

Experiencia vivida de mujeres durante su control prenatal en una zona rural

Experience of Women during Prenatal Care in a Rural Area

Experiência vivida das mulheres no atendimento pré-natal em uma área rural

Andrea Margarita Tagle Calvario, E. L. E.^{1,2*}

Ibethe Márquez de Luna, E. L. E.^{1,3}

Karla Leticia Hernández Núñez, E. L. E.¹

Bertha Astrid Huerta Muñoz, E. L. E.^{1,4}

Altamira Camacho Ramiro, MCE^{1,5}

Recibido: 23 de mayo de 2023 • **Aprobado:** 24 de febrero de 2025

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13279>

Para citar este artículo: Tagle Calvario AM, Márquez de Luna I, Hernández Núñez KL, Huerta Muñoz BA, Altamira Camacho R. Experiencia vivida de mujeres durante su control prenatal en una zona rural. Rev Cienc Salud. 2025;23(2):1-12. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13279>

Resumen

Introducción: el control prenatal involucra múltiples visitas de la mujer gestante a instituciones de salud, para vigilar la evolución del embarazo, así como para detectar riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. El personal de enfermería es capaz de identificar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y, de satisfacer necesidades de salud materno-infantil en México, al reducir los contrastes sociales que persisten. **Objetivo:** interpretar la experiencia vivida de mujeres durante su control prenatal en una zona rural. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo, fenomenológico y hermenéutico, aplicado a mujeres en edad reproductiva de zona rural que llevaron al menos un control prenatal. La información

- 1 Universidad Autónoma de Aguascalientes (México).
- 2 Hospital Médico San Juan (Aguascalientes, México).
- 3 Centenario Hospital Miguel Hidalgo (Aguascalientes, México).
- 4 Instituto Mexicano del Seguro Social #3 (Aguascalientes, México).
- 5 Grupo Nodal Transdisciplinario de Investigación, Cuidado y Tecnología.

Andrea Margarita Tagle Calvario, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9833-4574>

Ibethe Márquez de Luna, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2250-6016>

Karla Leticia Hernández Núñez, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2055-6404>

Bertha Astrid Huerta Muñoz, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3155-8158>

Ramiro Altamira Camacho, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3403-6901>

* Autora de correspondencia: andreamargarita1619@gmail.com

se recolectó mediante una entrevista fenomenológica, con previo consentimiento informado, y uso de análisis artesanal. *Resultados:* se entrevistaron cinco mujeres, quienes hablaron de su experiencia durante el control prenatal en una zona rural. Se identificaron cinco categorías: negación del cuidado, estar-ahí en el control prenatal, ausencia del otro cuidado, zona de residencia y violencia obstétrica. *Conclusiones:* se reconoce que el control prenatal es de gran importancia para la salud materna, pero se carece de este en zonas rurales. El personal de enfermería niega la atención al no haber médico y no hay educación sobre complicaciones durante la gestación, pues el médico tiene la participación total del control prenatal cuando le compete por completo a enfermería. Se debe otorgar más importancia a dicho tema, incrementar esfuerzos y fortalecer los servicios de salud, para mejorar la cobertura y la calidad.

Palabras clave: salud materna; investigación cualitativa; atención de enfermería; enfermería materno-infantil.

Abstract

Introduction: Prenatal control is are actions that involve multiple visits of the pregnant woman to the health institution, to monitor the evolution of pregnancy, detect risks, prevent complications, and prepare the patient for childbirth, maternity, and parenting. In health institutions, nurses are trained to identify complications in pregnancy, childbirth, and puerperium; and thus, meet maternal and child health needs in Mexico, reducing the social contrasts that persist. *Objective:* To interpret the experience of women during prenatal care in a rural area. *Materials and methods:* Qualitative, hermeneutic phenomenological study, applied to women of reproductive age in a rural area, who underwent at least one prenatal check-up; information was collected through a phenomenological interview, with prior informed consent, and the use of hand-made analysis. *Results:* Five women were interviewed, and they talked about their experience during prenatal control in a rural area. Five categories were identified: denial of care, being-there at prenatal care, absence of other care, area of residence, and obstetric violence. *Conclusions:* It is recognized that prenatal control is of great importance for maternal health; however, in rural areas, it is deficient. The nursing staff denies care because there is no doctor, and does not educate about complications during gestation, since the doctor has total participation.

Keywords: maternal health; qualitative research; nursing care; maternal and child nursing.

Resumo

Introdução: o atendimento pré-natal consiste em um conjunto de ações que envolvem múltiplas visitas da gestante a instituições de saúde, com o objetivo de monitorar a evolução da gestação, identificar riscos, prevenir complicações e preparar a paciente para o parto, para a maternidade e para a criação do(s) filho(s). Nessas instituições de saúde, os profissionais de enfermagem são capacitados para reconhecer complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, buscando atender às necessidades de saúde materno-infantil no México e reduzir as desigualdades sociais ainda existentes. *Objetivo:* interpretar a experiência vivida por mulheres durante o atendimento pré-natal em uma área rural. *Materiais e métodos:* estudo qualitativo, de abordagem fenomenológico-hermenêutica, realizado com mulheres em idade reprodutiva residentes em uma área rural, que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas fenomenológicas, com consentimento prévio informado, e análise manual do conteúdo. *Resultados:* foram entrevistadas cinco mulheres, que relataram suas experiências com o atendimento pré-natal em uma área rural. Foram identificadas cinco categorias: negação do cuidado, presença no atendimento pré-natal, ausência de outros cuidados, área de residência e violência obstétrica. *Conclusões:* o atendimento pré-natal é reconhecidamente de grande importância para a saúde materna; no entanto, mostrou-se insuficiente em áreas rurais. Profissionais de enfermagem deixaram de prestar atendimento na ausência de um médicos e não há orientação sobre possíveis complicações durante a gestação, pois o controle pré-natal é exercido exclusivamente pelos médicos, quando isso é de responsabilidade da enfermagem. É necessário dar maior relevância ao tema,

com a ampliação de esforços e com o fortalecimento dos serviços de saúde, a fim de melhorar a cobertura e a qualidade da assistência.

Palavras-chave: saúde materna; pesquisa qualitativa; assistência de enfermagem; enfermagem materno-infantil.

Introducción

La morbilidad materna es un gran problema, debido a la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres: discriminación, violencia, pobreza, falta de oportunidades en educación y rol reproductivo. Ello causa que su estado de salud esté aún más comprometido. La escasa y nula información que se brinda durante el control prenatal pone en riesgo la vida de la mujer, por causa de una mala y peligrosa experiencia en esta área.

La mortalidad materna es un problema de salud pública mundial, en especial en países en vías de desarrollo, como México, donde persisten las muertes, aun cuando estas son prevenibles o tratables, causadas por complicaciones durante la gestación (1). En México, la cobertura básica de atención prenatal alcanza el 98.4%; sin embargo, únicamente el 71.5% de las mujeres la recibe (1).

En 2020, aproximadamente 287 000 mujeres murieron durante el embarazo o parto, aun cuando eran evitables. Las principales complicaciones, que constituyen el 75% de las muertes maternas, son: hemorragia obstétrica grave (22.5%, mayoritariamente, tras el parto), infecciones, hipertensión arterial durante el embarazo (18.3%, con edema y proteinuria), complicaciones en el parto y abortos peligrosos (2,3).

El control prenatal involucra visitas de la embarazada a la institución de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo, detectar riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. Este cuidado garantiza una gestación supervisada que permita un parto y nacimiento en óptimas condiciones, y se da con el fin de reducir la mortalidad materna y establecer parámetros mínimos que respalden una atención con calidad, a través del establecimiento de acciones preventivas y terapéuticas brindadas durante el embarazo (4,5).

La función de la enfermera es contribuirle a la mujer embarazada mediante la educación y el conocimiento, fortaleciéndolo; así como proveerle el cuidado; aplicar procedimientos de intervención, y evaluar los resultados. Un control prenatal continuo permite identificar pacientes con mayor riesgo obstétrico y perinatal, para así prevenir e incluso disminuir los posibles riesgos (6,7). De ahí que para esta área sea fundamental mostrar interés por la situación de la salud de la gestante, estableciendo una relación empática que facilite una comunicación participativa y estable, mediante la cual la mujer se sienta cómoda y confiada con la atención que se le brinda durante su embarazo (6).

La mortalidad materna, dentro del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, “salud y bienestar”, consiste en reducir la razón mundial de muertes a un porcentaje inferior del 70 % por cada 100 000 nacidos vivos y, así, lograr que ningún país tenga una mortalidad materna superior a la doble de la media mundial (8,9). La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad y forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir complicaciones, sobre todo la mortalidad materna y perinatal (8).

El control prenatal debe ser una prioridad en todos los países, por múltiples factores internos y externos, como evitar las barreras de acceso. De ahí que sea necesario que todo el personal sanitario, al contactar con la mujer gestante, conozca los riesgos durante su gestación. Así, al aplicar un control prenatal de alta calidad, las muertes maternas (evitables) se reducirían al 80 % (9-11).

En el libro *La atención obstétrica en el medio rural* se menciona que en dichas zonas en México solo el 5 % de los nacimientos se dan en instituciones correctamente equipadas; el 20 %, en instancias de medianas posibilidades, y el 75 %, en domicilios, y la mayoría de estos son asistidos por las mismas madres, sin personal preparado. Se aclara que, en diferentes partes de la república, solo una o dos mujeres dan servicio obstétrico y la mayoría son analfabetas, sin adiestramiento formal, sin supervisión y sin integrarse en instituciones médicas (12).

Existe poca indagación y documentación científica sobre dicho fenómeno. Estudios más recientes datan que en 2014, incluso años atrás (1966), asistían las parteras tradicionales a los nacimientos (1). Dicho estudio es el inicio para dar lugar a más investigaciones enfocadas en dicho tema, dar a conocer el fenómeno y generar intervenciones positivas para las madres, especialmente enfocadas en aquellas que residen en zonas rurales, donde las desigualdades son claramente marcadas y distinguidas. Es de suma importancia la difusión para lograr que el personal de enfermería elimine brechas de atención, brinde la atención adecuada y haga partícipes a las madres de su propio autocuidado.

El propósito central de este estudio es interpretar la experiencia vivida de mujeres adultas durante su control prenatal en una zona rural. Posteriormente, se presentan los lineamientos metodológicos que guiaron la investigación y los resultados correspondientes.

Materiales y métodos

Este fue un estudio cualitativo, fenomenológico y hermenéutico que desarrolla y describe la realidad de las experiencias de mujeres de una zona rural que han llevado un control prenatal (13). El estudio se llevó a cabo en la comunidad El Molino, de Ojuelos (Jalisco), que colinda con Aguascalientes y Zacatecas. Las participantes se seleccionaron por cadena

de referencia o bola de nieve; asimismo, que estuvieran en edad reproductiva, de 15 a 49 años (14), y que, por lo menos, hubieran llevado un control prenatal. Además, aquellas que participaron de forma voluntaria en el estudio, previa firma y lectura del consentimiento informado. Se excluyó a participantes que no hubieran decidido colaborar. La información se recolectó con ayuda del diario de campo, la entrevista fenomenológica y audiograbadora.

El diario de campo (15) permitió observar e identificar características y necesidades de la comunidad: violencia, mejoría del desarrollo de los servicios públicos y de salud. Se tuvo un primer acercamiento durante un mes para relacionarse y analizar los factores que influían en la comunidad. Previo a ello, se sostuvo contacto con las participantes y, posteriormente, se realizaron las entrevistas en cada visita.

La entrevista fenomenológica parte de la pregunta orientadora, “¿Cuál fue su experiencia vivida de control prenatal en una zona rural?” (16). Las entrevistas, cuya duración aproximada fue de 20-45 minutos, se registraron por medio de una audiograbadora.

La investigación la aprobó la Academia de Investigación del Departamento de Enfermería. Ello fue fundamental para iniciar con los procedimientos correspondientes a la investigación.

Al ser un tema de investigación en seres humanos, se escribió un consentimiento informado, expuesto hacia las participantes, basado en artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (17): se menciona que se protege su dignidad, sus derechos y su bienestar, además de mantener en privacidad los datos declarados, por lo que se establecieron por medio de seudónimos. Consecuentemente, se habla del propósito de la investigación. Se aclaró que dicho estudio no conllevaba riesgos, ni remuneraciones económicas, pero si lo deseaban podían retirarse en cualquier momento. Así, se entregó el documento por escrito para ser firmado por las participantes.

También se pusieron en marcha ciertos criterios de calidad en investigación cualitativa (15,18): credibilidad, confirmabilidad, transferibilidad, confiabilidad, dependencia y triangulación. En la triangulación se obtuvo la mayor riqueza de información para ser interpretada y analizada, verificando y comparando la información obtenida al leer y releer las veces necesarias para poder identificar con claridad las experiencias de las protagonistas, representarlas y darlas a conocer.

Los archivos narrativos personales se analizaron a profundidad; en tanto que el análisis e interpretación se llevaron a cabo de manera artesanal, transcribiendo manualmente palabra por palabra lo declarado por las participantes (13). Es importante recalcar que las entrevistas, la transcripción, el análisis y la interpretación de información se realizaron simultáneamente.

Resultados/hallazgos

Se entrevistaron cinco mujeres en edad reproductiva, quienes llevaron al menos un control prenatal en la zona rural. En los datos sociodemográficos se observó que predominaba la escolaridad incompleta, así como que cuatro de ellas vivían unión libre y tres de las cinco mujeres no recibieron más de dos controles prenatales durante sus embarazos (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Nombre (seudónimo)	Edad	Hijos	Nivel académico	Controles prenatales	Estado civil
Violeta	23 años	2	Secundaria completa	2	Unión libre*
Pita	20 años	1	Secundaria completa	1	Unión libre
Amelia	37 años	4	Primaria incompleta*	4	Unión libre
Tete	16 años	0	Secundaria	1*	Unión libre
Mara	39 años	3	Primaria incompleta	3	Casada

Nota: predomina la escolaridad incompleta. Cuatro de ellas vivían en unión libre. Solo tres no recibieron más de dos controles prenatales durante sus embarazos.

* Énfasis en la escolaridad que predominó en las encuestadas.

Las unidades de significado se presentan en la tabla 2. Los subtemas identificados se agruparon en las unidades de significado expuestas por las investigadoras, en relación con los relatos de las propias participantes. Dichas unidades mencionan el significado que le dieron en conjunto las palabras de las participantes, haciendo relevante el fenómeno. De igual manera, se colocan algunos de los relatos de las participantes, agrupados en las unidades de significado correspondientes. Al término del relato, se coloca el seudónimo propuesto por las investigadoras, para no olvidar su dignidad y lo vivido por ellas mismas.

Tabla 2. Subtemas y unidades de significado

Subtemas	Unidades de significado
Ausencia por parte de la enfermería*	Ausencia del otro cuidado**
Complicaciones durante la gestación	
Importancia del control prenatal durante la gestación	
Ausencia por parte de la enfermería	Negación del cuidado
Importancia del control prenatal durante la gestación	
Oposición ante el cuidado prenatal	
Suplementos alimenticios durante el embarazo	Estar-ahí-en el control prenatal
Vacunas correspondientes en edad gestacional y su importancia	
Desprestigio de la profesión	
El control prenatal en una zona rural	Zona de residencia
El maltrato por parte del personal enfermero	Violencia obstétrica

* Diez subtemas.

** Cinco unidades de significado.

Experiencias vividas

Ausencia del otro cuidado

Es una situación compartida, donde las participantes no tienen el conocimiento sobre el cuidado prenatal y las enfermeras de igual manera. Las participantes, al no recibir información, no cuestionan qué cuidados les corresponden; pero es porque no los conocen. A todo esto, el cuidado es brindado por las madres, quienes en algún momento estuvieron embarazadas y son las encargadas de decirles lo que les corresponde, por ejemplo, el caso de las vacunas:

Había cosas que sí me explicaban y otras que yo... Pues yo tenía dudas y les preguntaba, pero sí, sí me las explicaban... De hecho, tuve una infección vaginal, me dieron medicamento, unos óvulos... Pero eso fue con el ginecólogo ya. (Pita, párrafo 3)

De mi primer niño yo no tuve control, hasta que tuve como 7 meses, porque aquí en el centro no había doctor. (Violeta, párrafo 9)

Negación del cuidado

Referido por las participantes, se vieron obligadas a llevar con ellas ultrasonidos, pruebas de gabinete (glucosa, VIH, etc.) para poder tener “derecho” a las consultas prenatales, pues de lo contrario, les son negadas y ello retrasaba la atención:

Nada más me dieron como cuatro citas en el hospital, porque aquí en los campos no había doctor, estaba el centro cerrado pues, porque no había, no había doctor, se tardaron mucho para que hubiera doctor. (Violeta, párrafo 10)

Entonces si no se saca uno el ultrasonido o eso, pos no le entregan la tarjeta, entonces dice uno, si voy al centro de salud, no me van a atender porque no llevo la tarjeta, tarjeta rosa... Uno iba hasta que se fuera uno aliviar, al control, porque no tenía pa lo que pedían, al final ya nos daban las tarjetas porque íbamos directamente al hospital. (Amelia, párrafo 2)

Estar-ahí-en el control prenatal

El fenómeno visto de la propia experiencia de las participantes, donde las enfermeras hacen actividades básicas y para ellas, esto, es del día a día. Actividades como solo pesar, medir, tomar signos vitales y pasarlas con el médico. Las participantes mencionan que la enfermera debe involucrarse más en su cuidado. Les corresponden más actividades y les es posible brindar cuidados preventivos antes que al médico:

Ella nada más es enfermera. Ella nada más checa signos vitales y ya lo demás lo hace el médico, es responsable de todo el proceso y de quien me hablo de complicaciones... Las pláticas son por parte de una promotora de salud o psicóloga o algo así es. (Amelia, párrafo 35)

Ay pues mi suegra decía que me tocaba la de... cómo se llama, creo que la del tétano o algo así... Pues me dijeron que no, que esas ya no se ponían. (Teté, párrafo 8)

Zona de residencia

No cuentan con los medios necesarios para trasladarse (ya sea un carro o dinero para poder pagar la combi o camión). Estando embarazadas, recorren grandes distancias para recibir el cuidado prenatal, aunque, en ocasiones, no corren con la suerte de ser atendidas, pues si llegan a tardar o pasar el límite del tiempo (por más mínimo), se quedan sin sus citas. Suelen pedir ayuda en el transporte; sin embargo, si no reciben consultas, no pueden decirles su fecha probable de parto, desconociendo qué fechas pueden trasladarse para Aguascalientes. Este es un bucle este problema:

Me tenía que trasladar caminando, estando embarazada hasta los campos para agarrar la combi que hace una hora. (Violeta, párrafo 14)

La distancia, porque uno se tiene que levantar temprano, vamos a sacar ficha y pos si alcanzábamos bueno y si no pos llegaba al siguiente día. (Amelia, párrafo 22)

Violencia obstétrica

Les es muy triste que aún hoy en día se sigan presentando problemas en el momento de recibir su atención, especialmente durante el parto. La mayoría de ellas esperan una buena experiencia al dar a luz, lo cual no les fue posible, pues todavía reciben gritos por la enfermera e incluso regaños, por no seguir las cosas tal y como las indican. Es importante recalcar que en muchas ocasiones suelen no decir nada, debido a que ya presentan nervios. El hecho de recibir este maltrato las pone indispone aún más, pensando que si mencionan algo, no las atenderán:

Cuando yo me iba aliviar de mi niña, me sacaron tres veces y yo ya casi echando la criatura pa afuera. (Mara, párrafo 12)

Pues yo esperaba otra experiencia muy bonita, ahí gritaban y que no sé qué, bueno las enfermeras veda' y pues no, había unas que si decían ya cállense esto y lo otro. (Pita, párrafo 22)

Discusión

Sabemos que el embarazo es una experiencia nueva para las mujeres, debido a los distintos cambios que sufren de tipo fisiológico, psicológico y social. Al no estar preparadas, buscan cualquier tipo de ayuda y acompañamiento por parte de los profesionales; sin embargo, esto ha sido inalcanzable.

Las investigadoras no comparten la misma opinión que Arias-Charry et al. (5), ya que menciona que las enfermeras proporcionan mayor asesoramiento y más confianza para resolver dudas e inquietudes, al punto que logran más satisfacción de parte de las gestantes (3). Sin embargo, esto no se ve reflejado, pues las mujeres refieren tener mayor confianza hacia el médico; prefieren dirigirse hacia ellos en contactos posteriores, aun suponiendo que la enfermera representa el primer acercamiento con la mujer gestante.

Desafortunadamente, es difícil de creer que, hoy en día, aún exista inaccesibilidad a los servicios de salud, especialmente tratándose de cuidados preventivos-relacionados con el cuidado materno, referido por las mismas participantes, al verse forzadas u obligadas a obtener ciertos estudios (como los ultrasonidos), para poder recibir consultas de cuidado prenatal. Estos estudios les son difíciles, pues no solo se habla de la distancia, sino de posibilidades económicas.

La idea de Moreno Santillán et al. (19) es muy interesante y marcaría una diferencia si la enfermera la llevara a cabo, debido a que plantea elaborar un proyecto que inculque y facilite a la mujer embarazada la asistencia a las consultas y pláticas prenatales, así como la realización de exámenes de laboratorio y gabinete pertinentes, puesto que la parte económica es uno de los motivos por los cuales no se realizan dichos exámenes, esperando a que en un futuro se tome en cuenta y se lleve en práctica. Uno de los factores por los cuales se les niega la atención es no contar con los estudios que solicita el médico (ultrasonido o laboratorios), ya que no tienen el dinero para hacerlos, y sin ellos no llegan a la consulta (no les entregan la tarjeta rosa o la cartilla de la mujer embarazada). Sin embargo, esto no es una obligación y las mujeres tienen derecho a recibir la atención prenatal, sin la exigencia de estudios.

Otra de las opiniones de las investigadoras se comparte con la NOM-007, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” (7). Hace hincapié en que enfermería cuenta con los conocimientos suficientes y las capacidades adecuadas para brindar control prenatal en cualquier entorno, ya sea rural o urbano. Además, en las instituciones de salud, la enfermera encargada de dar esta atención debe poseer los conocimientos mínimos para disminuir la mortalidad materna, así como los riesgos y complicaciones que puede llegar a frecuentar.

La guía de práctica clínica *Control prenatal con atención centrada en la paciente* está enfocada en identificar problemas prioritarios que enlazan la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención, para crear estrategias que beneficien a la población obstétrica y la disminución de mortalidad (4). Las autoras concuerdan en que se debe incrementar el inicio temprano del control prenatal; al igual que aumentar la detección oportuna de infecciones, complicaciones y tratamiento, tal y como lo menciona, pues esto mejorará la calidad de la atención.

Sabemos que para reducir estas brechas la atención materna y perinatal se debe fortalecer. Resham et al. (20) indican que aun cuando la atención materna ha aumentado en las últimas décadas, se siguen presentando inconvenientes. Se requiere un compromiso y un alto

impacto en las intervenciones para prevenir y reducir la mortalidad materna y perinatal, incluyendo el acceso a los servicios de salud.

Conclusiones

El embarazo conlleva múltiples emociones, sentimientos y experiencias que las mujeres viven. Tal parece y se muestra que enfermería no le toma la importancia adecuada al cuidado prenatal, especialmente en las comunidades rurales. Las embarazadas experimentan distintos sentimientos y vivencias nuevas durante la gestación; infecciones o la falta de vacunas correspondientes, que afectan de una manera negativa no solo el transcurso del embarazo, sino las actividades propias y correspondientes a la enfermera.

A pesar de los avances que se han dado y que, en cierta medida, el cuidado prenatal ha aumentado y la morbilidad ha decrecido, la atención no es equitativa e igualitaria para todos los sectores. Por desgracia, se ven afectadas, en mayor medida, las comunidades rurales. Falta conocimiento acerca del control prenatal, y la falta de interés por parte del personal de salud evidencia que no todas las mujeres obtienen una atención adecuada durante su gestación, lo que causa complicaciones durante su experiencia de la atención prenatal.

Es indudable que tanto la mortalidad materna como perinatal son un problema de gran impacto. El cuidado prenatal hoy día merece más importancia, no negar la atención y aún más importante retomar y no dejar las actividades que competen a enfermería completamente, y aunque en la actualidad prevalecen las técnicas médicas, el cuidado gira en torno a la enfermera.

Asimismo, se pretende lograr que desde enfermería haya más interés hacia dicho tema, para generar intervenciones adecuadas. Las experiencias negativas que tienen las mujeres parecen no repercutir en lo absoluto; sin embargo, ello no debería afectar su gestación, porque se presentan presentar riesgos, complicaciones e incluso falta de cuidado prenatal.

Agradecimientos

A la comunidad El Molino (Jalisco, México), donde los habitantes nos brindaron su confianza, así como características de esta y sus necesidades.

Especialmente a las participantes de dicha investigación, quienes nos brindaron totalmente su confianza al platicarnos sus relatos y cómo es la experiencia de los controles prenatales en una zona rural.

Sin la participación de la comunidad, esto no habría resultado.

Contribución de los autores

Andrea Margarita Tagle Calvario: autora principal, diseño y redacción del artículo, guía durante la investigación. Recolección, análisis e interpretación de la información. Responsable principal, resolución de dudas.

Ibethe Márquez de Luna: autora secundaria; diseño y redacción del artículo, recolección, análisis e interpretación de información. Guía secundaria durante la investigación.

Karla Leticia Hernández Núñez: redacción y corrección de artículo; transcripción de información. Responsable de efectuar el diario de campo. Sugerencias de redacción.

Bertha Astrid Huerta Muñoz: transcripción de información, apoyo en la recolección de información; búsqueda de información relevante para la investigación. Ideas para el diseño del artículo y cuadros o diagramas utilizados.

Ramiro Altarima Camacho: asesor y guía durante la investigación. Asesoría en mejora de escritura, redacción y manejo de investigación cualitativa. Sugerencias de cambios para mejorar.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Prías-Vanegas HE, Miranda-Mellado C. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. *Aquichan*. 2009;9(1).
2. Ortiz-Gamboa J, De Gaitán G, Carvajal A. Mortalidad materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 1969;5(5):93.
3. Secretaría de Salud de México. Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna [internet]. 2020. [citado 2023 abr 2];24. Disponible en: <https://bit.ly/3nH9QeR>
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Control prenatal con atención centrada en la paciente: evidencias y recomendaciones [internet]. Ciudad de México; 2017 [citado 2023 abr 2]. Disponible en: <https://bit.ly/40PxhRg>
5. Arias-Charry J, Bernal-Arias K, Giraldo-Carvajal D, González-Echeverri E, Rivera Mejía P. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia Promoción Salud*. 2008;13:131-42.

6. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enferm Glob.* 2010;(18).
7. Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido [internet]. Diario Oficial de la Federación [citado 2023 abr 2]. Disponible en: <http://bit.ly/40Czf7T>
8. Organización Mundial de Salud (OMS). Compromiso con la aplicación de la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [internet]. [Citado 2023 abr 2]. Disponible en: <https://bit.ly/3G9tUg0>
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud materna [internet]. 2019. [citado 2022 may 12]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
10. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med.* 2017;65(2):305-10.
11. Cáceres. FM. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;60(2):165-70.
12. Álvarez Amézquita J. La atención obstétrica en el medio rural. *Salud Pública Méx.* 2014;5(6):859-63.
13. Altamira-Camacho R, De la Cruz-Alvarado MG. Trayectoria fenomenológica: una aproximación al camino hermenéutico de la experiencia de salud. *Rev Int Hist Pensam Enf.* 2022;18:e13928.
14. Herrera-Cuenca M. Mujeres en edad fértil: etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. *An Venez Nutr.* 2017;30(2):112-9.
15. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 6.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2014.
16. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM, Ojeda-Vargas MG. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Rev Gaucha.* 2017;38(2):e67458.
17. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación Mexicana, 1984 feb 7 [internet]. [Citado 2023 abr 2]. Disponible en: <https://bit.ly/3lZYmT0>
18. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ics): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76(5):473-82.
19. Moreno Santillán AA, Mogghadam HB, Meneses Calderón J, Díaz de León Ponce M, Mujica Hernández M, González Díaz JI, et al. Control prenatal en el medio rural. *Rav Fac Med UNAM.* 2008;51(5):188-192.
20. Resham BK, Mengistu TS, Assefa Y. Input, process, and output factors contributing to quality of antenatal care services: a scoping review of evidence. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Dec 28;22(1):977. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05331-5>