las consecuencias de los riesgos de salud en las que se ven englobadas. Por otra parte, también es importante reconocer que no se han realizado investigaciones concernientes a identificar las posibles consecuencias en mujeres pertenecientes a comunidades étnicas que se ven envueltas en la misma problemática en los diferentes territorios del Departamento de Nariño.

En línea con lo anterior es importante relacionar el tema de embarazo en mujeres con mayor edad y el riesgo de mortalidad, dado que a mayor edad el riesgo es más alto, donde en el departamento de Nariño se identifica una tasa de mortalidad por embarazo, parto y puerperio de 1,03 por 100.000 habitantes (11).

El embarazo a estas edades se asocia con un mayor riesgo de trastornos relacionados, una mayor incidencia de enfermedades maternas crónicas y una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. En ese sentido y atendiendo uno de los roles éticos del profesional de la salud, prevenir un embarazo no deseado en estas edades es menester de los responsables de los programas de planificación familiar y anticoncepción a nivel comunitario y los programas de salud. En consecuencia, es necesario brindar una atención prenatal de calidad que se anticipe a las posibles complicaciones, para lograr los mejores resultados maternos y resguardar la vida de la madre y el bebé (11).

Para Vaquero et al (12), el embarazo añoso es una problemática creciente al considerar el incremento de la población de mujeres con embarazo en edad tardía. Los embarazos en este periodo se relacionan con complicaciones en el retardo de crecimiento intrauterino, amenaza de parto prematuro, parto distócico, aumento del índice de inducciones médicas u de cesáreas electivas, los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional.

En el estudio realizado por los autores, se logró comprobar que las principales

complicaciones maternas del embarazo añoso fueron: la ruptura prematura de membranas (25%), los trastornos hipertensivos (16.3%), el aborto espontáneo (13,8%) y la diabetes gestacional (7.5%). En contraste, las principales complicaciones fetales por el embarazo añoso fueron: prematuridad (17.5%), bajo peso al nacer (17.5%), síndrome de dificultad respiratoria (11.3%) y puntuaciones bajas de Apgar (10%) (13).

Del mismo modo, Álvarez (14) realizó un estudio donde muestra una variable clara que para todo ser humano acompaña durante todo el tiempo de su vida. La edad es un factor de riesgo progresivo para el embarazo; el riesgo perinatal y materno aumenta con la edad, y el riesgo materno tiende a ser mayor que el riesgo fetal. Además, patologías asociadas a los estilos de vida aumenta el riesgo de parto debido a más casos de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes gestacional, preeclampsia, sangrado del tercer trimestre, cesárea, hemorragia posparto, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas.

En el mismo orden de ideas, Álvarez (14) analiza otros factores asociados a morbilidad materna y perinatal de gestantes de edad materna avanzada (EMA) en Perú, las variables estudiadas fueron factores sociodemográficos, obstétricos y perinatales. Se usó el método de regresión logística multivariada y análisis de curvas ROC; donde se concluyó que el sobrepeso pregestacional en EMA está asociados a desarrollar preeclampsia severa, desgarro vaginal y macrosomía fetal y la preeclampsia previa, asociado al desarrollo de parto pretérmino.

Por todo lo anteriormente mencionado, el caso de la incidencia de embarazos en mujeres mayores de 35 años se encontró las siguientes variables: las condiciones de vida, el estrato socioeconómico, trabajo, el nivel de educación que tienen las madres, deseo de complacer a su pareja, y acompañamiento de hijos en su vejez.

Se estima que en las últimas décadas mujeres en edad avanzada deciden postergar el momento de su embarazo por múltiples razones, ya sean debido a su trabajo su profesión su cultura etc. Debido a los extremos de la vida el cuerpo humano poco a poco se consume y su vitalidad se agota es por eso que los riesgos de embarazo son más altos en mujeres a una edad mayor de 35 años. Las complicaciones al nacer suelen frecuentar en bajo peso al nacer, prematuridad con antecedentes mórbidos que la madre va adquiriendo indirectamente durante su gestación tal como incremento de peso, los niveles de azúcar para una futura diabetes gestacional etc. Es ahí donde parte una problemática que ha estado vigente en los últimos años tal como factores de riesgo obstetricia mal controlados llevarán a una mortalidad materna (15).

Es por eso que, los estilos de vida son un conjunto de decisiones que ponen en práctica una acción en pro de buscar el cuidado y bienestar de la salud de la persona. Además, hacen hincapié en la salud, ya sea en forma positiva como buenos hábitos alimenticios, actividad física, descanso, sueño práctico de deportes

etc., o como factores de riesgo que se pueden ver comúnmente tales como sedentarismo y malos hábitos alimenticios que de entrada desencadena enfermedades coronarias o mórbidas perjudiciales para una persona y aún más en una gestante.

La capacidad para elegir el hecho de tener un adecuado estilo de vida no depende de la decisión personal en muchas ocasiones porque las circunstancias socioeconómicas, culturales no dan para acoplarse a vivir con los recursos fundamentales y dignos. Es bien sabido que el estrato social influye mucho en la sociedad ya que los más ricos tendrán mejores accesos y privilegios ante la población socioeconómica baja. Asimismo, cabe resaltar en este hecho a la gestante ya que tendrá una atención de calidad y servicios oportunos para garantizar el buen desarrollo de su bebe comparado con la madre que tendrá que ir hasta los centros de salud más cercano a su vivienda 2 o 3 veces al año (16).

Por consiguiente, se logra evidenciar que, el embarazo añoso representa una problemática de salud pública debido a sus repercusiones. Se sabe que a mayor edad de la gestante mayor son los riesgos y complicaciones que ponen en peligro la vida tanto madre como bebe (17).

Adicional a lo expuesto previamente, se debe considerar que los embarazos añosos también presentan un mayor riesgo debido a los defectos cromosómicos que aumentan con el paso del tiempo. Aunado a lo anterior, la mujer embarazada mayor a los 35 años debe enfrentar la posibilidad de que el útero, vasos sanguíneos, y demás órganos reproductores maternos no se logren adaptar para un embarazo y parto exitoso (18).

En efecto, se ha encontrado que en las primigestas añosas se evidencia una mayor incidencia de hipertensión inducida por el embarazo, bajo peso al nacer y parto por cesárea, condiciones que pueden estar relacionadas con una deficiente adaptación del miometrio y de los vasos sanguíneos uterinos con el fin de lograr la oxigenación y nutrición suficientes y la contractilidad uterina para un crecimiento óptimo del feto y un parto vaginal exitoso (19).

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que los determinantes sociales tienen un alto impacto que repercute tanto a nivel personal, psicológico, familiar, económico, social y del entorno, ya que inciden de manera significativa como parte del riesgo para las gestantes de edad materna avanzada.

Después de llevar a cabo un análisis detallado de una serie de estudios dentro de los cuales están divididos tanto como internacionales, nacionales y regionales denotan que los determinantes sociales generan un enlace muy fuerte sobre todo con la gestantes mayores de 35 años y aún más a mujeres que pertenecen a comunidades étnicas, es por eso que surge la iniciativa de hacer una profundización, y propende a la elaboración de investigaciones que resuelvan el

interés que se ha venido gestando en el análisis de los determinantes sociales con algunos aspectos de salud pública. En ese sentido y atendiendo al objeto de investigación la pregunta es la siguiente.

1.1 FORMULACIÓN PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años en comunidades étnicas de Nariño y Putumayo en el año 2.020-2.023?

2 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en edad avanzada es considerado actualmente como una problemática de índole social, económica y de manera más profunda en un problema de salud pública de gran importancia a nivel mundial, donde las tasas de embarazos en mujeres indígenas de edad avanzada están en aumento cada día, situación que, aunque el Estado a través de diversos programas y políticas públicas ha tratado de minimizar, aún no lo ha logrado afectando notablemente la población indígena a nivel nacional (11).

Un estudio realizado por parte de American College of Obstetricians and Gynecologists, a los 35 años, hay un 52% de posibilidades de quedarse embarazada sin ayuda. A los 40 años, solo hay un 36% de posibilidades y, a los 45 años, un 5%. Defectos congénitos más frecuentes como, la hipertensión gestacional (preeclampsia), diabetes gestacional, trombosis en madres mayores, que pueden derivar en inducción médica del parto y cesárea, especialmente si es el primer embarazo, lo que aumenta la morbilidad de la mujer y la morbilidad fetal. El embarazo múltiple también es común, especialmente si ocurre con la ayuda de tecnología reproductiva artificial, que es un embarazo peligroso. Por lo tanto, ya sea que se haya producido un embarazo natural o una tecnología de inseminación artificial, el asesoramiento prenatal es fundamental para comprender todos los riesgos y precauciones a tomar. El estudio encontró que las mujeres mayores de 35 años tenían más exámenes médicos maternos e infantiles, más ultrasonidos y más control prenatal, que las adolescentes (12).

Además, se adjunta una información relevante que indica que las mujeres aborígenes mueren con mayor frecuencia durante el embarazo y el parto, que otras mujeres de diferentes comunidades. La falta de acción hará que los dos sean inalcanzables. La falta de datos sobre la salud de las mujeres y adolescentes aborígenes oculta gran desigualdad entre las poblaciones y dificulta la adopción de medidas eficaces para abordar estos problemas. Es posible mejorar la salud de las mujeres y adolescentes indígenas, con mayor conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, siendo este un tema de interés para poder evitar diferentes enfermedades y riesgos que pueden conllevar en muchas ocasiones la pérdida de la madre de los hogares, dejando desprotegidos a sus hijos. Es momento que las autoridades y personal idóneo de las comunidades, empiecen con procesos educativos sobre este tema de gran importancia social y que se mantenga la información adecuada para todas estas personas que lo requieren, porque no solo es responsabilidad de la mujer, sino también del hombre, al estar en un entorno aún machista, se les debe mejorar e implementar programas de consejería a las parejas en cuanto a la maternidad en edades avanzadas y los problemas que puede llegar a tener la madre y el hijo si esto se trata de manera irresponsable (12).

Es por eso que se afirma unas responsabilidades que el gobierno debe cumplir pues

sus compromisos es desglosar los datos por raza y edad, luchar contra la discriminación y hacer que las instalaciones de salud sean accesibles desde el punto de vista físico, económico y cultural. Las mujeres de edad avanzada y sobre todo en una comunidad indígena no tienen mucho conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y aún más grave las dudas sobre qué método elegir cuando quedan embarazadas, afecta la cantidad de embarazos no deseados y toman mucho más tiempo en la decisión de qué método es el más indicado para ellas (12).

Se busca adicionalmente hacer referencia de que los programas de salud reproductiva deben brindar la más amplia gama posible de servicios sin ningún tipo de coerción, y todas las parejas y personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, para acceder a la información, la educación y los medios necesarios para ello, se debe mostrar que las mejoras en la situación de las mujeres también benefician su capacidad de tomar decisiones en todos los niveles y esferas de la vida, especialmente en el área de la sexualidad y la reproducción, lo cual se reafirma con conferencias mundiales sobre el embarazo a nivel mundial. La salud materno infantil es una prioridad mundial y proporciona un entorno favorable para la madre y el niño de acuerdo con los tratados y conferencias internacionales, los niños son responsabilidad de todos los países. Estos beneficios no han llegado a la población de la misma manera en Estados Unidos en las últimas décadas (13).

Ya que a lo largo del tiempo se nos permite hacer precisamente eso, observar el deterioro evidente de la salud y del derecho a la vida y abandono de ambas partes madres y menores indígenas. De esta manera, se puede observar la brecha de justicia, proporción de acceso de no aborígenes a planificación familiar y atención prenatal para madres indígenas origen de las enfermedades asociadas y cobertura y prevalencia de vacunación, es así como sus hijos tienen una mayor tasa de mortalidad. Desde el derecho a la salud, la integridad cultural y la gran desigualdad es la que lleva a la falta de acceso o en otros casos el acceso limitado a la atención de la salud y acceso cultural a los programas de salud materno infantil (14).

Convirtiéndose este en un obstáculo significativo el acceso al tratamiento médico, aunque algunos incluyen discriminación directa, incluso por motivos de grandes problemas sociales, económicos, políticos, culturales y geográficos; estos factores conllevan a un gran impacto en las experiencias de las mujeres aborígenes de varias maneras complejas. La percepción subjetiva de las mujeres indígenas y muchos factores que dificultan la recepción de beneficios y estado de salud, no siendo estas diferencias excluyentes, sino obligatorias por parte del gobierno y de las instituciones que prestan diferentes servicios necesarios e importantes para el buen conocimiento de temas valiosos que deberían llegar a todas las personas, sin excepción. Por tanto, los factores asociados a la falta de control prenatal incluyen: bajo nivel de educación, ocupación y educación del hogar, desempleo, recursos económicos limitados, ubicación geográfica, falta de pertenencia, creencias y costumbres, estos factores están asociados con complicaciones del parto tales

como: infecciones, anemia, preeclampsia, sangrado, ruptura del diafragma, parto incompleto, bajo peso al nacer y prematuridad (15).

Es por eso que, con esta investigación se apuesta a constituir un insumo para futuras investigaciones institucionales y también comunitarias, que beneficien la salud pública de nuestra región. Por otra parte, es importante para la toma de decisiones para los programas preventivos para la salud en gestantes con enfoque diferencial.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO DE ANTECEDENTES

En primer lugar, se puede mencionar el estudio de Barros et al. (15) que tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Para la realización de la investigación, se utilizó una metodología cualitativa de revisión documental en bases de datos como PubMed, BVS, Scielo, Latindex, Lilcas y Google académico donde se revisaron estudios en inglés y español durante el periodo 2015-2021. Al realizar la revisión documental, los autores concluyeron que los principales factores asociados a la falta de control prenatal se relacionan con el bajo nivel educativo de las madres, las ocupaciones del hogar y crianza, falta de empleo, escasos recursos económicos, ubicación geográfica, falta de afiliación al sistema de salud, sistema de creencias y cultura (especialmente en mujeres indígenas). De ahí, que el estudio resalta la importancia de fortalecer los procesos educativos y de sensibilización, especialmente en comunidades y poblaciones vulnerables como campesinos, bajos ingresos y comunidades indígenas.

Según Juárez et al. (16), analizó una serie de barreras a las cuales enfrentan las mujeres indígenas para acceder a los servicios especializados como obstetricia en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud. El enfoque principalmente se basa en la atención primaria y la equidad en salud para lograr fortalecer las intervenciones comunitarias mediante la promoción de esta. El diseño es observacional, se contempla el uso de métodos cuantitativos y cualitativos siendo la muestra intencionada y no probabilística. La red de servicios obstétricos se basa en la atención de cuatro instituciones con diferentes modelos de atención, con diversos tipos de establecimientos y recursos humanos para atender a las mujeres indígenas. Este estudio concluye que para promover la prestación de servicios y la equidad en salud se debe empezar modificando desde la infraestructura para lograr implementar una serie de servicios especializados a los cuales puedan ingresar las madres indígenas a costos moderados.

En el mismo orden de ideas, el estudio de Kou et al. (1) analizó la importancia de concientizar a las madres sobre la importancia de realizar controles prenatales adecuados para prevenir el riesgo de complicaciones durante el parto. A partir de ello, el estudio evidenció que existen una multiplicidad de factores que generan complicaciones en el embarazo encontrándose factores como el estilo de vida, hábitos de la madre, edad, estado de salud y enfermedades previas de la embarazada. En relación con la edad, el estudio encontró que existen mayor riesgo para la salud de la mujer y del feto, a raíz de ello, se enfatiza en la necesidad de controles más frecuentes debido a factores como la degeneración cromosómica y la alta probabilidad de desarrollar hipertensión relacionada al embarazo.

Así mismo, se puede mencionar el estudio realizado por Macanchi et al (13) quienes analizaron los factores asociados a hemorragias de embarazo en pacientes de edades extremas (menores de 18 años y mayores de 35). De acuerdo con los resultados de los autores, las mujeres embarazadas con edades superiores a los 35 años presentan una mayor probabilidad de aborto debido a una disminución en la perfusión del miometrio debido a lesiones de aterosclerosis en el endotelio que son más comunes con el envejecimiento. De igual manera, las mujeres en este periodo de edad, las embarazadas tienen un mayor riesgo de presentar enfermedades preexistentes como hipertensión, diabetes mellitus o disfunción tiroidea que generan mayores complicaciones durante el periodo de gestación. En concreto, el estudio analizó diversas investigaciones donde se pudo concluir que, en promedio, las mujeres mayores de 35 años tienen 2.5 veces más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo y embarazo ectópico en comparación a mujeres entre 18 a 35 años.

De acuerdo con Saraguro et al (17) la maternidad la describen como un fenómeno de tipo sociocultural que contiene cierto grado de complejidad empezando desde los aspectos biológicos durante el embarazo y ya después el parto ya que se acompañan de múltiples componentes como psicológicos, sociales, culturales y afectivos, es por eso que el objetivo de este análisis es intentar disminuir las complicaciones secundarias a la exposición de unos factores de riesgo; esta es una investigación cuantitativa de tipo analítico de cohorte prospectiva aplicada a una población de 258 embarazadas que acudieron a la consulta de control prenatal en un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención la información se recolectó por medio de historias clínicas. aplicando métodos inferenciales chi cuadrado y descriptivos análisis de frecuencias y porcentajes.

También se hace una inclusión de un estudio que tiene en cuenta datos de 1090 mujeres embarazadas, 28,3% presentó anemia. En el análisis bivariado, se evidenció asociación entre anemia y región geográfica, nivel educativo, edad y tener seguro de salud ($p < 0,05$). En el análisis multivariado, se evidencio que la anemia se encuentra asociada al nivel educativo de primaria (OR=1,96; IC: 1,18-3,28), secundaria (OR=2,0; IC95%: 1,42-2,82), edad de 15 a 18 años (OR=2,35; IC95%: 1,33-4,14), edad mayor a 35 años (OR=1,51; IC95%: 1,06-2,16), no tener seguro de salud (OR=1,82; IC95%: 1,19-2,79) (18).

Aunado a lo anterior, se puede mencionar el estudio realizado por Cabrera quien encontró en su estudio que la edad materna avanzada tiene mayor riesgo de complicaciones tempranas en la gestación como aborto espontáneo, embarazo ectópico, anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas. De igual manera, en los embarazos añosos es frecuente la presencia de preeclampsia, diabetes gestacional, patología placentaria, parto pretérmino, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal, parto por cesárea y mortalidad materna. Igualmente, el autor argumenta la necesidad de reforzar los controles prenatales en estas edades al considerar que cada vez es más frecuente los embarazos con edades superiores a los 35 años

(19).

Por otro lado, es importante reconocer que existen otros estudios que establecen que los factores sociodemográficos y la salud mental de las embarazadas también pueden influir en el desarrollo de embarazos de alto riesgo. Frente al particular, Bohórquez (20) sostiene que el propósito de estudiar y evaluar los niveles de ansiedad y depresión y las características demográficas relacionadas entre mujeres de 14 a 40 años, son esenciales para mantener una buena salud mental en el embarazo y saber el riesgo que se puede tener al cursar con crisis de ansiedad y depresión en este estado, tanto para la mamá, como para el bebé.

Otro estudio que analizó la relación entre ansiedad y estrés prenatal en relación con el incremento de la probabilidad de sufrir un embarazo de alto riesgo fue la investigación desarrollada por Awad et al (21) quienes encontraron que durante la pandemia del COVID-19 se incrementó el nivel medio de estrés prenatal (16,98, DS= 25.20) y de ansiedad (M=25,50/DS=11,07) en 695 mujeres gestantes en España. Al identificar el incremento de los niveles de estrés y ansiedad, el estudio logró comprobar estadísticamente un aumento del 24.6% de probabilidad de que las mujeres gestantes sufrieran un embarazo de alto riesgo. En consecuencia, el estudio reconoce que durante la pandemia de COVID-19, el confinamiento generó mayores complicaciones a la salud mental de las mujeres, lo que evidenció la necesidad de reforzar los programas de bienestar psicológico y el diseño de protocolos claros y coherentes en cuanto a control y seguimiento de la salud materno-fetal.

Igualmente, Contreras et al (22) sacan a relucir que dentro de los estudios hechos encontraron que esta serie de investigaciones se presentan en siete líneas temáticas que podrían orientar futuras investigaciones sobre el embarazo: saberes y tradiciones relacionadas con el embarazo; disponibilidad y calidad de la atención durante el embarazo; la experiencia, sentimientos y significados del embarazo; el efecto de los cambios corporales propios del embarazo sobre la subjetividad de la gestante; influencia de otros factores sociales durante el embarazo; factores sociodemográficos y socioculturales relacionados con el embarazo; y el embarazo, subjetividad e identidad.

Adicional a lo expuesto previamente, Bayona et al (23) estudiaron el modelo integral de salud en Colombia, buscando caracterizar a las gestantes procedentes de Guainía en el hospital de San José, en los años 2016 y 2018 y nos hablan de que logran identificar el número de muertes y el número de remisiones concluyendo que la urgencia de diagnóstico y la remisión relacionadas con el número de muertes son a consecuencia de los esfuerzos médicos y logísticos de la institución.

Otro estudio que aporta a la presente investigación, es el desarrollado por Torres et al (24) quienes hacen su aporte logrando identificar que el hecho de tener más de 4 embarazos una edad materna mayor de 35 años y tener antecedentes de aborto

son el riesgo más frecuente para las complicaciones perinatales, independientemente de la placenta previa donde el reconocer dichos factores determinara el abordaje clínico que podrá predecir la mortalidad materno infantil, mediante tratamientos oportunos y controles estrictos.

Otro estudio que analiza los riesgos en la gestación es el desarrollado por Villegas et al (25) quienes establecen que los factores asociados a preeclampsia son los más frecuentes en las muertes maternas en América Latina. A raíz de ello, el estudio indaga y actualiza el conocimiento sobre los principales factores asociados al desarrollo de esta patología, evidenciando que las variables que explican el desarrollo de la preeclampsia en las gestantes fueron principalmente la edad, la paridad, el intervalo intergenésico, antecedentes de preeclampsia, diabetes, hipertensión y obesidad. El estudio concluye resaltando la importancia de realizar los controles prenatales necesarios para evitar complicaciones graves de la gestante como producto de esta patología.

En el mismo orden de ideas, Veluman et al (26) sostienen que los trastornos hipertensivos como la hipertensión crónica, gestacional y preeclampsia con particularmente desafiantes porque su patología y manejo terapéutico que ponen en riesgo tanto la vida de la madre como del feto. Dentro de dichas patologías, la preeclampsia se consolida como una de las principales patologías con mayor morbimortalidad materna y perinatal, la cual puede progresar rápidamente y provocar la muerte de la madre y el feto. A raíz de ello, el estudio realizó una amplia revisión bibliográfica donde se logró identificar dos grandes grupos de variables que explican esta patología: los primeros relacionados con factores de riesgos individuales como la edad (la cual aumenta progresivamente con el paso de los años, especialmente después de los 35), ocupación, estructura genética, estado nutricional, hábitos y costumbres. De igual manera, se encuentran factores ambientales como el entorno físico, socioeconómico y cultural.

Otro de los estudios que aportan al entendimiento de los embarazos de alto riesgo, es el desarrollado por Fajardo et al (27) quienes realizaron un análisis sobre los principales factores de riesgo para un embarazo añoso en el departamento del Cauca. A raíz de ello, los investigadores encontraron que, de acuerdo con el perfil epidemiológico de las participantes del estudio, el control prenatal insuficiente se constituyó como la principal causa del embarazo de alto riesgo. En efecto, el 25.6% de las pacientes tuvieron dicha condición por la falta de controles prenatales en condiciones de calidad y pertinencia, por ello, los autores reconocen la importancia de fortalecer los esquemas de seguimiento y monitoreo en el departamento del Cauca para disminuir el porcentaje de gestantes con embarazo de alto riesgo. Más aún, se reconoce la importancia de introducir controles de calidad a dicho procedimiento.

Así mismo, Fulgencio et al (28) en su estudio realizado el cual se titula Factores biopsicosociales asociados a riesgo obstétrico; centran un objetivo el cual fue

determinar y reconocer enfoques que atiendan a la salud teniendo en cuenta factores biológicos del medio en el que se encuentre la madre gestante y el riesgo obstétrico que puede generar la inestabilidad emocional, esto relacionado con muchas variables, como, estrés, ansiedad, depresión, estrés ambiental, disfunción en relaciones dentro del entorno familiar y social; todo esto conllevando a una serie de afecciones que se presentan durante el periodo gestacional de la madre, causando algunas complicaciones en la salud tanto mental como física. Así mismo se tuvo en cuenta una serie de características socioeconómicas y ambientales que ayudaron a relacionar ciertas complicaciones en el embarazo con estas situaciones socioeconómicas que en muchos casos son desfavorables, que conducen a un riesgo obstétrico mayor.

Otro estudio relevante es el desarrollado por Fuentes et al (29) que en su artículo Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad; nos dan a conocer la realización de un análisis de las causas y efectos sobre las parejas que tienden a postergar la maternidad, y se enfocan en tres ámbitos esenciales, como son, demográfico, clínico y biológico, de la siguiente manera, dentro del ámbito demográfico se encuentran varios factores que encaminan a las parejas a retrasar la maternidad, entre estos: el desarrollo de las sociedades, el empoderamiento femenino, la resistencia al matrimonio y el aumento de los divorcios, el aumento de la educación universitaria de las mujeres y por ende el aumento de empleo de ellas, la disminución de la brecha de género, la inestabilidad laboral y otros factores relacionados.

En el ámbito clínico se resaltan algunos factores importantes, como son: la disminución de la fecundidad tanto femenina, como masculina y por ende la infertilidad, así mismo el aumento en el número de abortos espontáneos, la muerte fetal in útero. Riesgo de trisomía 21 o Síndrome de Down. Y en el ámbito ambiental se detectan algunos agentes que repercuten en la decisión de las parejas para postergar la maternidad, entre estos encontramos: La senescencia ovárica, la calidad ovocitaria y edad de la madre, envejecimiento uterino. Todos estos factores conducen a la postergación de la maternidad, teniendo en cuenta que son factores que contribuyen a la desigualdad social y a los problemas de las sociedades modernas (29).

Finalmente, se puede mencionar el estudio de Brenes et al (30) donde analizan la influencia significativa de aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México; obtuvieron una clara respuesta sobre mejorar el sistema de calidad de atención en mujeres embarazadas con o sin riesgo obstétrico. Ya que el estrato socioeconómico alto beneficia mejor aquellas gestantes para acceder a un servicio más oportuno y de mayor calidad y construir mejores sistemas de salud frente para monitorizar las etapas del embarazo y prevenir factores de riesgo obstétricos.

3.2 MARCO TEÓRICO

“Los determinantes de la salud han estado sujetos a los acontecimientos históricos de la humanidad, incluidos los factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, ocupacionales, culturales y los servicios de salud que organizaron y especializaron las respuestas sociales para prevenir enfermedades y restaurar la salud” (31).

“En años más recientes y en la época actual se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente es más casi tienen un 80 a 90% de influencia para condicionar la posibilidad de tener salud de calidad, digna y justa al alcance de todos los estratos socioeconómicos. La comisión de determinantes sociales de la salud de la OMS en el año 2018 define a los DSS como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyéndose el sistema de salud al cual se afilian para tratar las enfermedades que atañen a su familia durante sus vidas" Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y regional que comúnmente todos conocemos a groso modo el sistema de salud del país en el que nacemos y vivimos” (31).

Hay diferentes tipos de determinantes de los cuales se encuentran:

Los determinantes estructurales se definen específicamente como características que crean o refuerzan la estratificación social y determinan el estatus socioeconómico de las personas. Las políticas públicas, “son una oportunidad de mejorar para un problema social que se puede mejorar es decir que son instrumentos que permiten construir conjuntamente respuestas que hicieran favorablemente nuestras vidas y transforman situaciones en los territorios o comunidad. Las familias niños niñas y adolescentes jóvenes adultos personas mayores y las y los ciudadanos habitantes de calle cuentan con instrumentos que les ayudan a abordar diferentes temas que son importantes para la ciudad que permiten que ejerzamos nuestros derechos; a esto se le conoce como políticas públicas” (32).

Por consiguiente, las políticas sociales, “se ocupan de detectar los problemas sociales que derivan en pobreza y la desigualdad como son falta de trabajo, vivienda digna de educación y de alimentos etc., para buscar la solución mediante recursos y medios tecnológicos pues su objetivo es el bienestar general de la población. Las políticas sociales son vitales ya que contribuyen al crecimiento económico y el alcance equitativo para todas las personas en educación, servicios sociales, seguridad social” (33).

La discapacidad como determinante social en salud estructural, la discapacidad de una persona resultante de la experiencia del detrimento de la vida está relacionada con las barreras físicas, culturales y estructurales a las que la persona se enfrenta

en su diario vivir. Por lo tanto, la sociedad es responsable de crear las condiciones para la participación de todos, basados en un principio de “equidad” y esto refleja la discriminación por discapacidad que conduce a la exclusión social, machismo, la falta de educación y el desempleo que aún se presenta en la cultura (31).

En ese orden de ideas, los determinantes sociales de la salud también incluyen unos factores intermedios que están explicados principalmente por factores sociales como la zona de residencia y su nivel material que se asocian con el nivel de salud. Así mismo, es importante reconocer el papel que presenta la independencia socioeconómica individual (31).

Por otro lado, la teoría de los determinantes sociales de la salud establece que el entorno condiciona el acceso a bienes públicos. Este es el caso de las zonas rurales donde puede existir un menor acceso al transporte público, al sistema sanitario o educativo, al comercio, entre otros servicios (31).

De igual manera, Antoñanzas et al (31) argumentan que otros factores presentes en la teoría de los determinantes sociales en salud son el estatus migratorio y la etnia. Por ejemplo, la pertenencia a grupos étnicos minoritarios se relaciona con desigualdades específica en salud, que se explica no solo por las condiciones socioeconómicas del grupo social, sino también por las barreras de acceso a servicios sanitarios, utilización poco efectiva de los mismos, falta de adaptación cultural a los servicios médicos o la discriminación. Más aún, los autores sostienen que las mujeres se constituyen también como un grupo poblacional con menor calidad en el acceso a la salud debido a condiciones de precarización del empleo y las desigualdades en el trabajo doméstico derivado de los roles tradicionalmente asignados al género y que marca una división sexual del trabajo, es por ello, que las mujeres suelen presentar una menor calidad en el acceso al servicio de salud y más barreras para un esquema que mejore su calidad de vida.

Las circunstancias materiales juegan un papel importante en los determinantes sociales en salud ya que, “aquí encontraremos la calidad de vivienda, posibilidades de consumo, (financieramente, posibilidad de adquirir alimentos, saludables implementos como ropa adecuada y demás), donde en una investigación de la universidad en la provincia de Chimborazo identificando factores como materiales en los que se construyen sus viviendas, o factores como disposición de aguas negras y servicios públicos disponibles” (34).

Aunado a lo anterior, es importante establecer que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la salud también está influenciada por las condiciones biopsicosociales donde se desarrollan las personas. Para la OPS se establece que la salud mental de las personas también está relacionada con las condiciones sociales de los individuos. En concreto, se reconoce que la pobreza, la privación, los hábitos de consumo, el estrés y los modos de vida poco saludables contribuyen con enfermedades de causalidad social y de carácter crónico, que son

complejas y deben ser abordadas de forma integral por parte del equipo médico, alejándose de los paradigmas del modelo biomédico.

En ese orden de ideas, se reconoce que los problemas de salud deben abordarse desde un paradigma biopsicosocial que permita enfrentar los desafíos de la salud según las realidades contextuales de la realidad. Es por ello, que los retos actuales de la medicina requieren también de un abordaje que involucre el entendimiento de las condiciones de salud mental de los individuos y que responda a la compleja etiología y curso de la enfermedad. En consecuencia, desde el modelo de los DSS se expone la necesidad de diseñar modelos de atención integral, tanto para su tratamiento, como para su prevención y promoción, indicando que la salud pública debe adoptar un rol protagónico que supere el modelo biomédico tradicional para promover el fortalecimiento de la intervención comunitaria, el empoderamiento de los pacientes y mejorar el rol de los diferentes agentes del sistema de salud para activar, mejorar y promover una cultura de calidad continua en los procesos sanitarios.

Bajo dicho contexto, la salud no solo se entiende como la ausencia de enfermedad, sino que se entrecruzan con una multiplicidad de conceptos, fenómenos y realidades sociales que influyen en la vida y las condiciones de los individuos. Por ello, según la OMS la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (35).

Bajo dicha concepción, se supera la concepción biomédica de la salud al reconocer que existen una diversidad de factores que pueden afectar la calidad de vida de las personas. Así, el estado se puede afectar por una multiplicidad de factores y estados vulnerables a factores de riesgo como son el acceso a los diferentes programas como los servicios de salud, los cuales mediaran consecuencias de la enfermedad para la vida de cada uno de los individuo, contemplado en la ruta integral de atención materno perinatal del ministerio de salud y protección social, determinando el destino de recursos en salud con el fin de garantizar el acceso efectivo al derecho, contemplado en el modelo integral de atención de salud MIAS” (35).

El contexto de salud en Colombia es reconocido por ser un país que contiene características y grupos de diversas etnias y diferentes culturas, es claro que a pesar de que estos pueblos están bajo la protección del estado y con una cobertura del sistema general de seguridad social en salud existe una cierta prevalencia que afecta a estos pueblos y son problemas de salud dentro de los cuales encontramos la mortalidad materna que en la mayoría de los casos se puede prevenir, y es aquí donde debe hacer una intervención integral el estado estipulando una políticas públicas que incluyan a estos pueblos de manera íntegra a través de metodologías que tengan enfoque y rutas interculturales en salud, generando la búsqueda minuciosa que establezca un vínculo entre la biomedicina y la medicina tradicional a través de relaciones que se den en equilibrio, es por eso que la salud intercultural debe tener cierto grado de flexibilidad y así poder facilitar la interrelación de la

cultura que tiene el paciente, la cultura del médico y la cultura implementada en la institución . Así las políticas públicas en salud lograrían el impacto anhelado con los “pueblos indígenas” (36).

Desde tiempos ancestrales los indígenas empiezan una relación con la naturaleza, que les permite interactuar con el universo determinando así sus costumbres y cultura. Hoy en día diferentes “grupos étnicos buscan cultivar lo poco que quedó de sus creencias a causa de la colonización cultural provocando disminuir la autonomía territorial de los pueblos indígenas, de sus lenguas y sus costumbres, actualmente se trabaja para no dejar desaparecer esa identidad originaria que tanto debería enorgullecer a los latinoamericanos” (37).

“Las comunidades indígenas son culturalmente únicas que comparten vínculos ancestrales colectivos con la tierra y los recursos naturales donde viven se afirma que muy poco se ha avanzado en la mejora de la vida de los pueblos indígenas ya que se les ha quitado participación en la adopción de decisiones evitando que la comunidad reconozca su territorio y se reconozca en él” (38).

Las gestantes añosas, se define por la federación internacional de ginecología (FIGO) como “la gestación que sucede en una edad igual o superior a los 35 años” (39).

Es crucial saber los tipos de gestación para que podamos conocer qué y cómo sucede cada etapa de este proceso, por lo que se conoce como:

In vitro: “procedimiento en el cual se realiza transferencia de embriones previamente criopreservados, mediante ultrasonografía” (6).

Naturales: “se define por la organización mundial de la salud (OMS) el embarazo el cual inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero de 5 a 6 días después de la fecundación donde este atraviesa el endometrio invade el estroma, y este termina cuando el efecto en la superficie del epitelio se cierra y completa el proceso de nidación, comenzando así el embarazo, ocurriendo entre los 12 a 16 días posterior a la fecundación” (40).

Inseminación artificial: “esta se define como la introducción de espermatozoides, la cual ocurre de manera no natural, en el aparato reproductor femenino, con el único objetivo de poder llevar a cabo una fecundación y posterior gestación” (40).

Los ciclos de vida en la gestación, según la organización mundial de la salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a los 49 años de edad, donde encontramos según la Unicef la unidad de clasificación de la segunda década de la vida en dos parte la adolescencia temprana, (10-14 años) y la tardía de (15-19 años) donde también se incluye, mujer adulta entre la que se encuentra entre los 20 y 30 años donde se encuentra en sus edades más fértiles, y por último la premenopausia

donde se encuentra entre los 45 y 50 años. donde es predominante la disminución de la libido y alteraciones en la menstruación con posterior disminución en la reserva ovárica”.

Las gestantes adolescentes, “de acuerdo con Zumaeta y Trisia, el embarazo adolescente puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.

Los Embarazos en edad fértil, “el periodo de edad fértil se define como el que ocurre en el periodo donde la capacidad ovular y embarazo se encuentra en un rango óptimo entre los 20 y los 35 años” (40).

El tema que tiene mayor relevancia en nuestra investigación es las gestantes añosas “definiéndose como primera gestación que sucede en una edad igual o superior a los 35 años dónde ha vivido antes alrededor de 20 años de su vida reproductiva” (40).

Por ende, es indispensable conocer los riesgos del embarazo en mujeres añosas; en mujeres mayores de 35 años de edad donde es común presentar enfermedad hipertensiva del embarazo con una prevalencia del 5.2% y 8.3 y diabetes gestacional, con una prevalencia considerablemente más alta que en mujeres menores de 35 años de edad con un 2.7 versus 4.6, las cuales se encuentran asociadas a obesidad materna, se revela un estudio donde las mujeres de 45 años de edad donde un 45 % presentan una condición médica preexistente, donde la diabetes mellitus fue la patología con más frecuencia. “La edad gestacional al nacimiento fue de 38 semanas, donde los recién nacidos de madres menores de 35 años (37 semanas) donde el total de 8.2% de recién nacidos presentan ingresos a unidad de cuidados intensivos neonatales, presentando complicaciones respiratorias principalmente infecciosas” (41).

Se conoce las patologías que pueden acompañar un embarazo y con mayor razón si son mujeres añosas. A continuación, se describirán cada una de ellas:

Diabetes gestacional se define como “cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio o debut durante el embarazo” la cual se comporta con frecuencia como una diabetes mellitus tipo 2, quienes posterior al parto se comportará como paciente con dicha enfermedad (1).

Preeclampsia esta se define, como “la proteinuria, en presencia de hipertensión arterial, con un punto de referencia en orina de 24 horas, con un valor superior a 24 horas a 4 g la cual además debuta con función renal reducida, con aumento de creatinina, y oliguria, con manifestaciones clínicas como cefalea alteraciones visuales, y edema pulmonar” (40).

Obesidad gestacional se define como “un índice de masa corporal mayor o igual a 30, donde este se mantiene hasta la 10 semana de gestación donde en este punto no solo depende del tejido adiposo sino determinado por el avance gestacional” (42).

Macrostomia fetal “se define específicamente por un peso de 4000 a 4500 gramos inmediato al parto, donde entre los factores de riesgo más importantes está la diabetes gestacional, y un aumento de peso gestacional mayor a 16 kg” (43).

Otro tema a tener en cuenta son los controles prenatales, ya que llevará a diagnósticos oportunos de enfermedades tanto para la mamá, como para el bebé que viene en camino. El control prenatal se hace utilizando acciones y actividades en pro de generar un estado de bienestar en mujeres embarazadas y al feto con la única intención de tener una culminación sin complicaciones del parto, es por esto que conocer los antecedentes maternos, que podrían determinar un riesgo son de vital estudio ya que pueden determinar su planeamiento lo cual puede ser como punto de partida para el entendimiento y posible predicción de la adherencia frente al control prenatal todo esto realizado en el primer trimestre o antes de las diez semanas.

Tabla 1. Control prenatal

ACTIVIDAD	1ra. Atención < 14 sem	2da. Atención 14-21 sem	3ra. Atención 22-24 sem	4ta. Atención 25-32 sem	5ta. Atención 33-36 sem	6ta. Atención 37-40 sem
Confirmación del embarazo	+					
Orientación/consejería y evaluación nutricional	+					
Anamnesis	+					
Detección de signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Control del peso	+	+	+	+	+	+
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen Gineco-Obstétrico	+					
Evaluación clínica de la pelvis	+				+	
Estimación de edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico del número de fetos (Ecografía y/o palpación)	+	+	+	+	+	+
Medir altura uterina		+	+	+	+	+
Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)		+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico			+	+	+	+
Diagnóstico presentación, situación fetal				+	+	+
Determinar grupo sanguíneo y Rh	+					
Determinación de Hb o Hto	+				+	
Urocultivo o examen de orina completa	+				+	
Detección diabetes gestacional	+			+		
Pruebas de Tamizaje para VIH/SIFILIS (Prueba rápida / ELISA/RPR) previa consejería	+				+	
Proteína en orina (Con tira Reactiva o Ac. Sulfosalicílico)	+	+	+	+	+	+

Vacuna antitetánica		+	+			
Toma de PAP(*)	+					
Evaluación odontoestomatológica		+	+			
Evaluación con Ecografía	+		+			
Administración ácido fólico	+					
Bienestar fetal. Test no estresante					+	+
Administración de hierro + ácido fólico		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación. Familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis/ Estimulación Prenatal		+	+	+	+	+
* Gestante en condiciones adecuadas para la toma de PAP.						

Fuente: Tomado de Aguirre (43)

Aspectos específicos para la primera consulta: donde es de principal importancia generar información de la atención prenatal, con la posibilidad de presentar malformaciones congénitas o asociadas a la edad, con recomendaciones como la realización de exámenes vaginales en la primera atención prenatal, entre otras.

Procedentes para tener en cuenta en las posteriores atenciones: es de importancia identificar la sintomatología y los signos que se ven asociados a la gestación con una evaluación de manera completa con exámenes auxiliares además haciendo controles como son el peso materno, vigilancia de la altura uterina.

En las 28 semanas: donde se determina la situación del feto, frecuencia cardiaca, así como la determinación de determinaciones fetales entre las 28 a 32 semanas, con pruebas como la prueba de Gantt, (como método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por el embarazo), haciendo estudio posterior a las 33 semanas de un segundo estudio de hemoglobina glucosa y pruebas de serología, así como puros cultivos con un intervalo que no sea menor a 3 meses.

En las 35 semanas: pelvimetría y valoración feto pélvica en primigrávidas, con talla baja, además con pruebas de valoración de presentación fetal, indicando a la madre que se debe realizar control de movimientos fetales, (identificando movimientos del feto, esto debe hacerse 4 veces al día, por 30 minutos el cual debe tener más de 10 movimientos donde sí esté el menor, se debe acudir de manera urgente al centro de atención médico más cercano).

Se deben tomar exámenes de laboratorio como:

Paraclínicos del primer trimestre

- **Ecografía:** donde se determinará si el embrión se encuentra relacionado a la edad gestacional y si existe uno o más embriones implantados en el útero, u otros lugares (donde encontramos la posibilidad de identificar malformaciones fetales).
- **Cuadro hemático:** determinará si se cursa, con algún proceso infeccioso, valoración de hemoglobina, hematocrito plaquetas entre otras (identificando posibles patologías cursadas por la madre).
- **Citología:** determinará si se cursa con alguna infección vaginal, dando la posibilidad de generar tratamiento a la misma.
- **Glicemia pre y postprandial:** donde se determinará el riesgo de cambios drásticos. en la glucemia, los cuales puedan afectar el feto y su adecuado crecimiento, así como desarrollo de enfermedades como diabetes gestacional.
- **VIH:** la identificación temprana de infecciones de tipo viral, en caso de ser positivo lo hace una base para tratamiento oportuno, así como la viabilidad del embarazo, así como determinar la viabilidad de nacimiento, y modificar actividades como incentivar o no la lactancia materna.
- **Parcial de orina:** determinará si se cursa con infecciones de vías urinarias, y valorar la importancia del tratamiento de dicha afección.
- **Toxoplasmosis:** importante para determinar riesgos de abortos, así como malformaciones fetales.
- **IgG e IgM para hepatitis:** son cruciales para el manejo, ya que estas pueden generar malformaciones o alteraciones materno-fetales.
- **Serología:** son de vital estudio para determinar infecciones por sífilis.
- **Ecografía segundo trimestre:** son de importancia ya que puede determinar malformaciones y edad gestacional.
- **Ecografía de tercer trimestre:** logrando con esto identificar un crecimiento adecuado del feto, posicionamiento, uterino, estado placentario, y funcionalidad, así como el estado del líquido amniótico, y estado del feto como movimientos respiratorios.
- **Monitoria fetal:** esta se puede realizar desde la 30 semana de gestación determinando así bienestar fetal.

El control prenatal tiene unos objetivos que se deben cumplir a cabalidad:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

Control prenatal en gestantes arias

Se debe realizar un control prenatal adecuado, el cual se define como mínimo cinco consultas prenatales iniciando en el primer trimestre, con uso de técnicas de reproducción asistida, principalmente en mujeres con problemas de infertilidad principalmente en mujeres de 45 años descrita en 100 de cada 1000 mujeres, asociado fisiopatológicamente a una baja en la reserva ovárica con el paso de los años con una disminución en la calidad de los ovocitos.

3.3 MARCO DEMOGRÁFICO

El departamento de Nariño se encuentra localizado en el suroccidente de la República de Colombia, entre los 00°31'34" y 02°41'08" de latitud norte y los 75°51'19" y 79°01'34" de longitud oeste. Al norte, limita con el departamento del Cauca; al sur, con la República del Ecuador; al oriente, con el departamento del Putumayo y, al occidente, con el Océano Pacífico. La superficie total del departamento es de 33.265 km², correspondientes al 2,9% de la extensión territorial del país. Este territorio se reconoce como una zona pluriétnica y multicultural que acepta la igualdad de comunidades y pueblos que lo conforman, siendo este el tercer departamento con mayor porcentaje de población indígena en el país (32.9%), siendo el (15.5%) mujeres indígenas (44; 45).

El departamento de Nariño es uno de los 32 departamentos de Colombia, donde de acuerdo con las proyecciones del DANE, en 2023 tenía una población de 1.70 millones de habitantes: 871,313 mujeres (51.3%) y 828,257 hombres (48.7%), del cual representa en el departamento el 3.3% de la población total de Colombia en el año 2023. Especificando el rango de edades dentro de los que se encuentra la población a estudio, según las proyecciones del DANE, en 2023 Nariño contaba con 1.25 millones de personas mayores de 18 años: de las cuales 648,992 eran mujeres (52.1%) y 596,823 hombres (47.9%). Los mayores de edad representan el 73.3% de la población de Nariño en 2023. En cuanto a la edad, el 38.7% de la población indígena en Nariño tiene entre 0 y 14 años, el 56.2% tiene entre 15 y 64 años, y el 5.1% tiene 65 años o más. En cuanto a la educación, el 69.1% de la población indígena en Nariño tiene educación primaria, el 23.9% tiene educación secundaria,

y el 6.9% tiene educación superior. Respecto a los ingresos, el 64.2% de la población indígena en Nariño vive en hogares con ingresos menores a un salario mínimo, el 28.9% vive en hogares con ingresos entre uno y dos salarios mínimos, y el 6.9% vive en hogares con ingresos superiores a dos salarios mínimos (44,45)

Por otra parte, el departamento de Putumayo se encuentra ubicado en el suroeste de Colombia, se fundó el 4 de julio de 1991 mediante la Ley 44 del mismo año, que confirmó su constitución como una unidad regional autónoma. Antes del departamento existió el Distrito Especial del Putumayo conocido como Comisaría Especial del Putumayo. Este departamento limita con los siguientes departamentos y países; norte; los departamentos de Caquetá y Nariño. En el oriente; con el departamento de Amazonas y el país del Perú. En el sur; con Ecuador. Al oeste; con el departamento de Nariño. Esas fronteras lo ubican como un área estratégica para el comercio y las relaciones internacionales entre Colombia, Ecuador y Perú. La población Putumayo es uno de los 32 departamentos de Colombia, según proyecciones del DANE, Putumayo tenía 383.042 habitantes en 2023: 191.824 mujeres (50,1%) y 191.218 hombres (49,9%). Los residentes del Putumayo representarán el 0,73% de la población total de Colombia en 2023. La mayor concentración poblacional se encuentra en la capital departamental Mocoa y algunos municipios importantes como Puerto Asís, Villagarzón y Puerto Caicedo. Muchas de estas áreas están ubicadas a lo largo de ríos y carreteras importantes. Composición por edad y género; según el censo, la población del Putumayo es un grupo de edad relativamente joven con una proporción importante de niños y jóvenes. Según proyecciones del DANE, en el Putumayo en 2023 había 263.212 personas mayores de 18 años: 132.930 mujeres (50,5%) y 130.282 hombres (49,5%). En 2023, el 68,7% de la población del Putumayo eran adultos. Donde por género, las mujeres son ligeramente más pequeñas que los hombres, aunque esto puede variar entre municipios y entre zonas rurales y urbanas. Cuenta con comunidades Indígenas y Afrodescendientes donde dicho departamento alberga varias comunidades indígenas, incluidas las comunidades Inga, Kamentsá, Siona y Nasa, pero también existen grandes comunidades afrodescendientes, especialmente en municipios como Puerto Asís y Orito. Respecto al flujo migratorio el Putumayo su migración desde otras regiones de Colombia y países vecinos como Ecuador y Perú en las últimas décadas. Esta migración puede verse influenciada por factores como la actividad económica, la seguridad y la infraestructura.

Según el Plan de Desarrollo 2020-2023 “Mi Nariño” la población que compone el departamento se caracteriza por ser diversa y pluriétnica: un total de 1.642.956 habitantes indígenas, afrodescendientes y mestizos. De los cuales el 70,40% son mestizos, 18,80%, afrodescendientes y 10,50 indígenas, por otra parte, se considera una población de 0,30% de población rom.

De acuerdo con el observatorio de política pública de la Universidad de Nariño (45), los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes han promovido dentro de sus comunidades diferentes modos de organización que responden a sus

intereses y necesidades. Al interior de estas, existen formas organizativas de base según las características culturales y procesos históricos propios. Estas diferentes organizaciones se han integrado a otras más amplias, tanto de carácter regional como nacional.

Adicional, PNUD (47) reconoce que el departamento de Nariño ha sido golpeado permanentemente por la violencia prolongada y el narcotráfico, situación que ha afectado de manera dramática las condiciones sociales de la comunidad, especialmente a las comunidades indígenas y afrocolombianas quienes enfrentan dinámicas de violencia armada y de economías extractivas en su territorio, que ponen en alto riesgo tanto la reproducción de su vida material como todo su acervo cultural.

3.4 MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia de 1991

La Constitución Nacional de Colombia tiene a su disposición varias normas sobre la protección de la diversidad cultural, el artículo 7 refiere al deber de protección de la diversidad étnica y cultural de la Nación; el artículo 8, establece la protección de las riquezas culturales, el artículo 10 reconoce las lenguas indígenas como oficiales en su propio territorio, el artículo 70 constitucional,

Reconoce la igualdad en el acceso a la cultura junto con su promoción, donde afirma que la cultura es fundamento de la nacionalidad e identidad del Estado y por ello, reconoce la igualdad entre todas las culturas que conviven en el país.

En el artículo 43 que las mujeres no podrán ser sometidas a ningún tipo de discriminación y que durante el embarazo y después del parto gozarán de especial asistencia y protección estatal, al paso que, en sus artículos 44 y 50, consagra una protección reforzada del derecho a la salud de que son titulares los niños y niñas (49).

Ley 100 de 1993

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten (50).

Ley 691 de 2001

La cual reglamenta la participación en el Sistema de Seguridad Social a favor de los

grupos étnicos en Colombia que en su artículo 1 se señala: “En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia”. Principalmente la prerrogativa de elegir colectivamente la institución administradora de los servicios de salud, reservándose su derecho de transferencia, la garantía de continuidad del subsidio y atención al desplazamiento, y la exención del pago de tasas de moderación, en el artículo 8 de la misma norma, se da la obligatoriedad de proveer un subsidio alimentario a las mujeres gestantes (51).

Ley 1751 de 2015

En su artículo 24, se describe el deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en estas zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad (52).

Ley 1822 de 2017 y Código Sustantivo de Comercio

Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia (53).

Decreto 1953 de 2014

Dentro del artículo 74, Se regula el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), que es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas (54).

Sentencia T-592 de 2017

Se reafirman fundamentos del derecho a la salud que crean obligaciones directas para el Estado y los organismos encargados de la gestión y prestación de los servicios de salud (55).

Sentencia T-357 de 2017

La Corte ha analizado las obligaciones estatales derivadas del derecho a la identidad cultural desde dos perspectivas: una negativa, cuando se cree que se evita la desaparición de esa cultura, y otra positiva, reflejada en la protección de la

identidad cultural (56).

Sentencia SU 092/21

Se enfatiza que dentro de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud en el régimen subsidiado tienen una especial protección las comunidades indígenas, las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia y los niños menores de un año (57).

Sentencia T-438 de 2020

Se hace énfasis en que el hecho de que la accionante pertenezca a una comunidad indígena, de ninguna manera le resta el derecho a que en su condición de mujer en estado de embarazo se deba solicitar la autorización previa de despido. Por el contrario, la contratación laboral con una mujer indígena como la actora, exige que el empleador sea aún más riguroso en el cumplimiento de sus obligaciones en razón a que las personas pertenecientes a comunidades indígenas gozan de una especial protección constitucional, como se explicó en el título 7 de la presente sentencia (58).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años en comunidades étnicas de Nariño y Putumayo en el año 2.020-2.023

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el contexto socioeconómico y demográfico en gestantes mayores de 35 años de la población a estudiar.
2. Definir las circunstancias culturales y educativas en la población.
3. Caracterizar el entorno social y el acceso a salud de las gestantes mayores de 35 años.
4. Identificar factores biológicos y clínicos en gestantes mayores de 35 años de la población a estudio.

5. METODOLOGÍA

5.1 DEFINICIÓN DE ESTUDIO

El tipo de investigación del proyecto correspondió a la investigación con paradigma positivista de tipo cuantitativa con diseño observacional descriptivo transversal.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

Ginecoobstetricia y socio humanística o epidemiología social.

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se constituyó por 75 gestantes mayores de 35 años pertenecientes a comunidades étnicas del departamento de Nariño y Putumayo.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1 Inclusión.

- Gestantes mayores de 35 años
- Gestantes pertenecientes a comunidades étnicas.
- Mujeres que cursan con una gestación durante el periodo comprendido de 2021 y 2022

5.4.2 Exclusión.

- Madres que tuvieron una gestación, pero no llego a termino
- Gestantes que fallecieron
- Aborto inducido

5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN PRIMARIAS O SECUNDARIAS

Para el proyecto de investigación se utilizaron dos tipos de fuentes de recolección:

Primaria: correspondió a un formulario de encuesta dirigido a las gestantes mayores de 35 años, elaborado por el grupo de investigación que fue validado previamente mediante una prueba piloto.

Secundaria: correspondió a las historias clínicas de las gestantes mayores de 35 años tomadas de los hospitales partícipes en el macroproyecto.

5.6 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS

Sesgo de no respuesta: se controló adicionando el método de observación de participantes donde el investigador se desplazó hasta el lugar de vivienda de la población de estudio a evaluar, en este caso las gestantes mayores de 35 años y preguntar por ejemplo ¿cómo es el piso de su casa? Dado que la pregunta no es precisa, la respuesta podría ser la no requerida ante la pregunta del investigador. Por lo tanto, se procuró adaptar las preguntas a un lenguaje sencillo es decir con palabras coloquiales para que las gestantes comprendan fácilmente y puedan dar respuesta a lo que realmente se le pregunta. El ambiente social no permite la respuesta de la gestante ya que pudo inducir la respuesta debido a las circunstancias familiares, sociales, culturales etc., presentes en el momento de la entrevista. Se la pudo controlar con una variable u opción de respuesta, donde para poder mitigarlo se realizó el uso de palabras de común y fácil entendimiento donde se mitigue la falta de entendimiento al momento que se realizaron las entrevistas (59).

Sesgo de memoria: mediante la fuente de recolección primaria como la encuesta se controló este sesgo. En el momento de la entrevista con un cuestionario bien estructurado claro y conciso con preguntas puntuales a qué no den lugar a sobreentender algo diferente a lo que realmente se está preguntando limitando de esta manera los sesgos de memoria de la población objeto de estudio, donde se tuvo en cuenta de igual manera el manejo de la información la cual sea clara y segura por parte del entrevistado. Así mismo, se resaltó la importancia de ciertas preguntas haciendo énfasis en el objetivo de estudio y los determinantes sociales de la población a estudio (60).

Sesgo de información: se encontró estudios de casos, en las historias clínicas, tanto los registros, así como los resultados de los diferentes laboratorios, también como el manejo del paciente durante el desarrollo de la enfermedad no sean los más correctos o que tengan errores de tipo sistemático que impliquen una falla al

momento que se realizó la recolección de datos de la población de estudio. En este aspecto se tuvo en cuenta las variables y la selección incorrecta de las personas; es decir los criterios de inclusión y exclusión con el fin de no incurrir en error al momento que se recolectó la información. Así mismo, se evitó “conclusiones incorrectas acerca de los resultados del estudio” (60).

5.7 DISEÑO MUESTRAL Y TAMAÑO DE MUESTRA

El diseño muestral que se utilizó en la investigación es de tipo probabilístico, aleatorio sistemático.

5.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Tabla de variables:

Objetivo 1: se describió el contexto socioeconómico y demográfico en gestantes mayores de 35 años de la población a estudiar.

Tabla 2. Determinantes socioeconómicos

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Edad	Tiempo de latencia de vida medida en años de un ser vivo desde que nace hasta su día de muerte	Adultez	Mayores de 35 Menores de 40	Cuantitativa Discreta
Sexo	Condición orgánica y genética que distingue a un macho de una hembra		Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Estrato	Estratificación de los inmuebles y pertenencias que adquiere una persona	¿A qué estrato pertenece?	Estrato cero uno dos y tres	Cuantitativa Discreta

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Ocupación	Clase o tipo de trabajo y/o actividad que desempeña un individuo	¿A qué se dedica?	Ama de casa profesional empleada de servicio (oficios varios) empleada pública independiente agricultor	Cualitativa Nominal
Estado civil	Estado social en la que se encuentra una persona		Casada Soltera Unión libre Divorciada	Cualitativa Nominal
Religión	Creencias religiosas con la cual se identifique un individuo	¿Con qué religión se identifica?	Católica, Cristiana Evangélica	Cualitativa Nominal

Tabla 3. Determinante demográfico

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Procedencia	Lugar de nacimiento de un individuo	Vereda Sector	Zona rural Zona urbana (donde vive)	Cualitativa Nominal

Objetivo 2: se definieron las circunstancias culturales y educativas de la población.

Tabla 4. Determinantes culturales

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Grupo poblacional	Grupo de personas que viven en un área demográfica determinada que comparten características similares	Población	Blancos Mestizos Afros Indígenas	Cualitativa Nominal
Plantas medicinales	Conocimientos, prácticas basadas	¿Hace uso de plantas	SI NO	Cualitativa Nominal

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
	en creencias usos y costumbres propias de un grupo indígena	medicinales? ¿Qué planta conoce?	Nombre de la planta	
Parteras (Medicina tradicional)	Conocimientos, prácticas basadas en creencias usos y costumbres propias de un grupo indígena	¿Conoce personas que practican este oficio?	SI NO	Cualitativa Nominal
		¿Hace uso de las parteras?	SI NO	
		¿En qué parto? (si responde sí)	1 2 3 4	
Etnia	Conjunto de personas que comparten una ascendencia común, rasgos hereditarios herencia genética	¿Pertenece a una comunidad indígena?	SI NO	Cualitativa Nominal
		¿Se reconoce como indígena?	SI NO	
		¿A qué comunidad pertenece?	Pastos Quillacingas	
Escolaridad	Periodo de tiempo que un individuo asiste a un centro educativo	Nivel de educación	Básica primaria Técnico Tecnólogo Profesional	Cualitativa Nominal

Tabla 5. Determinantes educativas

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Escolaridad	Periodo de tiempo que un individuo asiste a un centro educativo	Nivel de educación	Básica primaria Técnico Tecnólogo Profesional	Cualitativa Nominal

Objetivo 3: se caracterizó el entorno social y el acceso a salud de las gestantes mayores de 35 años.

Tabla 6. Determinantes entorno Social

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Redes de apoyo	El conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, para resolver necesidades específicas	Sistema de protección social en salud	ICBF bienestar familiar	Cualitativa Nominales
Condiciones de vivienda	Aseguran la supervivencia de un determinado grupo de persona que comparten un lugar para vivir	Características de la vivienda	Obra gris Obra negra Vivienda en Tabla Vivienda en Barro Dúplex	Cualitativa Nominal
		Servicios públicos	SI NO	
		Alcantarillado	SI NO	
		Recolección de basura	SI NO	
		Agua potable o tratada	SI NO	
Composición familiar	Conjunto de miembros que comparten parentesco, grupo sanguíneo etc.	Tipo de familia	Nuclear Extensa Reconstituida	Cualitativa Nominal

Tabla 7. Determinantes acceso a la salud

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Régimen de salud	Normas legales que hacen que un individuo	¿A qué régimen de salud	Subsidiado Contributivo	Cualitativa Nominal

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
	pertenezca a un determinado sistema de salud	pertenece?	Especial	
Tiempo de desplazamiento del hogar al centro de salud	Tiempo medido en horas en desplazarse de un lugar a otro	Tiempo que tarda en desplazarse	¿Cuánto tiempo tarda?	Cuantitativa Continua
Medio de transporte	tipo de vehículo utilizado para desplazarse de su vivienda al centro de salud	Tipo de vehículo	Moto Carro Caminar Bicicleta	Cualitativa Nominal
Autorizaciones médicas	¿Quién realizó el control prenatal?	¿Cuál personal de salud?	Médico general Médico especialista Enfermera	Cualitativa Nominal
Diligenciamiento del carnet prenatal	Registro		SI NO	
Hospitalizaciones previas	Antecedentes de hospitalizaciones anotados en la historia clínica	¿Ha estado hospitalizada durante su embarazo?	SI NO	Cualitativa Nominal

Objetivo 4: se identificaron factores biológicos y clínicos en gestantes mayores de 35 años de la población a estudio.

Tabla 8. Determinantes factores biológicos en gestantes mayores de 35 años

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Comorbilidades	Enfermedad o trastorno que padece una persona	Preeclampsia	SI NO	Cualitativa Nominal
		Eclampsia	SI NO	
		HTA	SI NO	
		Insuficiencia venosa	SI NO	
Antecedentes familiares	Historial de enfermedades que afectan la salud de	Diabetes mellitus	SI NO	Cualitativa Nominal

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
	un miembro de una familia	HTA	SI NO	
Nutrición	Acto de alimentar el cuerpo con diferentes alimentos	Frutas (manzana, fresas etc.)	SI NO	Cualitativa Nominal
		Vegetales	SI NO	
		Carbohidratos (arroz papa plátano pan tortillas)	SI NO	
		Proteína (pollo pescado res)	SI NO	
		lácteos (leche yogur cuajada)	SI NO	
Actividades recreacionales	Acciones de un individuo que le genera, desestresarse, relajarse de sus responsabilidades o labores	Tejer	SI NO	Cualitativa Nominal
		Ejercicio	SI NO	
Estilos de vida	Gestante que durante su embarazo consume algún tipo sustancia nociva para el feto	Estrés durante el Embarazo	SI NO	Cualitativa Nominal
		Consumo de cigarrillo	SI NO	
		Consumo de alcohol	SI NO	
Embarazo planeado	Embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno	Deseado	SI NO	Cualitativa Nominal
		No deseado	SI NO	
		Planeado	SI NO	
		No planeado	SI NO	
Educación de método anticonceptivo	Es de su conocimiento el adecuado uso de métodos anticonceptivos	Planifica	SI NO	Cualitativa Nominal

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
		¿Conoce métodos anticonceptivos?	¿CUÁLES?	
Fracaso método anticonceptivo	Se considera fallo en el método para no tener hijos	Quedó en embarazo a pesar de que planificaba	SI NO	Cualitativa Nominal
		¿Qué anticonceptivo utiliza?	Condón DIU Dispositivo intradérmico (pila) Pastillas	
Autonomía de embarazo	Decisión del embarazo	Presionada por familiares	SI NO	Cualitativa Nominal
		Influenciada por su pareja	SI NO	
		Por su cultura	SI NO	

Tabla 9. Determinantes factores clínicos en gestantes mayores de 35 años

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Antecedentes gestacionales	Conjunto de datos sobre la salud reproductivas de una mujer	Periodos menstruales	Fecha y duración	Cualitativa Nominal
		ciclos regulares o irregulares	SI NO	
		citología	SI NO	
		mamografía	SI NO	
Antecedentes obstétricos	Gestas previas	Cuántas veces se ha embarazado incluyendo el presente	1 2 3 4	Cualitativa nominal
Consultas de control de natalidad	Cuántas consultas presenta y la adherencia al plan de control gestacional	Asisto a todos los controles prenatales	SI NO	Cuantitativa Discreta
		¿A cuántos controles asistió?	1 2 3 4 5 6 7 8	
		Primer trimestre (Asistió al Primer	SI	

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
		control)	NO	
		Segundo trimestre (Asistió Segundo y tercer control)	SI NO	
		Tercer trimestre (Asistió cuarto quinto sexto séptimo y octavo control)	SI NO	
Edad gestacional al parto	Basado en edad gestacional y fecha de última menstruación	El parto se realizó a término	SI NO	Cualitativa Nominal
		Parto prematuro	SI NO	
Nacimiento	Estado del recién nacido posterior al parto	Vivo	SI NO	Cualitativa Nominal
		Muerto	SI NO	
Fecha y hora del nacimiento	registro del momento del nacimiento	Fecha, hora, minutos hora militar		Cuantitativa Discreta
Tipo de parto	Proceso en la que mujer expulsa el feto y la placenta	Natural	SI NO	Cuantitativa Ordinal
		Cesaría	SI NO	
Nacimiento	Alumbramiento con signos de vida como respiración, llanto movimientos apreciables de los músculos	Número de recién nacidos vivos	1 2 3 4	Cuantitativa Discreta
		Numero de nacidos muertos	1 2 3 4	
		Mortinato	1 2 3 4	
	Muertos: se clasifica como muerto si no se evidencia signos de vida luego de la expulsión del feto			

Subcategoría	Definición	Variable	Datos	Tipo Variable
Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria en el desarrollo normal del feto	Inducidos	SI NO	Cuantitativa Ordinal
		Espontáneos	SI NO	
Embarazos de alto riesgo	Pone en riesgo la salud y vida tanto de la madre como del feto asociado a patologías de base como preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional	Primeriza	SI NO	Cualitativa Nominal
		Múltipara	SI NO	
		Ruptura prematura de membranas	SI NO	
		Sangrado Transvaginal	SI NO	
Obesidad durante la gestación	Tendencia al incremento de peso durante el embarazo.	Incrementó su peso considerablemente	SI NO	Cualitativa Nominal

5.9 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente proyecto se utilizó una encuesta elaborada previamente validada por una prueba piloto, por los autores de la investigación la cual se puede denominar como estructurada, donde contiene información relacionada con aspectos socioeconómicos, demográficos, culturales, educativos, de entorno social, de acceso a la salud, de factores biológicos y factores químicos. Dichas encuestas se aplicaron en las gestantes mayores de 35 años en los hospitales donde se encuentran las gestantes indígenas (61).

5.9.1 Técnicas para la Recolección de Datos.

Como estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín, una vez se tuvo el aval por parte de las instituciones prestadoras de salud se accedió a los documentos legales consignados en dicha institución, como son las historias clínicas. De igual manera, se dirigió a las comunidades que participaron en el macroproyecto y posteriormente al domicilio de la población de estudio, que, mediante el uso del

instrumento con su respectivo consentimiento informado debidamente diligenciado y al ser aplicado tuvo como objetivo identificar determinantes sociales que pueda afectar el libre desarrollo del embarazo, así como el inicio de la concepción.

5.10 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el cumplimiento de los objetivos, y una vez se termine la base de datos recolectada por medio de historias clínicas tomadas de los hospitales que participaron en el macroproyecto de las gestantes mayores de 35 años del año objeto de la investigación, se ha establecido que según el tipo de variables cualitativas y cuantitativas se tuvo en cuenta un análisis estadístico a través del modelo univariado con el cálculo de distribución de frecuencias para todas las variables cualitativas y cuantitativas, representadas en tablas y gráficos.

Para las variables cuantitativas se calculará adicionalmente medidas de tendencia central y de dispersión según el resultado de normalidad; en el caso de comportarse de manera anormal, se representarán en mediana y percentiles, por ende, se describe el promedio, desviación estándar, el valor mínimo y el valor máximo representadas gráficamente en modelo de cajas y bigotes.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 8430 de 1.993 nuestro proyecto abarcó las siguientes consideraciones éticas:

Según el artículo 11, el cual plantea el nivel de riesgo ético que tiene una investigación, para defecto de nuestro proyecto se clasifica en el punto A, el cual puntúa como investigación sin riesgo, donde se emplearon estudios y técnicas que de manera retrospectiva ninguna intervención en las variables de tipo biológico o físico o de cualquier índole en la que se vean involucrados cualquiera de las personas incluidas en el estudio para lo que se tuvo en cuenta la revisión de historias clínicas, entrevistas o instrumentos como cuestionarios dentro de los que no se logre de alguna manera involucrar ni intervenir en aspectos de tipo conductual.

Según el artículo 4, que menciona el aporte al desarrollo que acciones dirigidas para la salud que el proyecto brindaría:

a. El conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. Con relación en los procesos mediana o directamente biológicos con afectación directa o indirecta de igual manera en la psiquis del ser humano.

b. Es donde al identificar la vinculación en las que se encuentra implicadas situaciones de tipo social o cualquier implicación directa que afecte la calidad de vida basados en las circunstancias en las que un individuo nace, crece se relaciona, así como el ambiente la cultura incluso condiciones que afecte el diario vivir lo que se entiende como “determinante social”, siendo el punto o centro de importancia en el estudio de la presente investigación.

c. Particular enfoque en la prevención en los diferentes problemas que se relacionan a situaciones específicas en salud.

d. Los que se relacionen directamente con aspectos que se consideren como lesivos en un ambiente en el cual se vea relacionado un ámbito de salud (62).

Según artículo 6, la presente investigación según el artículo 8430 va a estar sujetos a los siguientes criterios:

a. Se tuvo en cuenta principios de tipo científico y ético para la cual se logre justificar su estudio en la presente investigación.

b. A pesar de la importancia del presente estudio se buscó de alguna manera generar el mínimo riesgo en los cuales los directamente involucrados siempre se encontraron en pleno conocimiento de estos, buscando no contradecir el artículo 11 de la presente resolución.

c. Fue de conocimiento pleno para lo cual se contó directamente con un consentimiento informado en el cual se expresó clara y concisamente y para lo cual su representante legal debió firmar su participación aceptando todas las condiciones del procedimiento a realizar teniendo en cuenta la presente resolución.

d. Cuando el consentimiento informado se encuentre debidamente diligenciado y firmado tanto por la institución como por el representante legal tanto de la unidad objeto de estudio como de la institución que promueve la investigación en el cual se tuvo en cuenta el comité de ética e investigación de la institución en la cual se realizó la investigación. Además, teniendo en cuenta los principios éticos de una investigación que serán: respeto a las personas, búsqueda del bien donde se tuvo en cuenta que el objeto del estudio no vulnera de ninguna manera los principios de tipo ético, con conservación específica de su integridad tanto física como mental, donde durante el estudio siempre prevaleció la premisa de la búsqueda del bien de la persona a estudiar (62).

Artículo 15: tener en cuenta que en el consentimiento informado se debió comprender tanto la información del estudio la cual debe ser clara y concisa, en donde tanto el sujeto de estudio o su representante legal sea capaz de comprenderla y aceptarla. Además, tenemos presente el capítulo II del artículo 17 que tiene en cuenta las investigaciones relacionadas con la salud del ser humano, específicamente en las comunidades, como lo es esta investigación donde el beneficio se debe considerar razonable y el riesgo que se presentó a la comunidad en general fue con total o mínima ausencia (60).

7. RESULTADOS

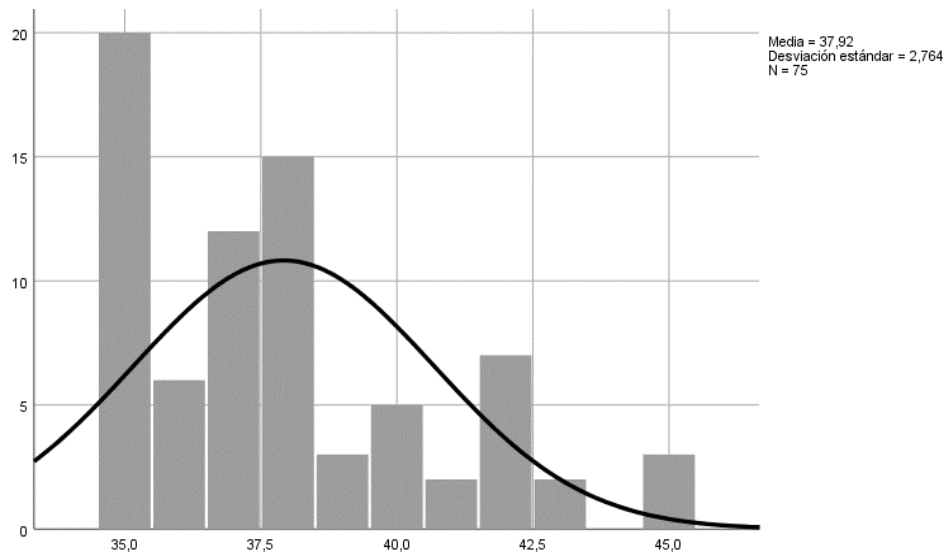
Caracterizar el entorno social y el acceso a salud de las gestantes mayores de 35 años. Identificar factores biológicos y clínicos en gestantes mayores de 35 años de la población a estudio.

Determinantes estructurales y/o sociales

- **Contexto socioeconómico y demográfico**

El estudio contó con 75 mujeres gestantes, pertenecientes a comunidades étnicas de Nariño y Alto Putumayo, 1.7% (Santiago) y 2.7% (Sibundoy) respectivamente, quienes obtuvieron una media para la edad de 37,9 años, alcanzando una edad máxima de 45 años con el 4%.

Gráfica 1. Distribución del tipo de edad del determinante estructurales y/o sociales



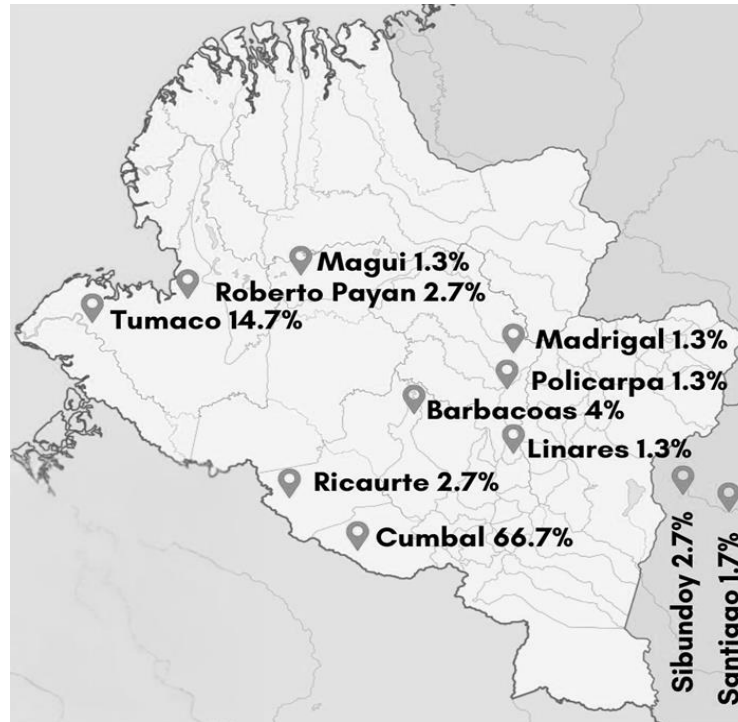
Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

La mayor población se ubica entre los 35 a 39 años, donde el 26,7% fueron gestantes con 35 años, seguidos de 38 años con 20%, 37 años concentró el 16%, los 42 años el 9,3%, un 8% del total de las mujeres tenían 36 años y el 6,7% tenían 40 años, mientras que las de 41 y 43 años representaron el 2,7% cada uno, y un total de 8% entre las edades de 39 y 45 años sumando un total de 75 participantes.

En lo que respecta lo sociodemográfico, la población gestante del estudio proviene

del área rural en un 64%, lo restante habita la zona urbana, de la cual se encontró que del total de población el 68% pertenecen al estrato 1, seguido del estrato 2 (17,3%) y sin estrato (14,7%).

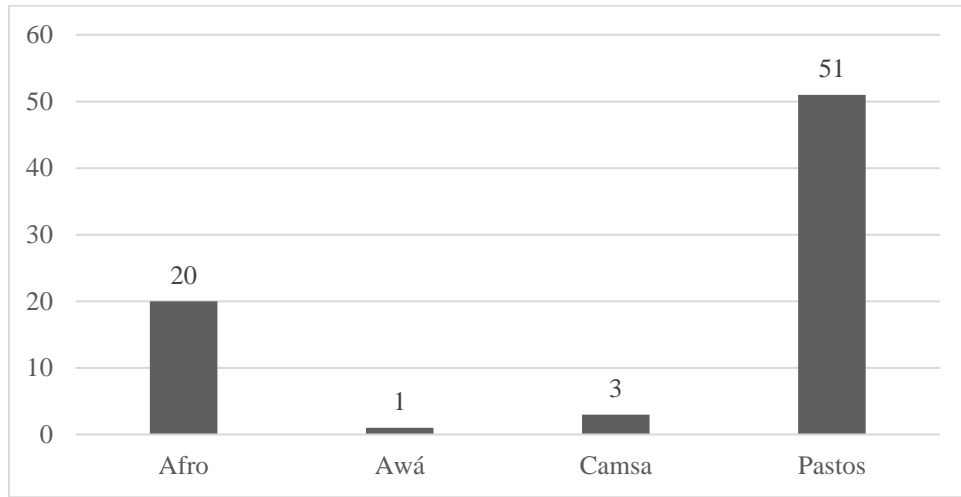
Ilustración 1. Distribución del tipo de lugar de procedencia del determinante estructural y/o social



Fuente: mapa de localización de Nariño." Wikipedia, Wikimedia Foundation. Disponible en: mapa de localización de Nariño.

La ilustración presenta datos de procedencia de las gestantes incluidas en el estudio, dentro de las cuales 96 % pertenecen a la población correspondiente a la zona de Nariño, mientras que el 4 % corresponde a la población del Alto Putumayo. En lo que respecta al departamento de Nariño, el lugar que más residentes gestantes concentra es Cumbal, con un 66,7%. Seguido de Tumaco con un 14,7%; Barbacoas con un 4%; los siguientes municipios: Linares, Madrigal, Magüí, Policarpa, Santiago y Samaniego, aportaron 1,3% respectivamente, mientras que los últimos municipios Ricaurte y Roberto Payán las cuales representan un 2,7% del total.

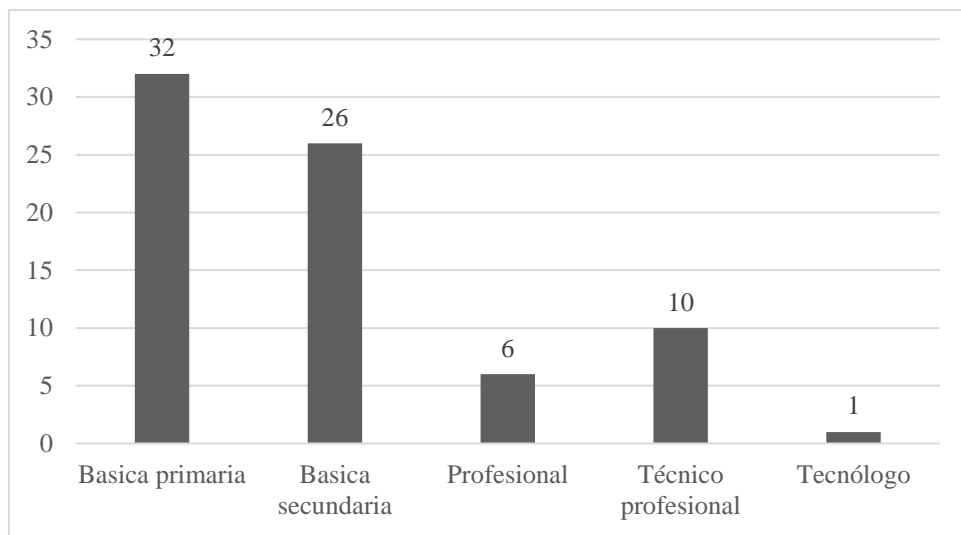
Gráfica 2. Distribución del tipo de etnia del determinante estructural y/o social



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

El 26,7% son Afrocolombianos y el 73,3% indígenas, en las comunidades indígenas se caracterizaron 3 grupos, los pastos que equivalen al 68%, los Camsá al 4% y los Awá al 1,3%.

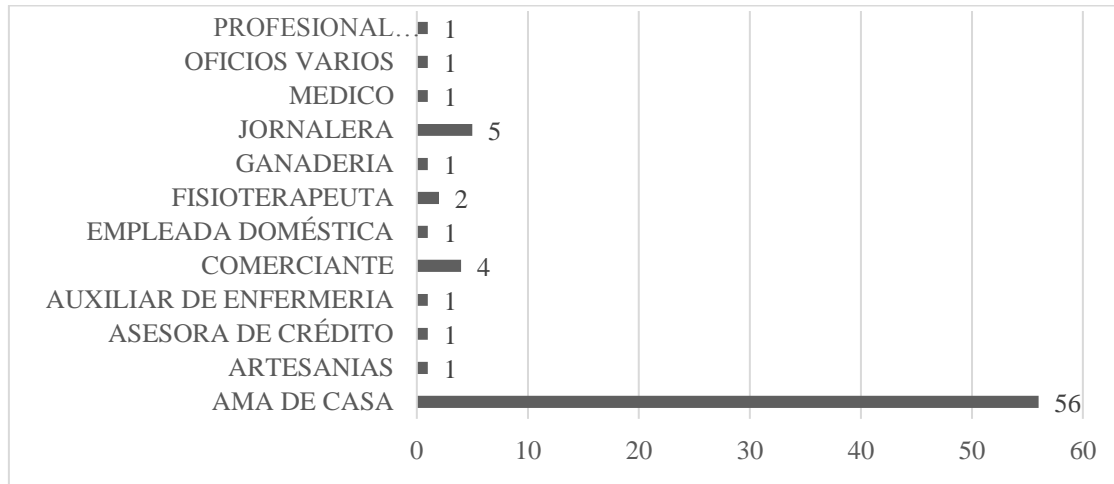
Gráfica 3. Distribución del tipo de escolaridad del determinante estructural y/o social



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Con respecto al nivel educativo la básica primaria y secundaria, son los que más población presentan (77,4%). Con un porcentaje menor (13,3%) lo que respecta a técnico profesional, seguido de estudios profesionales y tecnológicos, los cuales se observan en una menor medida (9,3%).

Gráfica 4. Distribución del tipo de ocupación del determinante estructural y/o social



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

La gráfica refleja una distribución de ocupaciones donde se observó mayor predominio de amas de casa (74,7%), aunque se encontró actividades labores como: artesanas, asesoras de crédito, comerciante, empleada doméstica, ganadería, jornalera y servicios varios aportando un 18,5%, con un porcentaje inferior (6,6%) en lo que respecta a las profesionales.

Con respecto al estado civil la distribución de las gestantes se presentó de la siguiente manera: casada ocupó el 49,3%, unión libre 33,3%, soltera 16% y divorciada con un 1,3%.

Determinantes Intermedios y personales:

- Circunstancias materiales

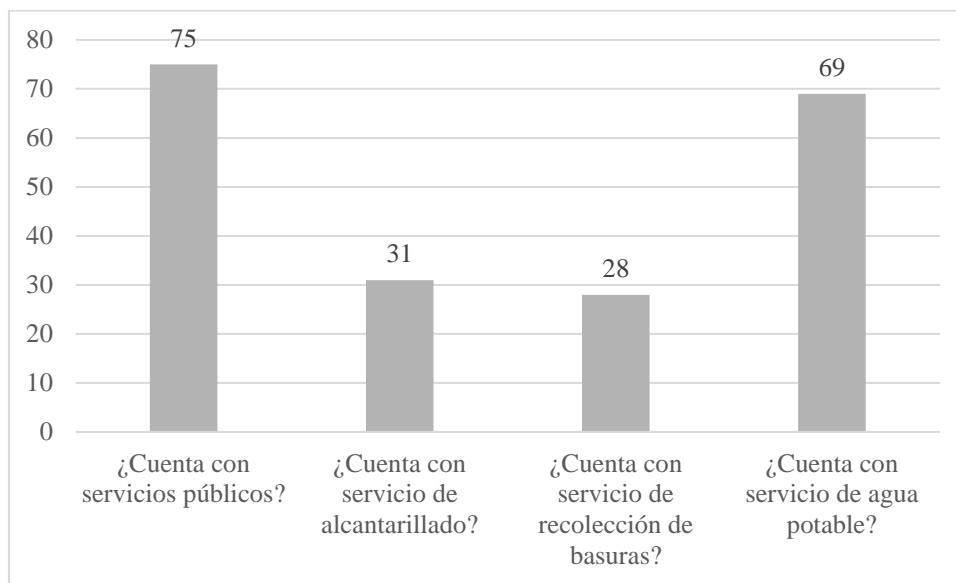
Tabla 10. Distribución del tipo de características de la vivienda del determinante intermedios y personales

Variables	Si		
	F. Absoluta	%	
¿Cuáles son las características de su vivienda?	Dúplex	3	4,0
	Obra gris	39	52,0
	Obra negra	19	25,3
	Obra nueva terminada	10	13,3
	Vivienda en tabla	4	5,3

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

En lo que respecta a las características de la vivienda se encontró que tan solo el 13,3% tiene vivienda terminada y en condiciones óptimas, dejando un restante del 86,6% con una vivienda no óptima.

Gráfica 5. Distribución del tipo de servicios públicos del determinante intermedios y personales



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

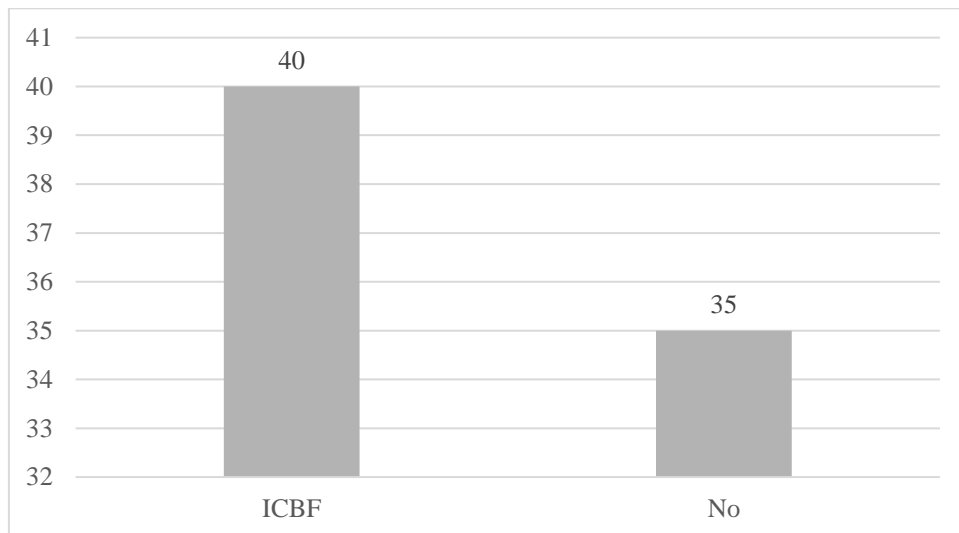
Al indagar sobre necesidades básicas de la vivienda se resalta que todas las participantes cuentan con servicios públicos, y más del 70% en la zona donde viven no tienen acceso a desagüe o tubería de aguas negras y recolección de basura.

En lo que respecta al transporte, la mayoría de la población se desplaza caminando (42,7%), además el uso de moto con un 28% y la unión entre caminar y uso moto aportan un 17,3%; el carro y la bicicleta en menor proporción, con una representación sustancialmente disminuida de 4% y 1.3% respectivamente.

- **Cohesión social:**

Respecto al tipo de familia el 65,3% conviven con familia nuclear, aunque el 20% son familia extensa y con 14.7% tiene una familia reconstituida.

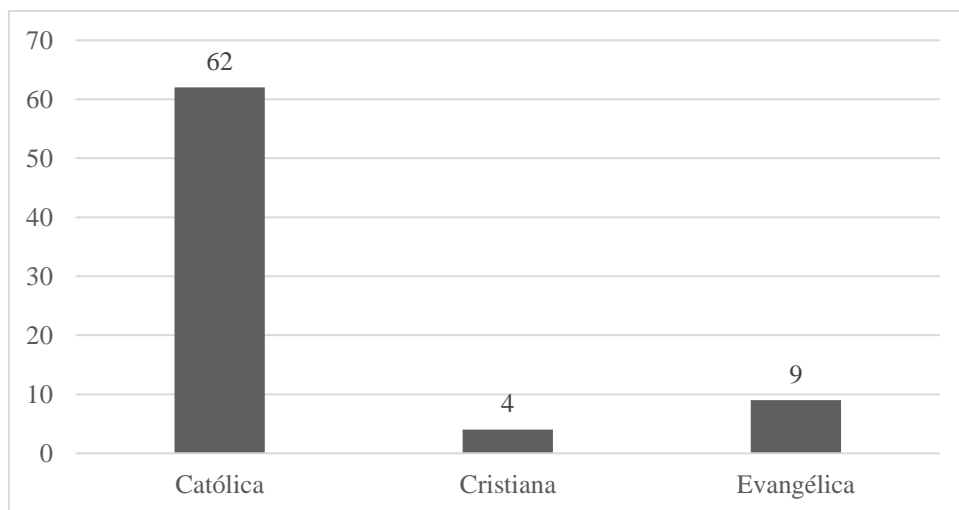
Gráfica 6. Distribución del tipo de redes de apoyo del determinante intermedios y personales



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Las gestantes que cuentan con una red de apoyo como el ICBF equivalen a un 53,3%, pero también hay un porcentaje de 46,7% de las gestantes que no cuentan con ninguna red de apoyo.

Gráfica 7. Distribución del tipo de religión del determinante intermedios y personales

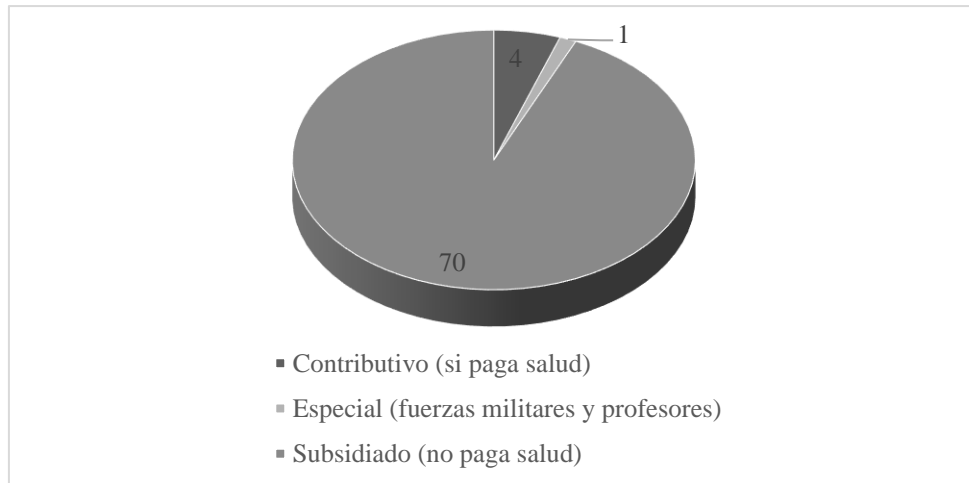


Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

En relación con la religión, las mujeres católicas están en un 82,7%, además en un menor porcentaje las gestantes evangélicas con un 12% y finalmente las pertenecientes a la religión cristiana con el 5,3%.

- **Sistema de salud:**

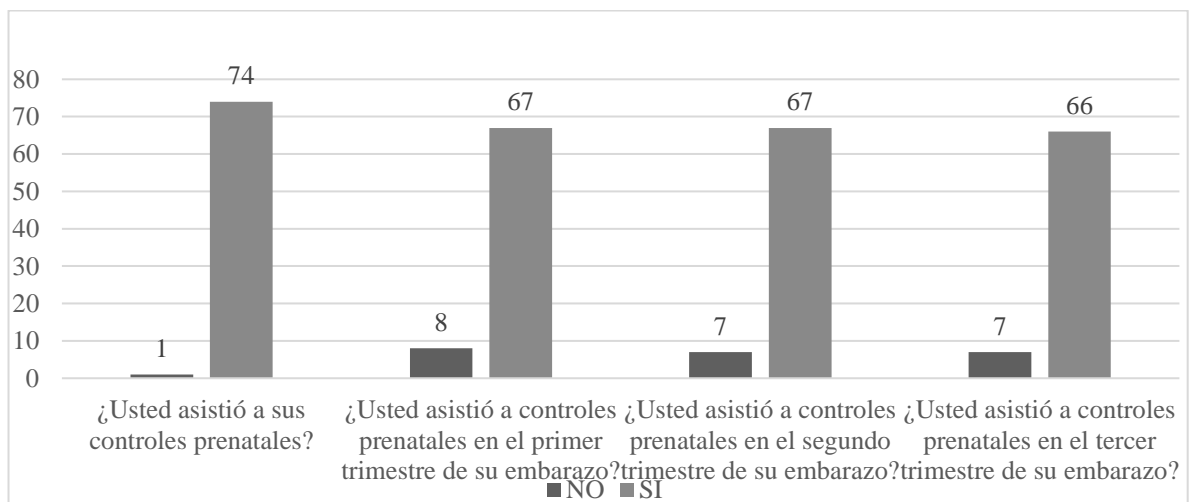
Gráfica 8. Distribución del tipo de régimen de salud del determinante intermedios y personales



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Se percibe que, en cuanto a al régimen de salud, se observa que el 93,3% corresponde al régimen subsidiado, con respecto al contributivo cuenta con un 5,3% y especial 1,3%.

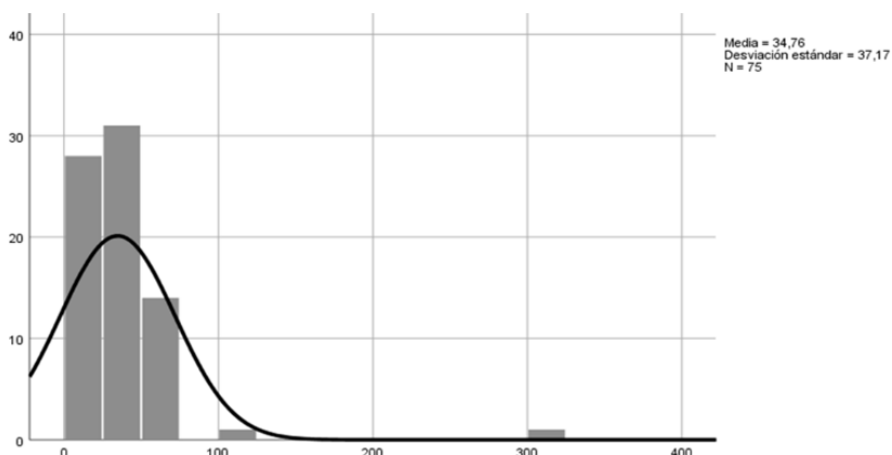
Gráfica 9. Distribución del tipo de controles prenatales del determinante intermedios y personales



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Con respecto a los controles prenatales un 98,7% asistieron; en el primer y segundo trimestre un 89,3% y en el tercer trimestre un 88%.

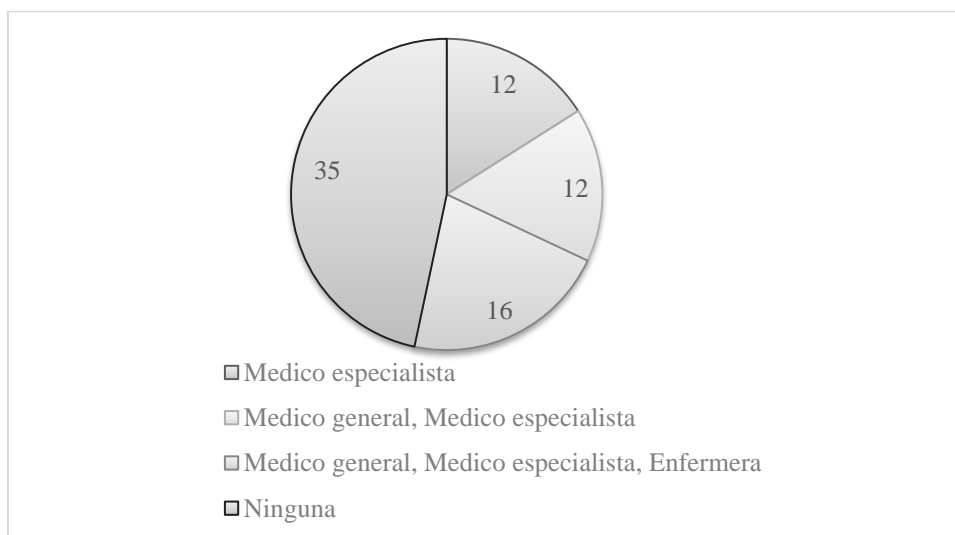
Gráfica 10. Distribución del tipo de tiempo de desplazamiento del hogar al centro de salud del determinante intermedios y personales



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Se indagó frente al medio de transporte utilizado para asistir a los controles prenatales, donde se evidenció la mayor proporción de gestantes no utilizan medio de transporte (el 42,7% llegó a pie) y frente al tiempo que invierte de su casa a la institución de salud, el promedio fue de 30 minutos. Con una duración mínima de 5 minutos y una máxima de 300 minutos que equivale a 5 horas.

Gráfica 11. Distribución del tipo de autorizaciones médicas del determinante intermedios y personales



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Las gestantes requirieron tres perfiles de la salud para una atención unificada entre los diferentes servicios, donde el 16,21% recibieron autorizaciones dirigidas a

médico especialista, médico general y enfermería y el 12,16% que representa a los que tuvieron autorizaciones solamente con el especialista.

Tabla 11. Distribución del tipo de uso de plantas medicinales y parteras del determinante intermedios y personales

Variable	No		Si	
	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%
¿Uso de plantas medicinales?	34	45,3	41	54,7
¿Hace uso de las parteras?	54	72,0	21	28,0
			F. Absoluta	%
	1	6		8,0
	2	9		12,0
¿En qué parto?	3	4		5,3
	4	3		4,0
	No aplica	53		70,7

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Se indagó frente a dos aspectos esenciales en las comunidades étnicas como es el uso de plantas medicinales y la atención del parto por sabedoras llamadas parteras, donde se observó que el 28% hacen uso de esta práctica de la partería y más de la mitad usan plantas medicinales para complementar su tratamiento. Sin dejar de mencionar aquellas que sí realizan este tipo de prácticas en el primer y segundo parto con un 20% y el 9,3% en el tercer y cuarto parto.

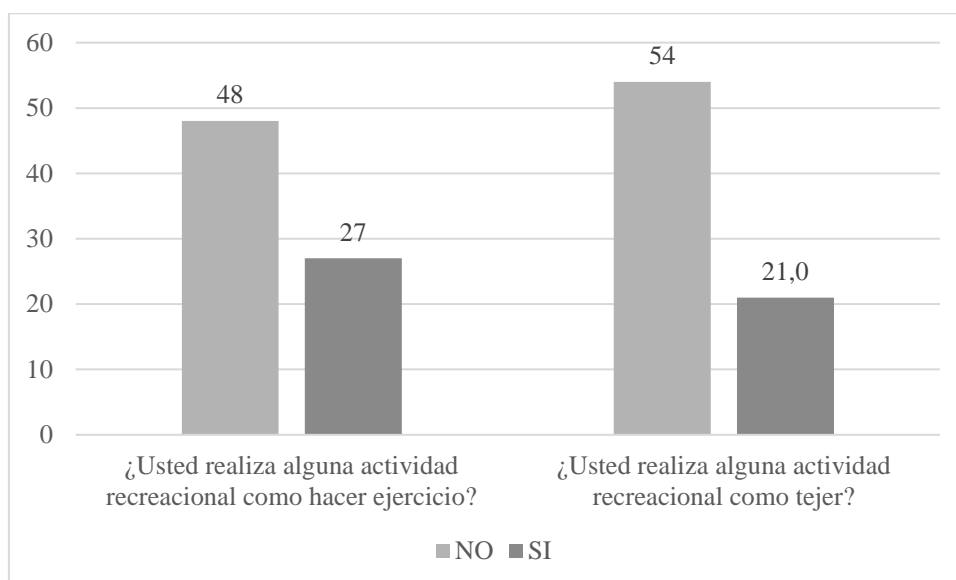
Factores conductuales y biológicos

- **Hábitos y estilos de vida**

Se presentan los tipos de alimentos consumidos por las gestantes en sus hogares: alrededor del 60% de las gestantes encuestadas consumen frutas, vegetales, carbohidratos y lácteos, mientras que un 21,3% reporta una combinación de vegetales, carbohidratos y lácteos; solo un 10,7% consume frutas, vegetales y carbohidratos, y las combinaciones con los lácteos y los carbohidratos (1,3%) o frutas (1,3%) tienen representación muy baja.

En cuanto a los estilos de vida la totalidad de mujeres encuestadas refiere que ninguna ha consumido alcohol o cigarrillo durante el embarazo por ende se evidencia la respuesta "no" en un 100%. Además, se observa que estuvieron expuestas a estrés durante la gestación pues más de la mitad de las encuestadas con un 53,3% de ellas mencionan haberlo experimentado. Por el contrario, el 46,7% de mujeres restantes lo negaron.

Gráfica 12. Distribución del tipo de actividades recreacionales del determinante factores conductuales y biológicos



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Para la tabla de actividades recreacionales, se observa un mayor porcentaje en la ausencia de actividades como tejer en un 72%, o hacer ejercicio con un porcentaje 64%.

- **Características Clínicas**

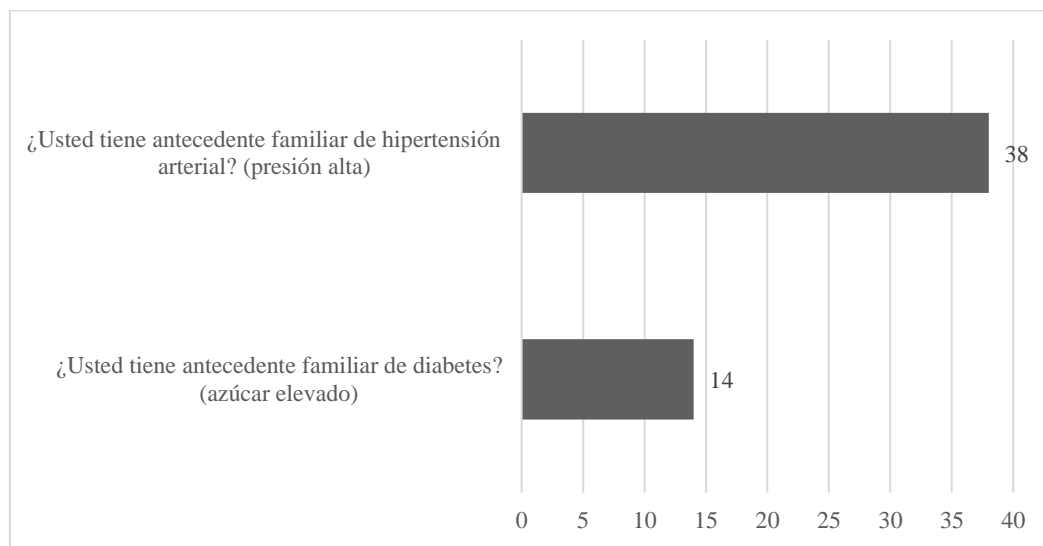
Tabla 12. Distribución del tipo de comorbilidades del determinante factores conductuales y biológicos

Variable	No		Si		No aplica	
	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%
¿Usted sufrió de preeclampsia? (presiones altas durante las últimas semanas del embarazo diagnosticada por médico)	58	77,3	15	20,0	2	2,7
¿Usted sufrió de eclampsia? (sufrió convulsiones después del parto)	73	97,3	0	0	2	2,7
¿Usted sufre de hipertensión arterial? (presión alta)	64	85,3	11	14,7		
¿Usted sufre de insuficiencia venosa? (vena varice)	59	78,7	16	21,3		

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores

Respecto a las comorbilidades, se evidencia que un 20% presenta preeclampsia y un 97,3% refieren que no llegaron a la complicación de eclampsia, también se observa que presentan hipertensión arterial en un 14,7%, además un 21,3% tiene insuficiencia venosa.

Gráfica 13. Distribución del tipo de antecedentes familiares del determinante factores conductuales y biológicos



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Se observa que un 50,7% tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial, adicionalmente el 18,7% quienes refieren tener antecedentes familiares de diabetes mellitus.

- **Características ginecológicas y obstétricas**

Tabla 13. Distribución del tipo de planeación del embarazo del determinante factores conductuales y biológicos

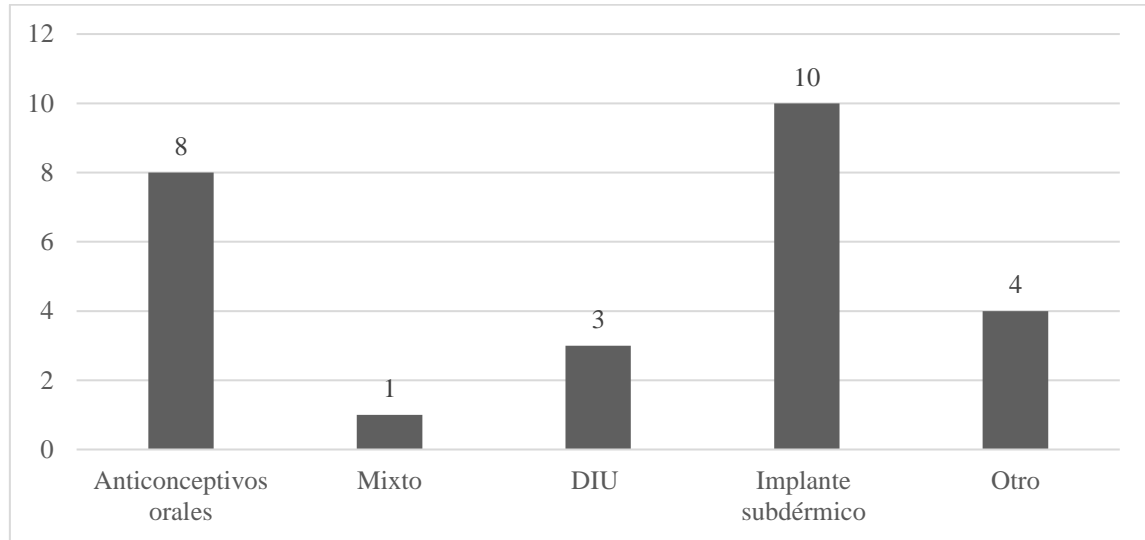
Variables	F. Absoluta	%
Deseado	7	9,3
Deseado, No planeado	26	34,7
Deseado, Planeado	34	45,3
No deseado	1	1,3
No deseado, No planeado	4	5,3
No planeado	3	4,0

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores

De las 75 gestantes el 45% de ellas manifiestan que su embarazo fue deseado y planeado, sin embargo, el 34.7% aunque al enterarse de la gestación no fue

planeado, pero sí fue deseado y se resalta que el 5,3% de las mujeres no lo deseó ni lo planeó.

Gráfica 14. Distribución del tipo de uso de anticonceptivos del determinante factores conductuales y biológicos



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

La gráfica refleja que el 65,3% de las mujeres no planifican con ningún método. En contraste con el uso de implante subdérmico con el 13,3%, por otra parte, se observa que el 10,7% utiliza anticonceptivos orales, frente al 5,3% quienes utilizan otros tipos de métodos, además con un 4% usa el dispositivo intrauterino. Finalmente, el 1,3% emplea el método mixto (condón y pila).

Tabla 14. Distribución del tipo de fracaso del método anticonceptivo del determinante factores conductuales y biológicos

Variables	No		Si	
	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%
¿Usted planificaba antes del embarazo?	37	49,3	38	50,7
¿Usted quedó en embarazo a pesar de que planificaba?	71	94,7	4	5,3

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

De la muestra en general, el 50,7% planificó antes del embarazo, y un 5,3% quedó embarazada a pesar de que planificaba.

En cuanto a la autonomía para iniciar el embarazo no se ve afectada por parte de los familiares en un 100%, pero un 2,7% indica que si se sintieron presionadas por

su pareja.

Factores clínicos

- **Características ginecológicas y obstétricas**

Tabla 15. Distribución del tipo de factores clínicos del determinante factores clínicos

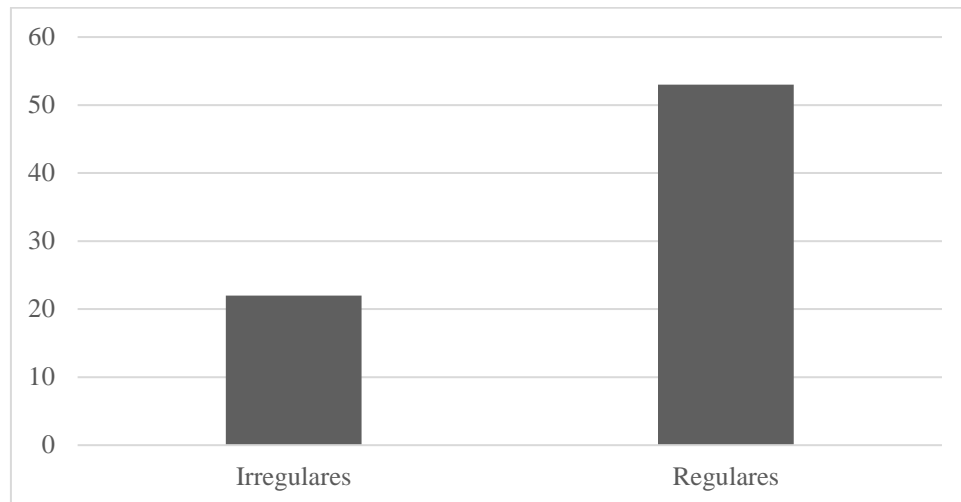
Variables	No		Si		No aplica		
	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%	
Factores Ginecológicos	¿Se realiza control de citología? (examen vaginal)	11	14,7	64	85,3		
	¿Se ha realizado control de mamografía? (examen de seno)	7	9,3			68	90,7
Factores Obstétricos	¿Su parto llegó a término? (Su bebé nació)	15	20,0	56	74,7		
	¿Usted ha tenido partos prematuros?	62	82,7	12	16	1	1,3
	¿Es usted madre primeriza?	59	78,7	16	21,3		
	¿Usted es madre múltipara? (más de un hijo)	15	20	60	80		
	¿Usted ha sufrido de abortos?	64	85,3	11	14,7		
	¿El aborto fue inducido? (provocado)	6	8	4	5,3	65	86,7
	¿El aborto fue espontáneo? (no fue provocado)	4	5,3	7	9,3	64	85,3

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

La tabla resumen anterior, destaca que la mayor proporción de mujeres han presentado más de dos gestaciones (múltiparas) en un 80% y con un 21,3% que representan a madre primeriza. Por otro lado, los abortos representan un 14,7%, dentro de los que se observa un 9,3 y 5,3% entre no provocados y provocados

respectivamente. Finalmente, se identifica que el 74,7% de las gestantes mencionan que el parto llegó a término.

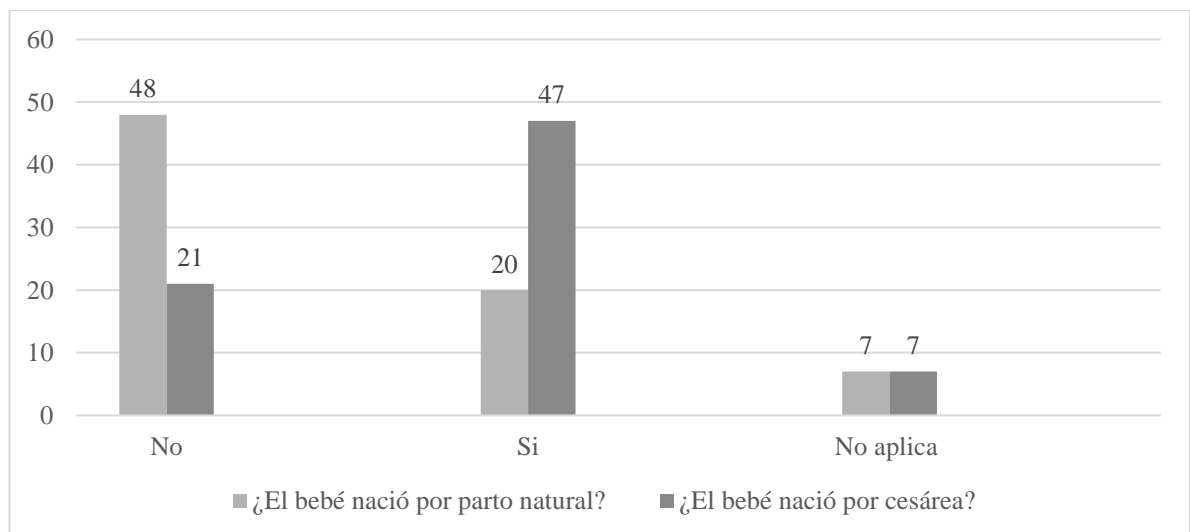
Gráfica 15. Distribución del tipo de ciclos menstruales del determinante factores clínicos



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Los ciclos menstruales regulares representan el 70,7% e irregulares el 29,3%. En cuanto a la historia de las gestaciones el 89,3% de los casos representan nacidos vivos, sin embargo, el 5,3% hace referencia a que terminaron en mortalidad. Además, en un 5,3% de los casos, la variable resultó no aplicable.

Gráfica 16. Distribución del tipo de parto del determinante factores clínicos



Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

Se definió que en un 64% refirieron las gestantes que no fue por parto natural, teniendo así un 62,7% que fueron por cesárea y en una menor proporción con un 9,3% no aplican para las dos variables.

Tabla 16. Distribución del tipo de embarazo de alto riesgo del determinante factores clínicos

Variables	No		Si		No aplica	
	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%	F. Absoluta	%
¿Durante su embarazo sufrió de sangrado transvaginal? (sangrado en el embarazo)	62	82,7	13	17,3		
¿En su embarazo sufrió de ruptura temprana de membranas? (rompió fuente)	64	85,3	9	12,0	2	2,7
¿Usted notó que incrementó su peso durante el embarazo?	38	50,7	37	49,3		

Fuente: base de datos gestantes con pertenencia étnica. Elaboración de autores.

En cuanto a las complicaciones, de las maternas añosas se contempla que en un 49,3% hubo un incremento de peso, el 17,3% sufrió de sangrado transvaginal, seguido de un 12% que curso ruptura temprana de membranas, dentro de los cuales un 2,7% no aplica para ninguno.

8. DISCUSIÓN

Objetivo 1: describir el contexto socioeconómico y demográfico en gestantes mayores de 35 años de la población a estudiar.

Dentro del estudio se incluyó a 75 mujeres mayores de 35 años de comunidades étnicas, con una edad media de 37,9 años, la mayoría, de las participantes provenían de comunidades de Nariño, alto putumayo, zonas rurales, económicamente marginadas, donde el 64% residían de áreas rurales y un 68% pertenecían al estrato 1, por ende bajo en la escala socioeconómica, situación que refleja acceso limitado a servicios de salud, educación y demás recursos esenciales, lo que brinda una posición vulnerable durante el embarazo.

Ante esto, el artículo de Huang C evaluó la asociación de la edad materna con resultados desfavorables del embarazo. El 52,5% de las mujeres eran mayores de 35 años en el momento de la concepción, y la edad media de las mujeres mayores fue de 37 (36-39) donde nos refiere que dichos rangos de edad, los sitúan en una etapa reproductiva avanzada, factor que incrementa los riesgos asociados al embarazo. Ante esto Huang C refuerza nuestro hallazgo diciendo que la relación entre el AMA y resultados adversos maternos y fetales enfatiza la necesidad de que las mujeres sean cautelosas sobre la edad a la que quedan embarazadas debido a que son factores directamente relacionados con alto riesgo obstétrico los cuales combinados con nuestros hallazgos como: bajos ingresos, residencia en zonas rurales de difícil acceso, generan un factor de vulnerabilidad, particularmente al momento de realizar un desplazamiento hacia los centros de atención más cercanos, generando un factor de riesgo importante, ya que un 42,7% llegan a consulta caminando, y algunas aportan hasta cinco horas de viaje hasta el centro de salud más cercano. Dejando un valor ínfimo que pueden trasladarse en transportes adecuados con solo 28% en moto, y tan solo 4% en vehículo, obstaculizando el acceso oportuno a servicios de salud. Según Muhueddune lebdan y colaboradores julio de 2023 relaciona el principal inconveniente en el uso de transporte público para la búsqueda de atención médica oportuna. De acuerdo con Richard mangwi ayasi recalca la muerte de mujeres en embarazo, principalmente en África en gestantes de comunidades étnicas desfavorecidas, o inmigrantes bajo condiciones ínfimas de pobreza sobre todo de difícil acceso a los servicios de salud tanto disponibles como por distancia de estos.

Especialmente, ante emergencias obstétricas, existen barreras que pueden aumentar los riesgos de la gestación e incluso la probabilidad de accidentes automovilísticos en el transcurso del desplazamiento. De acuerdo con Parqueji-Eun y colaboradores en su estudio publicado en mayo de 2022 mencionan factores asociados con el acceso, a los servicios de salud, en barrios marginales, a igual que Posada, quien refiere que el acceso a la atención en salud sanitaria, especialmente en poblaciones desfavorecidas son una barrera de gran importancia, principalmente

en las que prevalecen alto grado de alfabetización, por eso nuestros resultados referentes a los determinantes sociales y/o estructurales específicamente en contexto con el bajo nivel socioeconómico de la muestra de 75 mujeres se relaciona directamente con peores resultado en salud, donde la falta de servicios básico, condiciones insalubres, pueden llegar a aumentar los índices de riesgos para la madre e hijo; datos estadísticos que concuerdan con Megan Bellerose y colaboradores en su artículo publicado en agosto del 2023 menciona dentro de los factores que son más representativos, son obstáculos de transporte, cuidado preconcepcional, así como el apoyo limitado, discriminación , edad y uso de sustancias. Finalmente, Jazmin fontenot y colaboradores en su publicación de mayo del 2024, refiere disparidad significativa en acceso a hospitales obstétricos especialmente en mujeres que dan a luz en zonas desérticas de atención materna, condados rurales, comunidades compuestas predominantemente por personas de AIAN siendo sitios de distancias y tiempos de viajes más largos por lo que demuestra la dificultad para atender a las embarazadas y brindar cuidado prenatal de calidad.

Objetivo 2: definir las circunstancias culturales y educativas en la población.

Nuestro estudio refleja un fuerte componente cultural en la atención de la salud reproductiva, ya que el 73,3% de las mujeres pertenecían a comunidades indígenas, y un 26,7% eran afrocolombianas. Este trasfondo cultural tiene un impacto significativo en la percepción y manejo de la salud reproductiva y las prácticas tradicionales de salud, son prominentes. Por ese motivo dentro de las comunidades étnicas según el ministerio del interior en nuestro país se clasifican como una población vulnerable donde prevalece el estrato 0 y 1 donde los niveles de educación sumados a su identidad cultural son bajos evidenciando este panorama no dista de los hallazgos de los resultados presentados en nuestro estudio donde las gestantes añosas siguen con prácticas tradicionales y uso de partería. Además de que presentaron con una frecuencia estadísticamente significativamente mayor nivel educativo bajo (11,7% frente a 5,7%) y con mayor frecuencia informaron de un nivel financiero más bajo (30,1% frente a 28,7%).

Un 54,7% de mujeres confían en las prácticas tradicionales donde refieren el uso de plantas medicinales, y el 28% confiaban en la atención de parteras, durante el parto, es decir, si bien se pueden convertir en un factor de riesgo, la coexistencia de la medicina tradicional con la medicina moderna mediante capacitaciones podría mejorarse en pro de conseguir y asegurar un mejor resultado en la atención perinatal. Cabe resaltar el respeto por la autonomía de usos y costumbres propias de cada etnia de la población estudio. Hecho de suma importancia para nuestra investigación porque nos destaca la importancia del determinante social en torno a las circunstancias culturales donde coincidimos con la investigación de Sarmiento, I., Paredes-Solís, S., de Jesús García, A. *et al.* Parto seguro en condiciones de seguridad cultural en el sur de México, publicado en el 2023, estudio realizado en Guerrero, México, destaca que las parteras tradicionales continúan desempeñando

un papel crucial en las comunidades indígenas, apoyando a las madres durante el embarazo, el parto y el posparto. Casi la mitad de las madres indígenas prefieren los partos tradicionales en casa, acompañadas de sus familias y siguiendo prácticas ancestrales. Se trabajó con 30 parteras tradicionales que brindaron atención a todas las mujeres embarazadas o que dieron a luz en 80 comunidades de cuatro municipios. Los resultados son concretos ya que subrayan la "seguridad cultural", es decir, el respeto por las prácticas tradicionales, como el uso de parteras y el parto en el hogar, así como la presencia de familiares y el uso de la posición vertical durante el parto. Además, que hubo controles prenatales realizados por parteras (con datos limitados) y las preferencias para futuros partos referidos por las gestantes del estudio. De este modo sabemos que aún existen parteras y gestantes que hacen uso de estas por tradición cultural y confiando en sus capacidades ancestrales.

Llama la atención una investigación reciente publicado en mayo de 2024 por Walker SL, Walker RJ, Palatnik A, Dawson AZ, Williams JS, Egede LE, siendo uno de los primeros estudios que explora la relación entre múltiples determinantes sociales de los factores de salud y los resultados adversos del embarazo en una muestra de 204 mujeres negras posparto de Milwaukee en los Estados Unidos. Encontraron asociaciones entre determinantes sociales y resultados adversos del embarazo, controlando factores clínicos y demográficos. demostrando claramente el fuerte de nuestro estudio que radica en torno a los determinantes sociales como están estrechamente relacionados con el embarazo y más aún en gestantes añosas. Dejamos un claro ejemplo, así como lo refiere Walker SL y demás autores concordando que investigaciones futuras deben centrarse en intervenciones que aborden los factores sociales y clínicos simultáneamente para reducir los factores de riesgo y mejorar los resultados del embarazo para las mujeres incluso en cierto punto de nuestra investigación la literatura disponible para contrastar nuestros resultados se volvió una limitación ante la falta de esta.

Con respecto al ámbito educativo, el 77,4% de las gestantes solo habían completado la educación básica primaria o secundaria, mientras que sólo un 13,3% tenían formación técnica, un 9,3 % habrían cursado estudios superiores. Lean SC en su estudio publicado en el 2021 dice que las mujeres de mayor edad también presentaron con una frecuencia estadísticamente significativamente mayor nivel educativo bajo (11,7% frente a 5,7%) y con mayor frecuencia informaron de un nivel financiero más bajo (30,1% frente a 28,7%).

Por ende, el nivel de escolaridad es mínimo demostrado en nuestra investigación, suceso que influye en la toma de decisiones en salud reproductiva, como el uso correcto de métodos anticonceptivos por desconocimientos de los mismos, de hecho, se refleja que el 65,3% de las mujeres no utiliza ningún método para planificar su embarazo, lo que sugiere una mayor necesidad de educación en dichos campos y mayor acceso a los mismos por parte de las entidades públicas responsables de dichas poblaciones.

Objetivo 3: caracterizar el entorno social y el acceso a salud de las gestantes mayores de 35 años.

Respecto al entorno social, las gestantes están conformadas por estructuras familiares diversas, donde en un 65,3% tienen una familia nuclear, un 20% conforma familias extensas, y un 14,7% familias reconstituidas. Estos tipos de composición pueden influir en el apoyo emocional y práctico, disponible para las mujeres en las etapas de su embarazo. En contraste con Linda Torres y colaboradores según su publicación en junio del 2024, refiere que las maternas en cierto sentido reciben el rechazo de la propia familia y de la sociedad. Para el desarrollo adecuado del embarazo, María de Lourdes junio 2024 comenta que el entorno psicosocial, determina la relación de los diferentes factores que resultan en general peligros relacionados tanto en un ambiente físico, familiar, y demás cargas psicosociales, que serían determinantes a la hora del desarrollo del embarazo, inicio, y continuación de este. Parraga Curi afirma que la presencia de factores psicosociales relacionados con malos tratos, o insultos, más aún en contextos conyugales, donde suelen existir factores que incitaron al inicio del embarazo afecta significativamente al desarrollo normal de la gestación.

En cuanto al acceso a servicios de salud, el 93,3% de las gestantes se encontraba afiliado a un régimen subsidiado, en contraste con un 98,7 que asistió a sus controles prenatales. Las cifras inferiores denotan un factor de riesgo para algunas maternas, más aún teniendo en cuenta la dificultad para el acceso a centro de salud rurales, así como las distancias que promedian es de 30 minutos que tardan en llegar a los centros de salud, incluso algunos casos el tiempo referido fue de cinco horas. Además de resaltar el transporte, un 42,7% de las mujeres siguen desplazándose a pie, para sus controles. Ante este hecho Sulaiman, A., junto con colaboradores en su artículo "El impacto de los factores socioeconómicos en los resultados del embarazo entre mujeres mayores" publicado en 2023 revela que mujeres quienes vivían en áreas rurales y en condiciones de pobreza enfrentan dificultades adicionales, tales como la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte adecuado dificultaron las consultas prenatales regulares. A pesar de que una alta proporción de las mujeres acudió a los controles prenatales, muchas de ellas no recibieron la atención adecuada o completa debido a limitaciones del sistema de salud en las áreas rurales. Esto incluye falta de personal médico especializado, infraestructura deficiente y recursos limitados para atender a gestantes de alto riesgo, lo que contribuyó a una mayor incidencia de complicaciones obstétricas.

En relación con nuestros resultados nos indica una evidente barrera de dificultad para acceder a una atención médica óptima durante el embarazo debido a que los factores socioeconómicos tienen un impacto profundo en los resultados de la gestación en embarazadas mayores de 35 años. Las dificultades en el acceso a la salud, la educación limitada y las condiciones de vida precarias aumentan los riesgos obstétricos en esta población. Por el contrario, si se mejora en la atención

prenatal y el acceso a recursos esenciales podría optimizar los resultados materno-infantiles en gran medida. Sin embargo, el acceso a servicios básicos en estas comunidades es precario ya que más del 70% de las gestantes no cuenta con desagüe, o recolección de basuras, resultados obtenidos de nuestro estudio. Lo que sugiere un ambiente de vida insalubre y de dificultad ante las necesidades básicas requeridas para el embarazo.

Objetivo 4: identificar factores biológicos y clínicos en gestantes mayores de 35 años de la población a estudio.

Las comorbilidades de la población estudiada son significativas, donde se observa que el 14,7% de las gestantes tenían hipertensión arterial, el 21,3% presentaba insuficiencia venosa, estas condiciones aumentan el riesgo de complicaciones como la preeclampsia, la cual afectó a un 20% de las gestantes, además el 17,3% de las maternas reportó haber experimentado sangrado transvaginal durante el embarazo generando un claro indicativo de posibles complicaciones gineco-obstétricas graves asociadas a la edad avanzada de embarazo. el artículo de Huang C titulado “los efectos específicos de la edad sobre los resultados adversos del embarazo varían según las características maternas” define que AMA (edad materna avanzada > 35 años) se asoció con complicaciones en el embarazo, incluidos mayores riesgos de diabetes gestacional, hipertensión, cesárea, parto prematuro y bajo peso al nacer. Este estudio confirmó que las mujeres de 40 años eligen cesáreas sin indicación médica con más frecuencia, y este porcentaje aumenta con la edad materna. Las mayores tasas de cesárea en madres de edad avanzada se deben, en parte, a decisiones para evitar riesgos en el embarazo y parto. Por ende, la HTA, la diabetes gestacional, cesárea y bajo peso al nacer forman parte de las comorbilidades más prevalentes dentro de las mujeres de su estudio. Soportando esto Jiang Q en su estudio realizado en el 2023 refuerza que además de las comorbilidades, encontró a Madres en un rango de 35 a 39 años (n=222) eran no fumadoras, propietarias de vivienda, multíparas además de una mayor prevalencia de estar casadas, siendo factores que incrementa el riesgo materno donde concluyó que la edad materna avanzada (≥ 35 años) se asocia con mayores tasas de resultados adversos del embarazo

A continuación, obtuvimos que el 80% de las gestantes mencionan ser multípara, indicativo de que se presentó más de un embarazo, factor que, unido a la edad avanzada, eleva riesgos de complicaciones durante el parto, donde de hecho, el 62,7% de las mujeres se sometió a cesárea, lo que sugiere una alta incidencia de complicaciones o decisiones médicas, que podrían desaconsejar el parto vaginal. En contraste se obtuvo que el 74,7% de las gestantes indica que sus partos fueron a término, siendo un hecho positivo, pero necesario de evaluar la calidad del cuidado prenatal recibido antes durante y después del alumbramiento, para entender cómo se pueden prevenir complicaciones y mejorar los resultados de salud tanto de la madre como de su bebe. Por otro lado, el riesgo post parto fue de un 14,7% de las embarazadas las cuales refirieron abortos, y con un 9,3% reportados

como espontáneos.

Explicado bajo unas curvas ROC muestran la prevalencia de los resultados adversos como (parto prematuro espontáneo (18%), parto por cesárea (33%) y bajo peso al nacer (26%)) por edad materna en la muestra total y estratificada por grupos raciales, en las maternas estudiadas por Huang C, lo cual corrobora nuestro hallazgo sobre que las cesáreas aumentan significativamente con la edad materna avanzada y la probabilidad comorbilidades aumenta linealmente con la edad materna. Donde deja en claro que las madres de edad avanzada (≥ 35 años) tienen un mayor riesgo de cesárea, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. Además, presentan un riesgo elevado de hipertensión, lo que aumenta la posibilidad de complicaciones obstétricas en este grupo.

Finalmente, según Lewandowska M, Sajdak S, en su artículo publicado en el 2020 quienes realizaron un amplio estudio multicéntrico, evaluó los resultados maternos y neonatales de mujeres multíparas se asocia con una mayor tasa de complicaciones entre las madres y los bebés, incluyendo RCIU, ingreso en la UCIN, asfixia neonatal, bajo peso al nacer, hipoglucemia e ictericia del recién nacido. Con embarazos de feto único a partir de los 35 años, en incrementos de uno y dos años. Mostrando un aumento continuo en las tasas de complicaciones maternas y neonatales con cada año de aumento en la edad materna. Lo cual demuestra que es consistente con nuestro estudio donde concluimos que las tasas de complicaciones gineco obstétricas aumentan como un continuo con la edad materna, sin un punto de inflexión clínico.

9. CONCLUSIONES

Las gestantes mayores de 35 años pertenecientes a comunidades étnicas y rurales se ven expuestas a condiciones socioeconómicas negativas, caracterizadas por bajos ingresos, necesidades insatisfechas en diversas dimensiones y segregación geográfica. Estas circunstancias complican el acceso oportuno a servicios de salud, lo que facilita mayor incidencia de complicaciones obstétricas. La prevalencia de viviendas en áreas rurales refuerza las limitaciones de acceso a atención médica especializada.

Las prácticas culturales y las creencias ancestrales impactan significativamente en la aceptación y cumplimiento de cuidados médicos prenatales. Lo que incrementa los riesgos asociados con el embarazo. Además, el bajo nivel educativo, especialmente en mujeres de estas comunidades, afecta de manera significativa la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, produciendo embarazos no planificados en edades avanzadas.

Las redes de apoyo limitadas y la percepción de que familiares, amigos, y demás personas no se reconocen como una red de apoyo impactan en la vulnerabilidad de estas gestantes, siendo un factor de importancia que puede afectar la asistencia para la atención médica oportuna y adecuada. La falta de servicios de salud de calidad en zonas rurales, además de la disminución en la continuidad de controles prenatales, está directamente vinculada con un aumento de complicaciones como partos prematuros y cesáreas. Esta realidad busca la necesidad de políticas públicas que garanticen la equidad en el acceso a la salud para esta población.

Las gestantes mayores de 35 años presentan mayor riesgo de complicaciones biológicas y clínicas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus gestacional, que afectan tanto a la madre como a su producto. Esto se refleja en un incremento de partos prematuros, cesáreas y abortos espontáneos. Estas complicaciones están asociadas no solo con la edad materna avanzada, sino también con comorbilidades preexistentes y la carencia de atención médica preventiva efectiva.

10. RECOMENDACIONES

Es primordial implementar programas educativos con un enfoque que busque mejorar la comprensión de las maternas sobre la atención y cuidado prenatal, la educación reproductiva y el manejo de complicaciones durante la gestación, con especial enfoque en las comunidades étnicas ubicadas en los sectores rurales.

Se recomienda desarrollar políticas públicas que mejoren el acceso de las gestantes a los servicios de salud en zonas remotas. Por ejemplo, controles prenatales frecuentes y atención médica especializada para reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Atención intercultural: es de gran importancia integrar enfoques de carácter intercultural, donde se realiza un trabajo en conjunto en factores como las creencias y prácticas como son el uso de plantas medicinales, parteras con su respectiva capacitación, reduce de manera significativa barreras culturales, al acceso de control prenatal y salvaguarda el bienestar del binomio madre e hijo.

Prevención de enfermedades crónicas: Dentro del diverso campo del manejo de las enfermedades crónicas como recomendación de nuestro estudio recalamos la importancia de prevenir y manejar la hipertensión arterial y diabetes mellitus gestacional en las gestantes mayores de 35 años por medio de intervenciones oportunas dando un seguimiento correcto durante todo el periodo de gestación.

11. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

11.1 FORTALEZAS

El estudio trata de manera integral la salud de las gestantes añosas desde un punto de vista diferenciado, que contempla las particularidades tanto sociales, económicas, culturales y de acceso a la salud en culturas étnicas, lo cual es un aspecto clave para crear intervenciones más competentes.

La investigación menciona la relevancia de los controles prenatales y la educación para la salud, destacando la necesidad de evitar complicaciones gestacionales a través de la atención pertinente y correcta, lo que podría ser reiterado en políticas públicas para optimizar la salud materna en estas comunidades.

11.2 LIMITACIONES

Para el presente estudio realizado con una muestra de 75 maternas mayores de 35 años de comunidades étnicas, de poblaciones pertenecientes a Nariño y parte del Putumayo, se enfrentan múltiples limitaciones, que impactan al momento de su desarrollo, dentro de las cuales se encontraron:

Circunstancias culturales, idiomáticas, acceso a educación, falta de entendimiento entre investigadores y participantes distancias entre municipios, dentro de lo que resalta aspectos que interfieren de igual manera, las tradiciones culturales o intervenciones familiares y demás factores juegan un papel crucial en la maternidad.

El acceso limitado a recursos de salud en estas comunidades también representa un desafío significativo, dichas maternas enfrentan dificultades para acceder a una atención médica oportuna adecuada, la cual se ve reflejada en el estudio como el tiempo de desplazamiento, servicios de transporte dentro de los cuales se encuentran primordialmente el desplazamiento a pie, limitaciones por parte de las entidades de salud como autorizaciones y citas médicas o factores económicos que limitan el acceso a la misma.

La limitación bibliográfica necesaria para respaldar el estudio se convierte en un desafío por la falta de esta que apoye la tesis en desarrollo, por lo que el presente estudio se espera que sirva de base para futuras investigaciones relacionadas con dichas comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Kou, Juana, Viteri, Ana y Vallejo, Alida.** *Embarazo de alto riesgo.* 02 de 2023, Recuamuc, Vol. 1, págs. 371-380. DOI: 10.26820/reciamuc/7. (1). Enero.2023.371-380.
2. **Coronel, Mariuxi, y otros.** *Principales causas de riesgo obstétrico en el centro de salud "Roberto Astudillo" de la Ciudad de Milagros Enero-junio de 2019.* 1, enero de 2022, Más Vista Revista de Ciencias de la Salud, Vol. 4, págs. e-ISSN: 2665-0150. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0089>.
3. **López, Diana.** *Reporte de un caso: embarazo de alto riesgo.* 1, 2021, CEI Boletín Informativo, Vol. 8, págs. 67-70.
4. **Murillo, Pedro y Paccha, Carmen.** *Prevalencia de riesgos obstétricos en el primer nivel de atención, Provincia de El Oro-Ecuador.* 3, marzo de 2023, Polo del Conocimiento, Vol. 8, págs. 2872-2885. DOI: 10.23857/pc.v8i3.
5. **Instituto Departamental de Salud de Nariño.** *Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales.* [En línea] 2022. [Citado el: 12 de 07 de 2023.] https://www.idsn.gov.co/images/documentos/epidemiologia/asis/Departamento_Nari%C3%B1o_ASIS_2021.pdf.
6. **Vaquero, Nadia, y otros.** *Complicaciones materno-fetales embarazadas aÑosas.* Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe, 2020. 2, abril de 2022, Más Vista Revista de Ciencias de la Salud, Vol. 4, págs. e-ISSN: 2665-0150. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0126>.
7. **Alvarez, Sindi.** *Adherencia terapéutica al ácido fólico en gestantes adolescentes y gestantes de edad avanzada, atendidas en el hospital San José del Callao. Setiembre-octubre 2018.* Lima: Universidad de San Martín de Porres, 2021.
8. **Marcos, Sandra.** *Principales causas del embarazo de alto riesgo.* Salamanca: Universidad de Salamanca, 2021.
9. **Peralta, Ayala, y otros.** *Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna asociada.* 12, septiembre de 2021, Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Vol. 2, pág. DOI: 10.1016/j.gine.2020.09.004.
10. **Álvarez, José, y otros.** *Valores extremos del IMC materno: factores determinantes de peores resultados obstétricos y perinatales.* 3, Julio de 2023,

Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Vol. 49, págs. 1-82. DOI: 10.1016/j.gine.2022.100754.

11. **Cibely, Seydel.** *La edad materna avanzada y complicaciones obstétricas en el hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo enero-junio del 2019.* Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali, 2021.
12. **Flores, Betsabe, y otros.** *Morbilidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes.* 2, 2023, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 61, págs. S83-S89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10761194/>.
13. **Macanchi, Ariana, Carrion, María y Sanabria, Charles.** *Factores asociados a hemorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo en pacientes de edades extremas.* 8, agosto de 2023, Polo del Conocimiento, Vol. 8, págs. 331-344. DOI: 10.23857/pc.v8i8.
14. **Cudris, Luz, y otros.** *El sentir de la comunidad sobre el nuevo modelo de atención intercultural de la PETAN en los resguardos indígena de Vitonco y Talaga del pueblo Nasa Municipio de Páez Belalcázar - Cauca.* Popayán: Universidad EAN, 2021.
15. **Barros, Lourdes y Velasco, Evelin.** *Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas.* 1, 2022, Enfermería Investiga, Vol. 7, págs. 58-66. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i1.1480.2022>.
16. **Juárez, Clara, y otros.** *Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud.* 6, enero de 2021, Gaceta Sanitaria, Vol. 34, págs. 546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>.
17. **Saraguro, Sara, y otros.** *Factores de riesgo en embarazadas y acompañamiento gestacional.* 2, 2021, Revista Universitaria con Proyección Científica, Académica y Social, Vol. 5, págs. 35-42. DOI: <https://dx.doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i2.1083.2021>.
18. **Espinola, Marcos, Sanca, Silvia y Ormeño, Alexis.** *Factores sociales y demográficos asociados a la anemia en mujeres embarazadas en Perú.* 2, abril de 2021, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol. 86, págs. 34-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262021000200192>.
19. **Cabrera, Santiago.** *Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada.* 3, octubre de 2023, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Vol. 69, pág. <https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v69i2553>.

20. **Bohórquez, Ana Sofia.** *Ansiedad, depresión y características demográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y 40 años del área metropolitana del Valle de Aburrá.* Medellín: Universidad EAFIT, 2020.
21. **Awad, Natalia, y otros.** *Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-10 en España.* 32, mayo de 2022, *Enferm Clin.*, págs. S5-S13. doi: 10.1016/j.enfi.2021.10.006.
22. **Contreras, Karla y Palomar, Cristina.** *La producción de conocimiento en torno al embarazo: Aproximaciones a un estado del arte.* 60, diciembre de 2021, *La producción de conocimiento en torno al embarazo: Aproximaciones a un estado del arte.*, págs. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S166881042021000200011&script=sci_arttext.
23. **Bayona, Andrea, y otros.** *Partos en gestantes remitidas de un territorio disperso e indígena a un hospital universitario.* 3, mayo de 2021, *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Vol. 20, págs. 168-172. DOI: 10.31260/RepertMedCir.01217372.983.
24. **Torres, Katerin, y otros.** *Placenta previa: factores de riesgo e impacto en la morbimortalidad materno-perinatal en Bogotá, Colombia.* 3, 2022, *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 70, págs. 21-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816421>.
25. **Villegas, Jennifer, Gadway, Andrea y Agudo, Brígida.** *Actualización de los factores asociados a preeclampsia.* 2, febrero de 2023, *Polo del Conocimiento*, Vol. 8, págs. 96-106. DOI: 10.23857/pc.v8i2.
26. **Velumani, Varsha, Durán, Cassandra y Hernández, Laura.** *Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal.* 5, septiembre de 2021, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. 64, págs. 7-18. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>.
27. **Fajardo, Valentina, y otros.** *Caracterización clínica de gestantes con embarazo de alto riesgo en hospital de referencia del Departamento del Cauca.* 2, Diciembre de 2021, *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health*, Vol. 4, págs. e-8569. Doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.2.8569.
28. **Fulgencio, Mónica, y otros** *Factores biopsicosociales asociados a riesgo obstétrico.* Marzo de 2020, *Articha*, Vol. 16, págs. 56-65. ISSN 2007-7343.
29. **Fuentes, Ariel, Sequeira, Karina y Tapia, Alejandro.** *Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad.* Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2021.

30. **Brenes, Alexander, y otros.** *Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México.* 6, enero de 2021, Salud Pública de México, Vol. 62, págs. 798-809. DOI: <https://doi.org/10.21149/11974>.
31. **Antoñanzas, Alma y Gimeno, Luis.** *Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa.* 1, abril de 2022, Rev Clín Med Fam, Vol. 15, págs. 12-19. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100004.
32. **Herrera, Rubén y Pertuz, Jorge.** *Embarazo en adolescentes escolarizadas como problema de salud pública.* Barranquilla: Universidad de la Costa, 2021.
33. **Sepúlveda, Magdalena.** *De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina.* Santiago de Chile: CEPAL. Segunda Edición, 2021.
34. **Tamayo, Mauro, Besoain, Álvaro y Rebolledo, Jaime.** *Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación.* 1, febrero de 2019, Saúde Pública, Vol. 32, págs. 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004>.
35. **Rodríguez, Guillermo y Meras, Rita.** *Consideraciones sobre el concepto salud: una propuesta cubana.* 1, enero de 2022, Medicentro Electrónica, Vol. 26, págs. 122-130. ISSN 1029-3043.
36. **Garzon, Lina Montoya, Pablo.** *Incidencia del diálogo de saberes en la construcción de la salud propia e intercultural en el departamento de Amazonas.* Mayo de 2023, Sinergia, Vol. 23, págs. 1-80. DOI:10.13140/RG.2.2.13512.90889/1.
37. **Canal Institucional TV.** *¿En qué creían los indígenas antes de la llegada de las religiones?* [En línea] 2021. [Citado el: 12 de 03 de 2024.] <https://www.canalinstitucional.tv/te-interesa/en-que-creian-indigenas-antes-conquista-religiones>.
38. **Banco Mundial.** *Pueblos Indígenas.* [En línea] 2023. [Citado el: 21 de 03 de 2024.] <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>.
39. **International Federation of Gynecology and Obstetrics.** *FIGO is a professional organisation that brings together obstetrical and gynecological associations from throughout 139 countries.* [En línea] 2023. [Citado el: 30 de 03 de 2024.] <https://www.figo.org/es/node/2868>.

40. **Peteiro, Laura.** *Prevalencia e impacto de la edad materna avanzada en la morbomortalidad materna y perinatal en el Hospital Universitario de Lugo.* Coruña: Universidad de Coruña, 2022.
41. **Bello, Alejandra.** *Sufrimientos invisibles y crueldad normalizada: el caso de la exclusión del feminicidio en gestantes de la definición de la mortalidad materna de la OMS.* 30, 2021, *Via Iuris*, págs. 151-167. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/Vialuris/article/view/1096/1005>.
42. **Vargas, Andrea, y otros.** *Relationship between gestational obesity and adverse perinatal outcomes: a multicenter study.* 4, agosto de 2021, *Andes Pediátrica*, Vol. 92, págs. 548-555. DOI: 10.32641/andespediatr. v92i4.3302.
43. **Aguirre, Pablo.** *Obesidad en preescolares asociada a macrosomía neonatal, hospital Sergio Bernales 2017-2020.* Piura: Universidad César Vallejo, 2021.
44. **Díaz, Sonia y Jaramillo, Víctor.** *Mujeres y Hombres: brechas de género en Nariño.* Passto : SEGIS-Universidad de Nariño, 2021.
45. **Observatorio de Procesos de Desarme, Desmovilización y Reintegración.** *Caracterización del departamento de Nariño.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011.
46. **Peña, Andrea.** *Guachucal-Nariño.* [En línea] 2021. [Citado el: 23 de 02 de 2024.] <https://www.slideshare.net/andressantillan5/guachucal-nario>.
47. **Alcaldía de Guachucal.** *Plan de desarrollo del Municipio de Guachucal 2020.-2023.* [En línea] 2020. [Citado el: 29 de 02 de 2024.] https://alcaldia-de-guachucal-en-narino.micolombiadigital.gov.co/sites/alcaldia-de-guachucal-en-narino/content/files/000246/12288_pdm-guachucal-parte-1.pdf.
48. **Llano, Jairo y Velazco, Nicole.** *El derecho al territorio indígena: protección internacional y las reivindicaciones locales.* 3, 2023, *NovumJus*, Vol. 17, págs. 401-429. <https://doi.org/10.14718/NovumJus.2023.17.3.14>.
49. **Gobierno de Colombia.** *Constitución Política de 1991.* Bogotá: Legis, 2023.
50. **Carmona, Manuela, Londoño, Daniela y Urán, Yamile.** *Variables importantes asociadas a una reforma pensional en Colombia.* Bogotá: Universidad CES, 2022.
51. **Función Pública.** *Ley 691 de 2001.* Bogotá: Legis, 2023.
52. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Ley Estatutaria 1751 de 2015.* Bogotá: Imprenta Nacional, 2022.

53. **Función Pública.** *Ley 1822 de 2017.* [En línea] 2024. [Citado el: 12 de 02 de 2024.]
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=78833>.
54. **Secretaría General del Senado.** *Decreto Ley 1953 de 2014.* [En línea] 2024. [Citado el: 28 de 03 de 2024.]
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1953_2014.html
55. **Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión.** *Sentencia T-592 de 2017.* [M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo]: s.n., 2017.
56. **Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión.** *Sentencia T-357 de 2017.* s.l.: [M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado], 2017.
57. **Corte Constitucional, Sala Plena.** *Sentencia SU-092 de 2021.* s.l.: [M.P. Alberto Rojas Ríos], 2021.
58. **Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión.** *Sentencia T-438 de 2020.* s.l.: [M.P. Diana Fajardo Rivera], 2017.
59. **Scientific European Federation of Osteopaths.** *Los Sesgos.* [En línea] 2014. [Citado el: 12 de 03 de 2024.] <https://www.scientific-european-federation-osteopaths.org/los-sesgos/>.
60. **García, Jonatan, Sarabia, Saúl y Hernández, Paola.** *Tres grandes enigmas de los sesgos cognitivos.* 22, Julio de 2022, SCIO Revista de Filosofía, págs. 99-125. ISSN: 1887-9853.
61. **Vega, Alberto, y otros.** *Estudios transversales.* 1, enero de 2021, Rev. Fac. Med. Hum, Vol. 21, págs. 179-185. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3069.
62. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución Número 8430 de 1993.* Bogotá: Legis, 2023.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento a utilizar para la investigación

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScBY7pAHac45TmjvH1xl1FPF5sLEkjWOhanDZX9DNW5L88LcQ/viewform?usp=sf_link

SANMARTÍN
Fundación Universitaria

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN EL ESTUDIO DE CONDICIONES SOCIALES, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS EN COMUNIDADES INDIGENAS EN EL AÑO 2023

jhonjairotarapu63@gmail.com [Cambiar cuenta](#) 

 No compartido

[Siguiete](#) [Borrar formulario](#)

Anexo B. Artículo

TITULO: EL EMBARAZO EN POBLACIÓN ÉTNICA MAYOR DE 35 AÑOS ATENDIDA EN INSTITUCIONES DE NARIÑO Y PUTUMAYO, UNA MIRADA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES 2.020-2.023.

(Pregnancy in ethnic populations over 35 years of age care in institutions of Nariño and Putumayo, a look from the social determinants 2.020-2.023).

Ana I. Vallejo N.¹ *, Jairo G. Gómez C.¹ María A. Villarreal T.², Andrés F. Ramos E.², John J. Tarapues C.² y Elvia N. Reveló M.²

²Docente investigador, Programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria San Martín, Pasto, Colombia

¹Estudiante pregrado, semestre 10mo, Programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria San Martín, Pasto, Colombia.

*e-mail: ana.vallejo@sanmartin.edu.co – jairo.gomez@sanmartin.edu.co

RESUMEN

Introducción: El embarazo constituye un desafío para la salud pública por sus implicaciones en morbilidad materna extrema y mortalidad, con incremento en riesgos y complicaciones. En Colombia, la edad materna avanzada y el aumento de peso son los factores más representativos. En Nariño, la tasa de mortalidad materna en 2019 fue de 66.95 por 100,000 nacidos vivos, Los riesgos se incrementan en las comunidades étnicas por causas sociales y culturales.

Objetivos: Describir el contexto de los determinantes estructurales e intermedios en gestantes de edad avanzada.

Materiales y métodos: Diseño observacional descriptivo transversal, La información se recolectó de fuentes secundarias (Historias clínicas) y primarias por encuesta previa firma de consentimiento informado. La validación de la encuesta incluyó una prueba piloto con el 15% del total de la base entregada por las instituciones.

Resultados:

- **Determinantes estructurales y/o sociales:**

El 50% tenían edades entre las 35 a 38 años, El 26,6% son AfroColombianas y el 73,3% comunidades indígenas, pertenecientes a los Pastos (92%), Kamensa (5,5%) y Awá (1,8%). El nivel educativo prevalente fue básica primaria y secundaria, En ocupación son amas de casa (70%), aunque se encuentra jornalera, doméstica, salud. La posición social concentra estratos 0 y 1, siendo la zona rural (64%) la más alta. Las mujeres se encuentran casadas o en unión libre en el 72%.

- **Intermedios y personales:**

Circunstancias materiales: 13,3% tiene vivienda terminada. El 42,7% no cuenta con transporte, Más del 63,2% adquiere alimentos saludables, ropa apropiada, con un ingreso equivalente al mínimo.

Cohesión social: El 65,3% conviven con familia nuclear, aunque el 20% son familia extensa. Se destaca red de apoyo del ICBF (52%), el apoyo moral es de la religión católica en el 82,7%.

Sistema de salud: El régimen Subsidiado aportó el 93,3%, controles prenatales atendidos por especialista (46,7%). El 42,7% llegaba a pie y el tiempo promedio fue de 30 minutos. las autorizaciones con mayor dificultad fue la de especialistas. El 54,7% hace uso de plantas medicinales, 28% de parteras.

Conclusiones: El embarazo es influenciado por condiciones sociales, culturales, económicas, esencial para analizar la calidad de vida y los desafíos que enfrentan las gestantes arias.

PALABRAS CLAVE: gestantes, determinantes sociales, acceso a salud, red de apoyo, etnia

KEY WORDS: pregnant women, social determinants, access to health, support network, ethnicity

Discusión: El estudio revela que las mujeres embarazadas mayores de 35 años en comunidades étnicas de Nariño y Putumayo enfrentan una serie de desafíos socioeconómicos. La mayoría residentes en zonas rurales, tienen limitado acceso a servicios de salud debido a la distancia geográfica y las dificultades de transporte. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas de autores como Huang C, Muheddune Iebdan y colaboradores, quienes señalan que la edad materna avanzada, las condiciones socioeconómicas desfavorables y la falta de acceso a servicios de salud son factores determinantes de resultados adversos en el embarazo, especialmente en poblaciones marginadas.

Como también se encontró una fuerte influencia de factores culturales y educativos en la salud reproductiva de mujeres indígenas y afrocolombianas. La prevalencia de prácticas tradicionales, como el uso de parteras y plantas medicinales, así como bajos niveles educativos, evidencia la necesidad de abordar la salud reproductiva desde una perspectiva intercultural. Resultados que concuerdan con investigaciones previas que destacan la importancia de la "seguridad cultural" en la atención prenatal y perinatal. Según Sarmiento et al. (2023) y Walker et al. (2024) enfatizan el papel de los determinantes sociales en los resultados del embarazo. La falta de acceso a educación sexual y métodos anticonceptivos, junto con la confianza en prácticas tradicionales, subraya la necesidad de implementar programas de salud reproductiva que respeten las creencias culturales y que sean accesibles a las poblaciones más vulnerables.

Factores como la distancia a los centros de salud, la falta de transporte y las condiciones de vida precarias, junto con el rechazo social y las limitaciones del sistema de salud en áreas rurales, afectan significativamente su salud y la de sus bebés. Así como Linda Torres, María de Lourdes y Sulaiman resaltan la importancia de abordar las desigualdades sociales y mejorar el acceso a servicios de salud para estas poblaciones vulnerables.

Por último, Huang C, Jiang Q y Lewandowska en sus estudios nos dicen que han demostrado que la edad materna avanzada se asocia con un aumento en patologías como hipertensión, diabetes gestacional, cesáreas y partos prematuros. Estas complicaciones pueden afectar tanto a la madre como al bebé. Según lo anterior concluyen que la edad materna avanzada es un factor de riesgo significativo que requiere una atención prenatal especializada para garantizar la salud tanto de la madre como del recién nacido.

AGRADECIMIENTOS: A la Fundación Universitaria San Martín, por el aporte financiero al Macroproyecto como a las instituciones aliadas: Hospital Pío XII y Hospital Universitario Departamental de Nariño, y a su personal que contribuyeron científicamente con el desarrollo de la Investigación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kou, Juana, Viteri, Ana y Vallejo, Alida. Embarazo de alto riesgo. 02 de 2023, Recuamuc, Vol. 1, págs. 371-380. DOI: 10.26820/recuamuc/7.1.enero.2023.371-380.
2. Vaquero, Nadia, y otros. Complicaciones materno-fetales en marzadas arias. Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe, 2020. 2, Abril de 2022, MásVita Revista de Ciencias de la Salud, Vol. 4, págs. e-ISSN: 2665-0150. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0126>.

Anexo C. Consentimiento Informado



Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Medicina sede Pasto

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Identificado(a) con CC. _____
de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO:

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de _____ el día ____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: "CONDICIONES SOCIALES, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS EN COMUNIDADES ÉTNICAS EN EL AÑO 2.020-2.023". Los objetivos del proyecto son: definir las circunstancias culturales y educativas en la población; caracterizar el entorno social y el acceso a salud de las gestantes mayores de 35 años; por otro lado, identificar factores biológicos y clínicos en gestantes mayores de 35 años de la población a estudio. Me han advertido que, en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo. He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias. Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con los investigadores, al correo electrónico _____.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto,

AUTORIZO:

Para que _____, apliquen los instrumentos de recolección de información a través de la entrevista semiestructurada, como modelo de prueba piloto.

El grupo investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma en dos copias el presente documento, después mi autorización o la autorización de mis cuidadores o acudientes en representación legal, con sus anexos (si los hay) en (ciudad), a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Nombre del participante: _____

Firma y cédula de ciudadanía del participante _____

Nombre del Acudiente: _____

Nombre del cuidador _____

Firma y cédula de ciudadanía _____

Firma y cédula de ciudadanía _____

Anexo D. Convenio Institución

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN PROGRAMA DE MEDICINA ÁREA DE INVESTIGACIÓN

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL IPS - INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTÍN.

Entre los suscritos a saber, **EDGAR VILLOTA ORTEGA**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Pasto, con cedula de ciudadanía No. 17.162.443 de Bogotá, obrando en calidad de Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Medicina de la FUSM, que para efectos de este convenio se denominará la **UNIVERSIDAD**, y por otra al señor, **ALVARO CUAICAL** mayor de edad y vecino de la ciudad, con cedula No. 87512271 de Cumbal obrando en calidad de Representante legal de la IPS – Intercultural Indígena de los cabildos del Gran Cumbal, Panan y Mayasquer y que para efectos de este convenio se denominará con la institución de salud **IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER**, hemos acordado celebrar el presente **CONVENIO DE MUTUA COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL** que se registrá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

El presente convenio tiene por objeto establecer las bases de cooperación y coordinación para el desarrollo de procesos de investigación a realizar entre LA **UNIVERSIDAD E IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER**, que le permitan a cada una de las partes ser fiel a su misión y cumplir los objetivos de cada una de las entidades.

CLÁUSULA SEGUNDA: PRINCIPIOS

Rigen este convenio los siguientes principios. **a.** Respeto por las personas, entidades y sus normas. **b.** Autonomía de cada una de las Instituciones. **c.** Cooperación mutua. **d.** Beneficio mutuo.

CLÁUSULA TERCERA: PLANES, PROYECTOS, PROGRAMAS, ACTIVIDADES Y RECURSOS DE LOS PROGRAMAS

Mediante este convenio se acuerda que los representantes de **IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANÁN Y MAYASQUER** y directivas de la **UNIVERSIDAD**, establecer procesos de investigación, planes, programas, actividades que fortalezcan este propósito y definirla logística de cada uno de ellos según intereses y necesidades de las partes.

CLÁUSULA CUARTA: OBLIGACIONES

Para el cumplimiento del objeto de este convenio, las partes acuerdan las siguientes obligaciones:

1. Obligaciones de la Fundación Universitaria San Martín:
 - Concertar al inicio de cada año calendario la programación de los Planes, Proyectos, Programas, Actividades a realizar de investigación.
 - Brindar asesoría que requiera la institución IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER, sobre el diseño de proyectos de investigación formativa, semilleros de investigación e investigación docente.
 - Apoyar el desarrollo de procesos educativos o actividades específicas en investigación.
 - Facilitar los recursos locativos y bibliográficos de la Universidad para el desarrollo de consultas especiales necesitados por docentes y / o directivas de la IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER.
 - Integrar a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud – Programa de Medicina en actividades investigativas y/o relacionadas a estos procesos que se desarrollen en la institución IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER.
 - Programar actividades de evaluación periódica con el fin de fortalecer el proceso de cooperación interinstitucional.

2. Obligaciones de la institución: **IPS INTERCULTURAL INDIGENA DE LOS CABILDOS DEL GRAN CUMBAL, PANAN Y MAYASQUER:**

- Coordinar al inicio del año calendario con los funcionarios de la Facultad de Medicina la realización de un Plan de Trabajo de cooperación interinstitucional con proyectos, de investigación académicos o profesoriales, programas o actividades educativas factibles.
- Facilitar espacios y áreas de la zona geográfica para el desarrollo de actividades que los coordinadores de Investigación, docentes y estudiantes del programa de Medicina programen con los diferentes grupos.
- Participar en actividades colectivas relacionadas con la investigación.
- Participar en actividades de evaluación y fortalecimiento de la Cooperación Interinstitucional.

CLÁUSULA CUARTA: DURACIÓN Y TERMINACIÓN

Duración:

El presente convenio tiene una duración de **cinco (5) años** contados a partir de la fecha que hace presencia la Facultad de Ciencias de la Salud-Programa de Medicina. Si no existe ninguna objeción podrá darse por renovado automáticamente por simple acuerdo bilateral y por escrito (1) un mes antes de su vencimiento.

Terminación:

El presente convenio podrá ser terminado cuando sobrevengan una de las siguientes causales:

1. Por vencimiento del periodo de duración, sin que se haya renovado.
2. Por Mutuo acuerdo entre las partes.
3. Por fuerza mayor o caso fortuito y que impidan de manera definitiva continuar con su objeto.
4. Unilateralmente previo análisis y acuerdo de las partes, antes del periodo pactado.

CLÁUSULA QUINTA: COMITÉ COORDINADOR.

La coordinación de la actividad programada por periodo anual o semestral estarán orientadas, vigiladas y controladas por un comité conformado por: Los representantes delegados y el asesor por parte del cabildo, y por parte de la FUSM y el decano del programa de Medicina o su representante, los coordinadores del Programa y específicamente el Coordinador del Área de Investigación.

El comité deberá reunirse como mínimo al inicio y al final del periodo programado según el plan de trabajo concertado, definirá la forma de realizar seguimiento y evaluación periódica y propondrá acciones o actividades que fortalezcan el presente convenio.

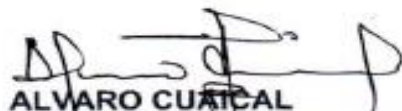
De igual forma velará por el buen uso de las instalaciones y organización de las actividades, en casos pertinentes evaluará y presentará informe de incidentes que pongan en riesgo la continuidad de este convenio.

CLÁUSULA SEXTA: PERFECCIONAMIENTO Y VALIDEZ

El presente convenio de cooperación interinstitucional requiere para su perfeccionamiento y validez la firma de las partes intervinientes en él.

Para constancia se firma en Cumbal- Nariño, a los 18 días del mes de enero del año 2024.

EDGAR VILLOTA ORTEGA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Medicina Sede Pasto
CC. No.



ALVARO CUATRECASAS
Representante legal de la IPS- Intercultural Indígena de los Cabildos del
Gran Cumbal, Panan y Mayasquer
CC. No. 87512271 de Cumbal

Anexo E. Publicación 7° Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Ciencias de la Salud. ENSI 2023 (Bogotá octubre 2023)

IRP 441 Póster Oral

Condiciones sociales, calidad de vida y salud de gestantes indígenas mayores de 35 años 2023

Social conditions, quality of life and health of indigenous pregnant women over 35 years of age 2023

Autores:

Maria Alejandra Villarreal^a, Elvia Natali Revelo Mora^a, Ramos Enriquez Andrés Felipe^a, Tarapues Cuaycal Jhon Jairo^a, Ana Isabel Vallejo N^b

Filiación institucional

^a Estudiante investigador, programa de medicina; semillero SEIFUSM, Fundación Universitaria San Martín

^b Docente investigador, programa de medicina; semillero SEIFUSM, Fundación Universitaria San Martín

Correo de correspondencia

ana.vallejo@sanmartin.edu.co

Resumen:

Introducción: el embarazo añoso representa una problemática de salud pública debido a sus repercusiones. Se sabe que a mayor edad de la gestante mayor son los riesgos y complicaciones que ponen en peligro la vida tanto madre como bebé. **Objetivo:** determinar las condiciones sociales, calidad de vida y salud en gestantes mayores de 35 años en la comunidad del Resguardo indígena de Guachucal. **Métodos:** investigación con paradigma positivista con diseño observacional descriptivo transversal, los criterios de inclusión son: gestantes indígenas mayores de 35 años, mujeres con gestación entre 2022 y 2023, y se excluye a: gestantes sin nacido vivo, gestantes que fallecieron y aborto inducido. Las fuentes de recolección son primarias, para encuesta a gestantes y secundaria para revisión de historias clínicas. **Resultados:** pacientes con estrato bajo, nivel educativo primaria bachillerato, multiparidad, presencia de embarazos ectópicos, partos pretérmino, complicaciones en el embarazo, incremento de la cesárea como opción de parto. prevalencia de creencias culturales, uso de partería, desconocimiento de uso de métodos anticonceptivos, fallas en el acceso al sistema de salud, condiciones de vida deficientes en vivienda vestido y alimentación. **Discusión:** el embarazo en edad avanzada es considerado a nivel mundial como un problema de salud pública, que afecta mayormente a la población indígena. Estudios realizados afirman que en mujeres añosas hay mayores complicaciones como defectos congénitos, que aumentan la morbilidad de la mujer y la morbilidad fetal. **Conclusión:** el embarazo en mujeres mayores de 35 años siguen siendo influyente las condiciones de vida, el estrato socioeconómico, trabajo, el nivel de educación que tienen las madres, deseo de complacer a su pareja, por acompañamiento del hij@ en su vejez.

Palabras clave: gestación, alto riesgo obstétrico, condición de vida, condición de salud, determinantes.

Anexo G. Participación como ponencia oral del 6° congreso internacional de investigación en ciencias de la salud, la educación y la música (Bogotá 20-nov-24).



TITULO: EL EMBARAZO EN POBLACION ETNICA MAYOR DE 35 AÑOS ATENDIDA EN INSTITUCIONES DE NARIÑO Y PUTUMAYO, UNA MIRADA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES 2.020-2.023.

(Pregnancy in ethnic population over 35 years of age care in institutions of Nariño and Putumayo, a look from the social determinants 2.020-2.023).

Ana I. Vallejo N.^{1 *}, Jairo G. Gómez C.¹ María A. Villarreal T.², Andrés F. Ramos E.², John J. Tarapues C.² y Elvia N. Revelo M.²

²Docente investigador, Programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria San Martín, Pasto, Colombia

¹Estudiante pregrado, semestre 10mo, Programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria San Martín, Pasto, Colombia.

*e-mail: ana.vallejo@sanmartin.edu.co – jairo.gomez@sanmartin.edu.co

RESUMEN

Introducción: El embarazo constituye un desafío para la salud pública por sus implicaciones en morbilidad materna extrema y mortalidad, con incremento en riesgos y complicaciones. En Colombia, la edad materna avanzada y el aumento de peso son los factores más representativos. En Nariño, la tasa de mortalidad materna en 2019 fue de 66.95 por 100,000 nacidos vivos, Los riesgos se incrementan en las comunidades étnicas por causas sociales y culturales.

Objetivos: Describir el contexto de los determinantes estructurales e intermedios en gestantes de edad avanzada.

Materiales y métodos: Diseño observacional descriptivo transversal, La información se recolecto de fuentes secundarias (historias clínicas) y primarias por encuesta previa firma de consentimiento informado. La validación de la encuesta incluyo una prueba piloto con el 15% del total de la base entregada por las instituciones.