

**FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL CONTROL
PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL
HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ TULUÁ 2013 - 2014**

**LEIDY JOHANNA ARCILA MONTOYA
ALEXANDRA CARDONA OROZCO
MARÍA ALEJANDRA LARA GUTIÉRREZ
MABERLY LÓPEZ SINISTERRA
YASMEEN KARIMA RIASCOS CASTAÑEDA**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SEMESTRE X
TULUÁ-VALLE
2014**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL CONTROL
PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL
HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ TULUÁ 2013 - 2014**

**LEIDY JOHANNA ARCILA MONTOYA
ALEXANDRA CARDONA OROZCO
MARÍA ALEJANDRA LARA GUTIÉRREZ
MABERLY LÓPEZ SINISTERRA
YASMEEN KARIMA RIASCOS CASTAÑEDA**

**Monografía
Para la obtención del Título
Enfermera**

**Directora
Mg. LUZ DAMARIS ROJAS RODRÍGUEZ
Enfermera**

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SEMESTRE X
TULUÁ-VALLE
2014**

DEDICATORIA

A Dios

Al padre todo poderoso, por habernos dado la vida, la salud y las oportunidades para lograr nuestras metas y culminar esta carrera con amor, dedicación, humildad, y muchos éxitos.

A nuestros padres y familiares

Por su apoyo incondicional, por haber estado con nosotros, que han sido la motivación principal, que nos brindan su apoyo incondicional y nos dan confianza para seguir adelante en cada jornada. Por los grandes ejemplos de perseverancia, los consejos de fortalecimiento, valores infundidos para salir adelante y ser personas de bien.

A nuestros amigos

Por los buenos momentos compartidos y luchar como compañeros para seguir adelante en la formación como profesional.

A la Unidad Central del Valle del Cauca UCEVA

En especial a la facultad de la salud por su formación y apoyo a los futuros enfermeros de esta promoción.

Al Hospital Rubén Cruz Vélez HRCV

Por su valiosa colaboración en el suministro de la información para realizar el estudio investigativo.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecerle al padre redentor, por la oportunidad de proporcionarnos los conocimientos y el rigor académico, por haber consolidado el presente estudio investigativo.

Por consiguiente, no siendo inferiores a ese sentimiento de gratitud, lo hacemos extensivo a nuestros padres, que siempre han sido la motivación principal, por su apoyo incondicional y nos dan confianza para seguir adelante en cada una de las etapas de nuestras vidas.

A la Unidad Central del Valle del Cauca UCEVA, particularmente a la Facultad de Ciencias de la Salud y cada uno de los docentes de la carrera de enfermería quienes con su amplia experiencia, nos brindaron sus conocimientos que hoy poseemos.

A la enfermera Luz Damaris Rojas por su colaboración dedicación, confianza y dirección de este trabajo.

Al hospital Rubén Cruz Vélez por su valiosa colaboración en la suministración de la información de los factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Rubén Cruz Vélez Tuluá 2013 – 2014.

A todos los nombrados, de nuevo muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. TÍTULO	22
2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA	23
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	27
2 JUSTIFICACIÓN	28
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GENERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MARCO DE REFERENCIA	35
4.1 MARCO CONCEPTUAL	35
4.1.1 Adherencia.	35
4.1.2 Adolescencia.	38
4.1.3 Controles prenatales.	39
4.1.4 Embarazo.	41
4.1.5 Factores demográficos.	43
4.1.6 Factores Socioeconómicos.	44
4.1.7 Factores culturales.	46
4.1.8 Factores Institucionales.	48
4.2 MARCO TEÓRICO	50
4.2.1 Teoría Del Déficit De Autocuidado.	51
4.2.2 Teoría De Los Sistemas De Enfermería.	52
4.3 MARCO LEGAL	54
4.3.1 Conpes Social 147.	54
4.3.2 Desarrollo Normativo.	54
4.3.3 Resolución 412 de 2000.	56
5 METODOLOGÍA	57
5.1 TIPO DE ESTUDIO	57
5.2 ÁREA DE ESTUDIO	57
5.3 Población.	58
5.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	60
5.4.1 Variable Independiente.	60
5.4.2 Variable dependiente.	60
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo A)	60
5.6 UNIVERSO Y MUESTRA	60
5.6.1 Universo.	60
5.6.2 Muestra.	60
5.7 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	61
5.7.1 El método.	61
5.7.2 Técnica.	61
5.7.3 Instrumentos. (ANEXO B)	62

5.8 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	62
5.8.1 Procesamiento.	62
5.8.2 Análisis de los datos.	62
5.8.3 Presentación de los resultados.	62
5.9 CRITERIO DE INCLUSIÓN	63
5.10 LIMITANTES	63
6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	64
6.1 AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ (ANEXO C)	67
6.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO D)	67
7 RESULTADOS	68
7.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.	68
7.1.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS.	68
7.1.2 FACTORES SOCIOECONÓMICOS	70
7.1.3 FACTORES CULTURALES	73
7.1.4 FACTORES INSTITUCIONALES	75
7.1.5 ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL	77
7.2 ANÁLISIS BIVARIADO	80
8 DISCUSIÓN	83
9 CONCLUSIONES	89
10 RECOMENDACIONES	91
10.1 A LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA (UCEVA)	91
10.2 AL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ	91
11 BIBLIOGRAFÍA.	92
ANEXOS	98

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución porcentual por edad de las adolescentes gestantes inscritas al control prenatal en el Hospital Rubén Cruz Vélez 2013-2014.	68
Gráfica 2. Distribución porcentual del estado civil de las adolescentes embarazadas.	69
Gráfica 3. Distribución porcentual según la clasificación de la raza.	69
Gráfica 4. Distribución porcentual según la clasificación del estrato socio-económico.	70
Gráfica 5. Distribución porcentual según el nivel de escolaridad.	71
Gráfica 6. Distribución porcentual según ocupación principal.	71
Gráfica 7. Distribución porcentual según con quien vive.	72
Gráfica 8. Distribución porcentual según relación con su pareja.	72
Gráfica 9. Distribución porcentual del apoyo en el periodo de gestación.	73
Gráfica 10. Distribución porcentual según religión que pertenece.	73
Gráfica 11. Distribución porcentual de inicio de vida sexual según edad.	74
Gráfica12. Distribución porcentual según conoce algún método de planificación familiar.	74
Gráfica13. Distribución porcentual si tiene autocuidado cuando hay eclipse.	75
Gráfica 14. Distribución porcentual según la satisfacción de los controles prenatales.	75
Gráfica 15. Distribución porcentual en asignación de citas según cumplimiento.	76
Gráfica 16. Distribución porcentaje según citas reprogramadas.	76
Gráfica 17. Distribución porcentaje según cumplimiento a las recomendaciones dadas por el médico.	77

Gráfica 18. Distribución porcentual según cuantos meses de gestación tenía cuando ingreso al control prenatal. 77

Gráfica 19. Distribución porcentual según número de controles que se han asignado y han cumplido. 78

Gráfica 20. Distribución porcentual según porque motivo se demoró para iniciar el control prenatal. 78

Gráfica 21. Distribución porcentual según te han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados. 79

Gráfica 22. Distribución porcentual según adherencia a los controles prenatales de las adolescentes. 79

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Asistencia a controles prenatales en personas en las edades 14-18 años de EPS subsidiada en el año 2014.	26
Tabla 2. Distribución de usuarios inscritos al control prenatal según rango de edad y EPS-S en el periodo enero – mayo del 2014.	32
Tabla 3. Adherencia a los controles prenatales con factor demográfico.	80
Tabla 4. Factores Institucionales relacionados a la adherencia al control prenatal.	81
Tabla 5. Estado civil relacionado con citas programadas.	81
Tabla 6. Edad Gestacional de ingreso al programa relacionado con edad fisiológica.	82

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Operacionalización de variables.	99
Anexo B. Carta al comité de ética del Hospital Rubén Cruz Vélez para la aprobación a la investigación de la unidad Central del Valle UCEVA.	122
Anexo C. Formato de Firmas de Realización de Encuesta de Gestantes.	124
Anexo D. Consentimiento informado.	125
Anexo E. Encuesta.	126

GLOSARIO¹

ADHERENCIA: Grado al cual los pacientes siguen instrucciones y sugerencias para seguir un tratamiento. Implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud (Leventhal. Modelo de creencias de salud y teoría de la acción razonada).

ADOLESCENCIA: Edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

ADOLESCENTE EMBARAZADA O PRECOZ: Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicia la pubertad–comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 11 y los 18 años.

ARMONIOSA: Se refiere a una convivencia amistosa y pacífica donde existe en equilibrio entre la pareja.

CONFLICTIVA: Situación en que dos o más individuos con intereses contrapuestos entran en confrontación, oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas.

CONPES SOCIAL 147 de 2012: Son los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años²

CONTROL PRENATAL: Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las mujeres en estado de gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles periódicos y análisis prenatales.

¹. DICCIONARIO. Real Academia de la Lengua Española. Edición N° 22 2001.

²Conpes 147 del 2012 <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-3496.html>

EMBARAZO O GRAVIDEZ: Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

FACTOR: Es un elemento que actúa como condicionante para la obtención de un resultado.

INDIFERENTE: Estado de ánimo en que una persona no siente inclinación o rechazo hacia otra, puede tratarse de un sentimiento o postura hacia alguien que se caracteriza por no resultar negativo ni positivo.

OMS: es la sigla de la Organización Mundial de la Salud, que se encarga de la gestión de políticas sanitarias a escala global.

RESUMEN

La organización mundial de la salud (OMS), considera que la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la interrelación de cinco factores; llamados dimensiones con los que se relacionan los pacientes. Las dimensiones son: factores socioeconómicos, los factores de asistencia sanitaria, factores de morbilidad, factores del cumplimiento de los tratamientos, y factores relacionados con el autocuidado del paciente. En el contexto se realizó un estudio cuantitativo y descriptivo en cuanto al tiempo retrospectivo con un corte en el tiempo transversal cuyo objetivo fue determinar los factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas de 14 a 18 años de edad, en el Hospital Rubén Cruz Vélez, en el periodo comprendido junio del 2013 a agosto del 2014, con un total de 17 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Obteniendo como resultado que el 47% de las gestantes se encuentran entre los 16 y 17 años de edad, el 59% son casadas, el 82% son de raza mestizas, el 59% de la población pertenecen al estrato socioeconómico uno (1), se identificó que el 71% de la población no han culminado sus estudios de nivel secundario, el 53% presentan dependencia económica de sus padres, el 88% son primigestantes, evidenciando que el 82% reciben apoyo familiar, 53% iniciaron su actividad sexual y reproductiva entre los 12 y 14 años, el 82% desconoce los derechos y deberes de la salud sexual y reproductiva responsable, el 82% presentan adherencia a los controles prenatales ya que asisten a los controles y siguen las indicaciones de enfermeras y médicos. Los factores que influyeron en la adherencia fueron el demográfico, socioeconómico e institucional.

La adherencia al control prenatal fue medido través de una encuesta estructurada como instrumento conceptual donde se evaluó los diferentes factores que influyen en la adherencia, toma de paraclínicos y medicamentos, cumplimiento de citas asignadas generando un alto índice concientización del cuidado en el binomio madre e hijo.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, embarazo, adherencia, control prenatal, cultura.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) considers that adherence is a multidimensional phenomenon determined by the interplay of five factors; known dimensions that relate patients. The dimensions are: socioeconomic factors, factors of health care, morbidity factors, factors of compliance with treatment, and factors related to patient self-care. In the context of a quantitative and descriptive study regarding the retrospective time with a cut on the transverse time whose objective was to determine the factors associated with adherence to prenatal care for pregnant adolescents from 14-18 years of age, at the Ruben Hospital Cruz Velez, in the period June 2013 to August 2014, a total of 17 pregnant women who met the inclusion criteria.

Resulting in that 47% of pregnant women are between 16 and 17 years old, 59% were single, 82% are mestizo race, 59% of the population belong to socioeconomic one (1) identified that 71% of the population have not completed their studies at the secondary level, 53% present economic dependence on their parents, 88% were primiparas, showing that 82% receive family support, 53% began their sexual activity and reproductive between 12 and 14 years, 82% are unaware of the rights and duties of responsible sexual and reproductive health, 82% presented adherence to prenatal care and attending inspections and follow the instructions of nurses and doctors. The factors that influenced the adherence were demographically, socioeconomic and institutionally.

Adherence to prenatal care was measured through a survey structured as conceptual tool where different factors that influence adherence was assessed, the date of enrollment to the program safely and responsibly, self maternity (psychoprophilactic course, making paraclinical and medicine compliance assigned appointments) generating a high rate care awareness in the mother-child pairs.

KEYWORDS: adolescence, pregnancy, adhesion, prenatal care, culture.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se presentan embarazos a temprana edad en adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, quienes se encuentran en periodo de evolución, formación y maduración de los órganos reproductores, para una salud sexual y reproductiva adecuada (SSR) tanto para el género masculino y femenino, siendo uno de los más grandes e importantes problemas de salud pública a intervenir, ya que presentan complicaciones de un embarazo en adolescentes sin la suficiente maduración tanto física como funcional de sus órganos. Adicionalmente una niña entre 15 y 19 años gestantes, se enfrenta a cambios fisiopatológicos en sus órganos inmaduros, en su estilo de vida, y en el núcleo familiar.

Por lo tanto, el embarazo en adolescentes representa un riesgo inminente que pueden llevar a la muerte del binomio o uno de ellos, por eso es fundamental que sea representada por un tutor o cuidador que garantice el cumplimiento de los cuidados generales en la adherencia de los controles prenatales, en una institución prestadora de salud, donde encontrara equipos multidisciplinarios entrenados en servicios amigables y gestantes; incluyéndose en la programación de controles médicos y apoyo psicológicos que le permiten garantizar la calidad de su estado.

El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida. La mayoría de parejas (por decisión propia o exigencias de sus familias) optan por contraer matrimonio lo que conlleva a que el adolescente tenga que trabajar sin terminar sus estudios para mantener su familia.

En este aspecto, la OMS (2011) recomienda además, reducir el matrimonio en menores de 18 años; reducir los embarazos antes de los 20 años a través de intervenciones como el suministro de información, educación para la salud, educación que comprenda la sexualidad, desarrollo de habilidades para la vida, consejería sobre anticonceptivos y creación de ambientes amigables. Se recomienda también, que los jóvenes participen de lleno en el diseño y ejecución de programas, de tal manera que las intervenciones reflejen sus deseos y preocupaciones.

En los países en desarrollo más del 30% de las niñas se casa antes de cumplirlos 18 y cerca del 14% lo hace antes de los 15 años. El matrimonio a edades tempranas es un factor de riesgo para el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos. Además, el matrimonio temprano perpetúa el ciclo de poca educación y pobreza.³

³ Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva, WorldHealthOrganization, 2009.

Las recomendaciones de la OMS para reducir el matrimonio temprano se basan en 21 estudios e informes de proyectos, así como en las conclusiones de un panel de expertos. Los estudios fueron realizados en Afganistán, Bangladesh, Egipto, Etiopía, India, Kenia, Nepal, Senegal y Yemen, entre otros países. En algunos de estos estudios y proyectos el resultado primario fue retrasar la edad de matrimonio. En otros, este resultado fue secundario a la retención escolar, influyendo sobre los conocimientos y actitudes, o cambiando el comportamiento sexual. Los resultados de estos estudios y proyectos avalan la acción a múltiples niveles — a nivel de políticas, individuos, familias y comunidades — para evitar el matrimonio temprano.⁴

Considerando que se han desarrollado servicios más ajustados a lo preventivo, el abordaje del embarazo adolescente aún se caracteriza por llevar un enfoque biológico y de los factores de riesgo. Este enfoque de riesgo está ligado al biológico y por eso se aborda desde la salud, donde el concepto de riesgo tiene dos acepciones. La primera es relacionada con los comportamientos de riesgo, por ejemplo, tener relaciones sexuales sin emplear ningún método de anticoncepción; y la segunda, se refiere a poblaciones que se encuentran en desventaja frente a otras, es decir, “en riesgo” (Vargas, 2010). En este caso podemos hablar por ejemplo, de grupos poblacionales en desplazamiento, adolescentes con alto nivel de pobreza, de poblaciones en zonas de conflicto o de adolescentes que viven en familias con violencia intrafamiliar, entre otros.⁵

Por lo tanto, teniendo en cuenta los resultados que se han dado hasta el momento y las recomendaciones internacionales, se propone un enfoque al problema de impacto, con una estrategia integral que tenga en cuenta los diferentes aspectos tratados hasta el momento, y que se centra en potencializar los factores protectores, que mantengan las acciones frente a los factores de riesgo.

La OPS ha propuesto como alternativa que “En vez de considerar la prevención de los problemas de los jóvenes, el desarrollo de los jóvenes y el desarrollo de la comunidad como prioridades que compiten entre sí, se deben considerar como metas inseparables” (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003). Así, los programas que se desarrollen no solo deberán tener en cuenta el enfoque de riesgo y las acciones de prevención y atención que este enfoque conlleva, sino también incluir el desarrollo de competencias tales como “el bienestar social, físico y cívico, y las habilidades vocacionales que permitan a los jóvenes afirmarse como individuos, facilitar escenarios en donde se propicien relaciones significativas (“connectedness”), ser queridos y comprometidos, tener un fuerte sentido de seguridad y estructura, un

⁴ [www.who.int/maternal_child_adolescent/es/Organización Mundial de la Salud Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/Organización%20Mundial%20de%20la%20Salud%20Departamento%20de%20salud%20materna,%20del%20recién%20nacido,%20del%20niño%20y%20el%20adolescente) 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza

⁵ Organización Mundial de la Salud Departamento de salud materna “en riesgo” (Vargas, 2010).

sentido de pertenencia, además de un sentido de propósito, de responsabilidad y de ser valiosos” (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Así, los programas necesitan ir más allá del enfoque orientado al problema para pasar a un enfoque de desarrollo que promueva factores de protección y la resiliencia en la adolescencia y la juventud; por tanto, es necesario pasar de intervenciones individuales a intervenciones de familias y comunidades, de enfoques verticales a esfuerzos coordinados, integrados en prevención y promoción de la salud, y del concepto de niños, niñas, adolescentes y jóvenes receptores al de participantes activos. (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior es de suma importancia una buena formación en el hogar y las comunidades, teniendo escenarios donde se promueva el desarrollo de los adolescentes mediante factores protectores pues se tendrán personas adultas con mejores principios y cuidados de su ser disminuyendo así los embarazos en adolescentes y por ende tratar de esconder su estado y de esta manera no adherirse al programa de control prenatal.

Al medir la adherencia de gestantes adolescentes en el control prenatal ha sido materia de múltiples estudios, se ha reportado inicio tardío y baja adherencia al mismo, en comparación con controles de gestantes adultas.

Investigación realizada en barrios de Tanguarín y Sto. Domingo de la parroquia de San Antonio resalta los factores asociados a la adhesión al control prenatal en mujeres madres de los estudiantes de las instituciones educativas de los barrios de Tanguarín y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra. El presente estudio muestra claramente que son la cultura, el nivel socioeconómico, siendo el promedio de entrada semanal de \$35 dólares, el acceso a los servicios de salud, la educación materna, son los factores que muestran mayor adherencia al control prenatal en las mujeres que pertenecen a los barrios en estudio. Uno de los objetivos para el desarrollo del Milenio es el de reducir la morbi-mortalidad Materna-infantil, por ello la vigencia de la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador constituye la estrategia que permitirá alcanzar dichos objetivos. Entre los hallazgos más importantes señalamos que la instrucción materna se asocia a una elevada rapidez, a un nivel socio económico bajo y la preferencia de las mujeres, de ser atendida por las comadronas o parteras, en el parto. La mala planificación familiar por razones culturales y étnicas hace que el número promedio de hijos por mujer sea de 4 a 5 hijos, por lo expuesto tenemos en Tanguarín 27 madres, 91 hijos, y en Santo Domingo 56 madres, 197 hijos, lo que tiene cierto impacto en la salud materna y en la sobrevivencia del producto. Este estudio además permite valorar la apreciación de calidad del servicio de salud, del Sub Centro de Salud de San Antonio por parte de las madres, la misma que es calificado como Bueno, y el 2% y un 5% la considera

que es Pésima, y que pese a su nivel socioeconómico bajo manifiestan atenderse en el sector privado⁶.

En un estudio que agrupó 11 instituciones Colombianas de II y III nivel se evaluaron 54.497 partos, de los cuales 3.364, o sea el 6.17% correspondieron a adolescentes. De estos embarazos en adolescentes el 58.2% no asistieron a control prenatal y, de las que asistieron al control prenatal: el 25.7% asistieron a uno o dos controles, el 63.9% tuvo tres a seis controles y el 10.4% más de seis controles (2). Destacando trabajos realizados en Sudáfrica y en Australia se ha demostrado que el control prenatal dirigido a esta población, es una intervención que disminuye el parto prematuro y el bajo peso al nacer.⁷

En el Hospital de Engativá, institución de segundo nivel de atención de la red de servicios de salud del distrito de Bogotá, el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional de Colombia, se abrió una clínica para 14 gestantes adolescentes desde febrero del 2009, realizando control prenatal de acuerdo con los lineamientos de la norma para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, y favoreciendo manejos interdisciplinarios con psicología, psiquiatría, nutrición, odontología, trabajo social entre otros. Las pacientes que asisten a ésta consulta, habitan en Bogotá, en la Localidad de Engativá, una región de la ciudad que aporta anualmente el 7.4% (n= 1523) de los nacimientos de madres menores de 19 años de la ciudad, según datos de Secretaria Distrital de salud de Bogotá del año 2008.

Con el objetivo de evaluar los efectos de la consulta dirigida a Adolescencia en la calidad del control prenatal, en términos de: edad gestacional de inicio, asistencia y cumplimiento del mismo y resultados del embarazo relacionados con parto pre término y peso al nacer. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, en pacientes adolescentes que se les realizó el control prenatal y se les atendió parto en el Hospital de Engativá de Bogotá - Colombia, entre el 15 de enero de 2010 y El 15 de enero de 2011, comparando dos cohortes de pacientes: las que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes y las adolescentes gestantes que asistieron a control prenatal por el especialista que no hace parte de la clínica de gestantes adolescentes.⁸

El Valle del Cauca se encuentra entre las subregiones de Colombia con mayor porcentaje de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas. Entre las

⁶ ROSALES, Gladys; et al. Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarín y Sto. Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra en el período noviembre del 2009 agosto del 2010. universidad técnica del norte. Ecuador. 2011. disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/702>

⁷Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology. 2004;111(6):571-8. Epub 2004/06/17.

⁸ DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística: Estadísticas Vitales [database on the Internet]. 2009. Available from: www.dane.gov.co.

zonas con mayor proporción están la Orinoquía y la Amazonía (28,1 %), litoral Pacífico (28 %), Antioquia sin Medellín (26,2 %), Guajira, Cesar y Magdalena (24%) y el Valle del Cauca sin Cali (22,2 %).

Los departamentos con mayor proporción de embarazo adolescente son Amazonas (35,4 %), Guanía (33,8 %) y Vichada (31,3 %). La más baja proporción la tienen Boyacá (15,8 %), Santander (16,1 %) y Norte de Santander (17,1 %).

Estas cifras fueron reveladas por la Organización de Naciones Unidas, en cabeza de su Fondo de Población (Unfpa), los cuales presentaron su más reciente informe sobre el estado de la población mundial 'La maternidad en la niñez: enfrentar el reto del embarazo en adolescentes'.

Frente al tema, Javier Torres, director de la Unidad de Pediatría del Hospital Universitario del Valle, aseguró que cerca de un 30 % de las madres que llegan a la institución son adolescentes.

“Nosotros atendemos seis mil partos al año. De ellos, unos dos mil corresponden a menores de edad. Aproximadamente un 10 % de esas jóvenes viene de otras partes del departamento, porque su embarazo se agravó”.

Explicó que es muy baja la adherencia a los controles prenatales por diferentes factores que intervienen, el alto porcentaje de embarazadas en el Valle, afirmó que esto está relacionado con los niveles educativos de las jóvenes, factores socio económicos, desconocimiento de salud sexual y reproductiva responsable. Muchas de ellas no tienen acceso al colegio o la universidad, por lo que desconocen sobre los métodos anticonceptivos, además de que algunas ven el ser madres como su única opción de vida.

A nivel de país, se dio a conocer que en Colombia la tasa de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años es de 19,5 %; siendo las jóvenes con menos ingresos las más afectadas (30 %), frente a las de mayores recursos (7 %). Es decir, que de cada cien adolescentes 20 han sido madres.

“Las jóvenes entre 15 y 19 años, tienen el doble de probabilidades de morir a causa del embarazo, que las mayores de 20 años. En las menores de 15 años este riesgo es 6 veces mayor”, agrega el documento.

La investigación de las Naciones Unidas hace un comparativo entre Colombia y los demás países de Latinoamérica, pues este es uno de los territorios donde más embarazos en menores de 15 años se presentan.

El estudio arrojó que, el país tiene un porcentaje de 2,3 % en menores de 15 años que han quedado en estado de embarazo. Naciones como Bolivia, Ecuador y Brasil presentan 1,8 %; Perú, 1,4 %; Paraguay, 0,8 % y Cuba 0,1 % en este rango de edad. En contraste, los de mayores índices en este aspecto son Nicaragua, con 4,4 % de estos embarazos, Honduras, 2,8 % y Haití también con 2,3 %.⁹

En un estudio analítico que se realizó, denominado Jugando a ser Madres, Cartago, Palmira y Tuluá son las ciudades más afectadas por la problemática. La edad promedio de las adolescentes oscila entre los 14 y 17 años. Las autoridades aseguran que las campañas educativas no están dando resultados, especialmente entre las chicas de la zona rural.¹⁰

El presente trabajo de investigación se realizó con el objeto de identificar los factores relacionados con la adherencia a los controles prenatales en el hospital de nivel uno del municipio de Tuluá-Valle del Cauca y caracterizar la población objeto de estudio, identificar si existen adherencia a los controles prenatales por parte de las adolescentes gestantes ; para el presente estudio se cuenta con un universo de 17 adolescentes embarazadas de edades comprendidas entre 14 y 18 años, distribuidas así 4 de ellas corresponden a la adolescencia media entre 14 y 15 años, 8 a la adolescencia media entre 16 y 17 años y 5 a la adolescencia tardía, para lo cual se utilizó un estudio cuantitativo y descriptivo, en cuanto al tiempo retrospectivo con un corte en el tiempo transversal, se encuentra fundamentado en la teoría de autocuidado de Dorothea Oren; para este estudio se tiene en cuenta la normatividad según resolución 412 de 2000, Conpes y 147 del 2012.

⁹<http://www.enbarazos-en-latinoamerica-elpais.com.co/elpais/cali/noticias/valle-entre-subregiones-con-mayor-porcentaje-adolescentes-embarazadas> Por: Redacción de El País y Colprensa. Miércoles, Octubre 30, 2013

¹⁰<http://historico.elpais.com.co/paionline/notas/Abril012003/B401N1.html>

1. TÍTULO

Factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al Hospital Rubén Cruz Vélez Tuluá 2013 - 2014

2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA

El embarazo en adolescentes entre 14 – 18 años, es una de las grandes problemáticas que debe enfrentar de manera permanente el sector salud, pues cada vez son más los jóvenes que inician su actividad sexual a temprana edad sin responsabilidad; por esta razón se presentan en la mayoría de los casos embarazos indeseados que dan lugar a que las jóvenes tomen un nuevo rol, el cual, un gran número de madres adolescentes no desempeñan de manera adecuada, lo que coloca en riesgo su bienestar y el del nuevo ser.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en “Colombia la tasa de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es 10% mayor en la población pobre, 7% mayor en mujeres que viven en el sector rural y se concentra en tres regiones del país: Orinoquia, Amazonia y Pacífica, donde el acceso a programas de prevención es mucho más difícil “por la falta de educación y concientización de la problemática.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. En algunos casos la adolescencia se ve interrumpida cuando la joven queda en embarazo. Y es que, una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes. En las regiones más pobres del planeta, a una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia.

Los riesgos que presentan las adolescentes embarazadas se clasifican de alto riesgo y presentan más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad.

Las adolescentes que quedan embarazadas presentan en muchos casos: cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebé, un mayor número de abortos espontáneos, partos prematuros, hay un gran número de bebés de adolescentes que nacen antes de la semana 37 de gestación, sus bebés tienen un peso bajo ya que la inmadurez de su cuerpo hace que su útero no se haya desarrollado completamente, las madres adolescente tienen niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo; en los casos de embarazos de niñas menores de 15 años, el bebé tiene más posibilidades de nacer con

¹¹VANEGAS, Federico. Informe sobre maternidad (ONU). En: Periódico El Espectador. Publicada 27 de Noviembre 2013 ENLACE <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/mama-los-15-articulo-455436>.

malformaciones, estas posibles complicaciones se dan por que un alto porcentaje de adolescentes no son conscientes de la creación de un nuevo ser en su vientre, pocos controles y baja adherencia al cumplimiento de los cuidados básicos.

Lo planteado hasta el momento conlleva a establecer que a pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud, la tasa de mortalidad en adolescentes sigue siendo alta, pues solo en el Amazonas se registra alrededor de 347 muertes al año, lo que supera obviamente el límite establecido de 48 muertes maternas por cada 100.00 nacidos vivos.

Según varios estudios realizados en diferentes ciudades brasileñas identifican el embarazo en la adolescencia como factor de riesgo para bajo peso al nacer, nacimientos de bebés prematuros y mortalidad neonatal precoz. Además, algunos de estos estudios resaltan un menor número de consultas prenatales y una mayor tasa de mortalidad infantil cuando la madre es menor de 18 años¹².

Una situación que se hace más fuerte, ya que las madres adolescentes gestantes no reciben atención desde las primeras semanas de embarazo, lo que se debe obviamente a la falta de responsabilidad de las mismas, pues éstas en su afán de ocultar su estado prefieren seguir su vida como si no ocurriera nada, lo que conlleva a que no cambien sus hábitos alimenticios y los auto cuidados. Esta manera de actuar da lugar a que “cada año unas 70.000 adolescentes mueran en países en desarrollo en Latinoamérica a raíz de complicaciones durante la gestación y el parto”¹³.

Por lo tanto, se puede establecer que es la falta de asistencia de las adolescentes a los controles prenatales que da lugar a que se vivencie esta problemática, presentando negación a la realidad con el cambio de adolescente a mujer, la posibilidad de que se les brinde una excelente atención y capacitación, así como la oportuna detección de alteraciones que pueden afectar su salud integral y la del bebé. Según palabras de Russi “Cada año, 50.000 adolescentes y jóvenes a nivel mundial mueren durante el embarazo o el parto, en muchos casos porque sus cuerpos no están listos para gestar bebés, lo que se debe a que solo a partir de los 5 meses han empezado a asistir a controles prenatales”¹⁴.

¹²MORAIS PEREIRA, Sandra de y TAQUETTE, Stella R. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL: UN ESTUDIO CON LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE RIO DE JANEIRO. *Rev. chil. obstet. ginecol.*[online]. 2007, vol.72, n.1 [citado 2014-03-28], pp. 26-32. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000100005>.

¹³<http://www.guiainfantil.com/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>

¹⁴ RUSSI, Vanegas. El embarazo en adolescentes. En: Revista Médica. Sección salud. Edición 45. Argentina.2012. Disponible: <http://www.univadis.com.co/merck-manual-pro/Ginecologia-y-obstetricia/Complicaciones-no-obstetricas-durante-el-embarazo/Anemia-en-el-embarazo>.

Estudio realizado en las gestantes captadas en las ESE hospital integrada de sabana Torre de enero a marzo de 2011 con el objetivo de identificar los factores asociados que llevan a la no adherencia del programa de control prenatal; estudio descriptivo retrospectivo, para su ejecución se utilizó como herramienta un instrumento tipo encuesta para la recolección de la información, la cual se aplicó a un universo de 118 maternas que ingresaron al programa de control prenatal durante el primer trimestre del 2011. RESULTADOS: el mayor porcentaje de ingresos al programa se presentó durante el segundo trimestre de gestación, fundamentalmente quienes residen en el área urbana, se encontró que existen condiciones de accesibilidad que no permiten que la gestante acuda a la cita programada para el control, dentro de las que se encuentran la dificultad para conseguir el transporte, falta de dinero y la ubicación del hospital. Las filas de espera, los documentos requeridos para solicitar la cita, se hallaron como barreras de acceso en la ESE hospital integrado sabana Torre. Un porcentaje significativo refirió tener conocimiento acerca de la importancia de control prenatal. CONCLUSIÓN: siendo el programa de control prenatal una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten y quienes lo hacen ingresan tardíamente, esto debido a los diferentes factores que intervienen en la inasistencia a la cita. En cuanto a la consecución de las citas las gestantes manifestaron satisfacción en la atención brindada por los funcionarios que hacen parte del equipo del programa.¹⁵

Por consiguiente es la inasistencia a los controles por parte de las adolescentes que conlleva que enfrenten riesgos de alta complejidad, puesto que dejan de lado la posibilidad de realizarse importantes exámenes que permiten ver cómo está evolucionando el feto, los niveles de hemoglobina de la madre, la realización de ecografía para detectar malformaciones y otros procedimientos más que son fundamentales para minimizar las alteraciones que colocan en riesgo la vida de la gestante y la del feto.

Estudio realizado en Perú que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Fue un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado dando como Resultados que se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$) llegando a la

¹⁵ CUADROS LOZANO, Alix Xiomara. Et al. Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado sabana Torre. Trabajo de grado presentado como requisito para optar título de especialista en auditoria en salud. Universidad CES. Universidad autónoma. Facultad de medicina . especialización en auditoria en salud. Grupo 52. Promoción XII UNAB. Bucaramanga. Santander. 2011.

Conclusión los investigadores que El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada.¹⁶

Es importante conocer las estadísticas del municipio en cuanto a asistencia a los controles prenatales de las adolescentes de 14 a 18 años, son cuadros informativos con datos estadísticos suministrados por la secretaria de salud del municipio de Tuluá para tener conocimiento de la información al respecto a nivel municipal:

Tabla 1. Asistencia a controles prenatales en personas en las edades 14-18 años del régimen subsidiado en el año 2014

Edades						
Controles	14	15	16	17	18	Total general
1		1		1		2
3			1	2	1	4
4		3	3	1	2	9
5	1		3	1	4	9
6		2	6	5	6	19
7		2	1	2	7	12
8	2	1	5	7	9	24
9		1	4	1	5	11
Total general	3	10	23	20	34	90

FUENTE: Informes estadísticos del municipio.

ELABORADO POR: Área de informática alcaldía Tuluá.

Adaptado por grupo de investigación.

La tabla muestra un total de 90 gestantes adolescentes en edades de 14- 18 años, de las cuales la mayor población se encuentra en la edad de 18 años (34), y presentan asistencia a mayor número de controles (8 controles); la menor población es de 14 años (3) y solo dos presentan asistencia a 8 controles.

¹⁶ARISPE, Claudia et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. *RevMedHered* [online]. 2011, vol.22, n.4 [citado 2014-05-17], pp. 159-160. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores demográficos, socioeconómicos, culturales e institucionales relacionados con la adherencia a los controles prenatales, en las adolescentes embarazadas de 14 a 18 años, en el Hospital Rubén Cruz Vélez del Municipio de Tuluá, en el período junio 2013 a agosto 2014?

2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el embarazo en adolescentes es una de las problemáticas de mayor representatividad en el sector salud a nivel nacional pues éstas no cuentan con el adecuado desarrollo fisiológico y la madurez reproductiva necesaria para afrontar todas aquellas complicaciones propias del mencionado estado. En palabras de Pérez:

Las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años tiene dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o parto que aquellas mayores de 20 años; las jóvenes menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de fallecer. Igualmente los embarazos tempranos también son peligrosos para los bebés, con tasas de muertes neonatales, en la primera semana y en el primer mes que son de hasta un 50% superior en adolescentes que en mujeres de entre 20 y 29 años¹⁷

Por tal razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido una serie de procesos y acciones que permitan contrarrestar dichas amenazas, tal como lo es el caso del control prenatal que se fundamenta en una serie de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Sin embargo se debe tener en cuenta la cruda realidad que vive el municipio de Tuluá con el resto del mundo, algunos estudios demuestran que: el embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años.

¹⁷PEREZ I, Bastardo Cermeño T. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. *INformed*.2008;10(4):Enlace: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/437-la-mortalidad-materna-en-adolescentes-una-crisis-ignorada#referencias>

Así la incidencia anual del embarazo adolescente en Colombia es de 16,16%. Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%)¹⁸.

Los controles prenatales son una clara alternativa para que la salud de la madre adolescente y el niño prevalezcan, ya que en la realización de cada uno de los mismos se realizan chequeos médicos, pruebas diagnósticas y charlas que dan lugar a que las jóvenes tengan conocimientos y otros procesos que de manera directa contribuyen a garantizar la adherencia al control prenatal.

A pesar de esto se puede observar que diversas niñas entre los 14 y 19 años no presentan adherencia al control prenatal, lo que se debe a una serie de factores tales como la reacción de los padres, la falta de dinero para desplazarse a cumplir con los controles prenatales, las críticas de tipo cultural y otras situaciones más, que hacen que la joven gestante tome la opción de ocultar su embarazo y seguir su vida dentro de su normalidad, dando lugar esto a que el riesgo de muerte sea cada vez más fuerte. En palabras de Cornejo:

Para contribuir a la adherencia de los controles prenatales el equipo multidisciplinario en cabeza del profesional de enfermería, deben realizar un abordaje de concientización de la realidad, esto permite que se consoliden programas que den lugar a que las jóvenes embarazadas tomen conciencia de que es sólo asistiendo a los controles prenatales que se logra determinar los cuidados y medidas pertinentes y el autocontrol que deben realizar para garantizar su bienestar y el de su bebé.

En el departamento Valle del Cauca las estadísticas son similares a las presentadas a nivel nacional: La información proveniente del Censo 2005 revela que la maternidad en adolescentes es una realidad en 9.319 niñas entre los 12 y los 17 años de edad, que representan el 3,9% del total de población de mujeres en este rango de edad . En números absolutos, las adolescentes madres se concentran por municipios así: en Cali (4.008), en Buenaventura (1.131), en Palmira (540) y en Tuluá (400). Para 15 municipios del departamento el porcentaje de madres adolescentes es mayor o igual al 5%: Ansermanuevo, Alcalá, Caicedonia, El Dovio,

¹⁸LEON, Paula, Et al. Embarazo en adolescente. Departamento de psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de los andes. Psiquiatra, departamento de psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de los andes, 2008. ISSN 0718-0918. Enlace: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html?buffer_share=8e5c0&utm_source=buffer&utm_medium=twitter&utm_campaign=Buffer%253A%252Bjuconimexico%252Bon%252Btwitter.

Cairo, Sevilla, Bolívar, Pradera, Calima, Dagua, Vijes, La Cumbre, Yumbo y La Unión¹⁹.

Hay que mencionar además que según informe dado por la alcaldía municipal el municipio de Tuluá reportaron que de los “Nacimientos en Colombia, de las adolescentes el 36% no deseaba su embarazo actual. Durante el año 2007 se presentaron 2.931 Nacimientos vivos en Tuluá y de otros municipios 994 nacimientos, para un total de 3.925. De ellos correspondieron 355 nacimientos a madres adolescentes, el 9.045%”²⁰. Siendo adherentes al control solo el 64% de la población esperada.

Por lo tanto el comienzo de la Atención prenatal en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran trascendencia, ya que esta puede garantizar que el desarrollo del embarazo este dentro de los parámetros de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo. Además de la captación precoz se requieren que las atenciones prenatales subsiguientes se realicen en forma periódica permitiendo el contacto con la adolescente para poder educarla y prepararla para el momento del parto. Cabe resaltar que la Morbimortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años; al mismo tiempo un tercio de las hospitalizaciones de mujeres adolescentes son por complicaciones de aborto^{(9) (16)}. Así también la Atención Prenatal de los embarazos en adolescentes ocurre en un 81,9%, mientras que la atención del parto institucional, en 55,6% y la tasa de cesáreas, 8,5%.²¹

Los profesionales de la salud se deben preocupar por saber los motivos en los cuales existen tantas adolescentes enfrentadas a la realidad de ser madres sin aun estar preparadas física, emocional y económicamente de ahí que optan por no pertenecer a un programa de control prenatal. Es decir, que se debe evaluar lo que está viviendo, sus costumbres, creencias y otros factores que influyan de manera directa en la decisión de la gestante adolescente.

Diversas investigaciones en adolescentes embarazadas tanto a nivel nacional como internacional, han mostrado una deficiente Atención Prenatal, ya sea por ausencia

¹⁹ OSORIO, Ana María and AGUADO, Luis Fernando. A look at the childhood situation in the Province of Valle del Cauca. *Rev.latioam.cienc.soc.niñezjuv* [online].2010, vol.8, n.2 [cited 2014-02-16], pp. 1183. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000200028&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1692-715X.

²⁰ Documento base para la implementación de un plan de atención integral a la primera infancia del municipio de tuluá. Colombia. Valle del cauca. Tuluá. Marzo 2009.

²¹ BARRERA HUAMAN, Patricia. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del hospital santa Rosa octubre a diciembre 2007. Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. Lima. Perú. 2008.

o por inicio tardío del mismo, lo cual es grave ya que la falta de educación a la gestante influye sobre los cuidados prenatales y la evolución del embarazo, de este modo la deficiencia de la atención prenatal refleja la insuficiencia de estrategias para la adecuada captación a la adolescente embarazada.⁽¹⁸⁾ Esto es una problemática pues los estudios revisados muestran la relación directa entre la deficiencia de la Atención prenatal y la Morbilidad materna en la adolescente embarazada, distinguiéndose que la mayoría de adolescentes inician tardíamente su Atención Prenatal y que las complicaciones más resaltantes son: infección de vías urinarias, anemia, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas y retardo en el crecimiento intrauterino.⁽¹⁹⁾ Asociándose asimismo la Atención prenatal ausente o insuficiente con una ganancia de peso menor de 8kg durante la gestación, bajos ingresos familiares, desinterés del compañero por el embarazo, maltrato físico durante el mismo y embarazo no deseado. Es por eso la importancia y el valor del inicio temprano de la Atención prenatal, pues esta evitaría la desnutrición y la morbilidad materna; algunos estudios concluyeron que la Atención Prenatal tardía (≥ 25 semanas) está asociada directamente con a la presencia de anemia, deficiencia de hierro y zinc⁽²⁰⁾. Por ello lo ideal para las gestantes es que estas tengan una atención prenatal precoz que les permita asegurar su salud hasta después del momento del parto. Así también se ha visto que el acceso e inicio de la Atención Prenatal en la gestante adolescente puede verse afectado por diversos factores sean de su entorno social, económico, psicológico e institucional; la alteración de uno de estos factores puede llevar a una atención prenatal tardía o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y patologías que no fueron tratadas a tiempo por el personal de salud, desencadenándose un parto complicado.²²

El equipo multidisciplinario del hospital Rubén Cruz Vélez cuenta con: 1 Enfermera jefe, médicos (uno en la mañana y tarde y dos en la tarde, específicos para el programa), 1 Psicóloga, 2 Auxiliares de enfermería, consulta médica especializada en Gineco – obstetricia, Inscripción al Programa de Lunes a Viernes de 8am – 11^a.m y de 2pm – 4p.m.

Consta de los siguientes servicios:

- Consulta de primera vez con medico
- Inscripción al programa
- Entrega del carne prenatal
- Psicoterapia
- Entrega de multivitamínicos mensualmente
- Ecografías obstétricas

²² Ibid.,

- Exámenes de laboratorio
- Educación.
- Toma de ECO Obstétrica

Según información estadística del programa de control prenatal del hospital Rubén Cruz Vélez muestra que la mayor proporción de pacientes que se atienden en el control prenatal pertenecen a Emssanar, seguido de Cafesalud, Caprecom y Asmetsalud. En cuanto a la edad prevalecen las menores de edad de 13- 18 años, siendo poco frecuentes las gestantes mayores de 35 años.

En el servicio de control prenatal cuenta con 557 gestantes inscritas al programa de control prenatal en el periodo enero- mayo 2014 , de las cuales iniciaron el control prenatal 534 distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 2. Distribución de usuarios inscritos al control prenatal según rango de edad y EPS-S en el periodo enero – mayo del 2014.

EPS	TOTAL	MENORES DE EDAD	Edad de 0/ 35 AÑOS	Inscritos antes de la semana < 12 SEMANAS	INASISTENCIA
Emssanar	335	36	6	125	17
Cafesalud	116	15	8	29	6
Caprecom	61	11	4	16	2
Asmetsalud	22	3	0	1	1
Total	534	65	18	171	26

FUENTE: Estadístico Hospital Rubén Cruz Vélez.

ELABORADO POR: Coordinador de área control prenatal.

El área de control prenatal tiene inscritas 557 gestantes al programa en el periodo de enero- mayo 2014 de las cuales iniciaron el control prenatal 534 distribuidos 65 menores de edad y 18 mayores de edad, 171 inscritos antes de la semana 12 y 26 inasistencias.

A la gestante se le entrega listado de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, listado de exámenes de laboratorio de primer trimestre, listado de implementos que necesitan a la hora del parto. Actualmente se está trabajando en la implementación del curso psicoprofilácticos.

La presente investigación pretende contribuir al Hospital Rubén Cruz Vélez a tener conocimiento de los factores asociados a la adherencia a los controles prenatales en adolescentes y así mismo formular alternativas de acción e intervención permitiéndoles fortalecer su programa de control prenatal, lo cual consolida un punto de partida para emprender propuestas que al ser direccionadas permitan fomentar acciones que ayuden a mejorar el programa y por ende, disminuir los riesgos a los que se ven enfrentados este grupo poblacional propios de su etapa en el municipio de Tuluá, logrando que la adherencia de las mujeres embarazadas a los controles prenatales sea más notoria no solo en el hospital objeto de estudio sino en cada uno de las instituciones de salud del municipio.

De acuerdo a la problemática planteada se considera la necesidad de realizar una investigación con el fin de determinar los factores, demográficos, socioeconómicos, culturales e institucionales, relacionados con la adherencia a los controles prenatales en las adolescentes embarazadas de 14 a 18 años del Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá en el periodo junio 2013 a agosto 2014. En consecuencia alimenta la línea de investigación de salud-cuidado, por otro lado es importante saber porque las madres jóvenes embarazadas deciden no asistir a los controles prenatales, sabiendo ellas que este es un programa fundamental para evitar posibles complicaciones durante su etapa gestacional, razón por la cual decidimos aplicar una encuesta donde nos da respuesta a todos los factores relacionados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores demográficos, socioeconómicos, e institucionales relacionados con la adherencia a los controles prenatales, de las adolescentes embarazadas de 14 a 18 años, del Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá, en el periodo junio 2013 a agosto 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores demográficos y socioeconómicos de las adolescentes embarazadas que asisten a los controles prenatales del Hospital Rubén Cruz Vélez.
- Identificar si existe adherencia a los controles prenatales de la población objeto de estudio.
- Identificar los factores institucionales que inciden sobre la adherencia de las adolescentes embarazadas a los controles prenatales.
- Analizar la relación entre adherencia a los controles prenatales de la población objeto de estudio y algunos factores demográficos e institucionales.

4 MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 Adherencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia bajo fundamentos de dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica²³:

1.- Factores socioeconómicos como la pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo social efectivos, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de la medicación, situaciones ambientales cambiantes, aspectos culturales y creencias populares acerca de la enfermedad - tratamiento y la disfunción familiar.

2.- Factores relacionados con el tratamiento como la complejidad del régimen médico, duración del tratamiento, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en la medicación, inminencia de los efectos beneficiosos, efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

3.- Factores relacionados con el paciente, como el conocimiento, actitudes, creencias, percepciones y las expectativas del paciente respecto a la medicación, la mejoría clínica y el posible estigma social.

4.- Factores relacionados con la enfermedad como la gravedad de los síntomas, grado de discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión de la enfermedad, la morbilidad, como la depresión y el abuso de drogas y alcohol.

5.- Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria como la relación proveedor-paciente, el sistema de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control y prevención de la enfermedad.

²³MERINO ALMARAZ, VaniaNohelia; LOZANO BELTRAN, Daniel Franz y TORRICO, Faustino. factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. *En: revista electrónica Scielo*. 2010, vol.33, n.2 [citado 2013-09-29], pp. 21-25.

El asunto de la adherencia ha sido abordado en múltiples investigaciones, sin embargo en la observación juiciosa de estas, se encuentran serias dificultades para hallar un concepto unificado o por lo menos una diferenciación clara a nivel conceptual y el cumplimiento terapéutico lo cual obliga a hacer una presentación de las principales conceptualizaciones que giran en torno al cumplimiento terapéutico “la coincidencia de la conducta del consultante con la prescripción médica”.

No obstante, la diferenciación entre cumplimiento y adherencia resulta ser suficiente para describir y comprender los elementos que componen esta la última; hecho que se halla en varias investigaciones revisadas que inicialmente confunden el término de adherencia con cumplimiento. Así se observa como muchos de los avances en referencia a la conceptualización de la adherencia , siguen observando, lo que se denomina no- adherencia y no- cumplimiento para responder lo que esta es , reconociendo que es importante examinar unos escritores que limiten el concepto con sus análogos , es preciso entonces decir que es, delimitando su compromiso , por esta razón , como resultado de la discusión , se debe advertir el cumplimiento terapéutico como un descriptor de la adherencia , así la obediencia o coincidencia del comportamiento del consultante con la orden medica puede estar presente en la adherencia , pero la adherencia no puede describirse o justificarse por la mera existencia del cumplimiento terapéutico²⁴.

Una de las definiciones más recientes es que deteniéndose y tratando de realizar el abordaje de la diferenciación conceptual, también refieren una discriminación según el rol asumido por el consultante así parten de retomar a este como “ una persona que toma decisiones autónomas y con el cual el médico debe establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos” de este modo , en el cumplimiento , estos autores coinciden con la presente elaboración , en tanto asumen la adherencia como esa escenificación del tratamiento donde el consultante es activo en su proceso y el terapeuta responsable de generar el contexto en que el consultante obtenga información que facilite la toma de las decisiones.

Manejando el binomio de manera integral, la adherencia no solo significa la asistencia a una consulta médica, en este caso significa que las adolescente acudan al servicio oportunamente y que sigan las recomendaciones brindadas por el personal de salud, así mismo incluye que se hagan tomar todos los paraclínicos y que lleven a cabo los cuidados pertinentes para buen mantenimiento de la salud y el bienestar de ella y su bebé y que esto contribuya a llevar un embarazo a término sin complicaciones y un buen puerperio.

²⁴ NIETO, L.y Pelayo, R. (2009)“Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud” En: revista Académica e Institucional, páginas de la UCPR, 85. 62-64.

Cuando se habla de adherencia implica el total seguimiento de las pautas dadas, es decir, no se puede desligar de este concepto a los profesionales de la salud, o sea que se evidencian situaciones donde las usuarias se encuentran inconformes con la atención brindada por los mismo; se requiere un total conocimiento y tomar conductas adecuadas en el momento oportuno teniendo en cuenta la integridad de la paciente y siempre manejando un profundo respeto por la profesión y por lo tanto de las pacientes .

Un Estudio sobre los factores que inciden en la adherencia a controles prenatales en mujeres gestantes en el sub centro de salud del Cantón Quero en la provincia de Tungurahua –Ecuador en el periodo de agosto del 2012 a marzo del 2013, la muestra fue de 56 pacientes embarazadas que acudieron al control prenatal.²⁵

Los investigadores concluyen que los principales factores que inciden en la adherencia a los controles son el lugar de procedencia, el tiempo y la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1-3 veces al control prenatal, que su primer control se lo realizan a las 12 semanas de gestación y no desde el primer mes de embarazo, que no reciben suficiente información sobre los beneficios de acudir periódicamente al control prenatal por lo que el rol desempeñado por parte del servicio de salud se lo realiza de forma incompleta²⁶.

Otro Estudio realizado por Macarena Hirmas, Ximena Aguilera, Janeth Vega, María José Gonzales, y otros en Santiago de Chile que tenía como objetivo analizar las barreras y facilitadores de acceso a control prenatal en adolescentes urbanas de 15-19 años .Tuvieron como muestra 17 madres adolescentes. Resultados la negación y ocultamiento de embarazo es la barrera principal para ingresar a control en un grupo de acceso tardío; no se identificaron facilitadores para mantenerse en control, todas las participantes identificaron como facilitador contar con una figura de apoyo. La vulnerabilidad familiar y social explica que algunas adolescentes ingresen a control tardíamente. Los investigadores concluyen que la presencia de facilitadores es determinante para el ingreso oportuno y mantenerse en control ya que reduce o anula el efecto de las barreras. El sistema de salud debe constituirse en un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes favoreciendo un vínculo de confianza y respeto²⁷.

²⁵ BAUTISTA, Enrique y VINICIO, Marco. Factores que inciden en la adherencia a control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud cantón quero. Ecuador. provincia de tungurahua.2013. Enlace: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5872>

²⁶Ibid., pág. <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5872>

²⁷POFFALD, Lucy, Hirmas, Macarena, Aguilera, Ximena, Vega, Jeannette, González, María José, Sanhueza, Gabriel. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile Salud Pública de México [en línea] 2013, 55 (Noviembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=10628941004>> ISSN 0036-3634

4.1.2 Adolescencia.

Es una etapa del ser humano, que es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

La etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Sin embargo la condición de la adolescencia es variable de acuerdo a las características individuales. Cada individuo posee una personalidad y en estos casos específicos la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales para ejecutar cambios o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.²⁸

Se realizó encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas; y análisis de expediente clínico a 305 adolescentes que habían dado a luz en los dos principales hospitales obstétricos de la ciudad de San Salvador en los meses de noviembre y diciembre de 1998. Se encontró que la edad promedio fue de 17.2 años; el 51% ya habían formado uniones estables antes del embarazo, siendo sus parejas al menos 4 años mayores que ellas en el 66% de casos.

La escolaridad promedio era de apenas 7º grado y el 65% ya había abandonado la escuela previamente, para la primera relación sexual 15.32 ± 1.46 años y para el primer parto 16.54 ± 1.55 años. El 28% ya tenía embarazos anteriores. La principal motivación para iniciar vida sexual fue la atracción física en el 42% y la búsqueda de sostén económico en el 25%. El 66% provenía de hogares destruidos, sin figura paterna.

Los conocimientos sobre fertilidad y métodos anticonceptivos eran bajos, 54% y 48% respectivamente, y su uso fue únicamente del 19%. Las causas principales para no usarlos fueron temor y desconocimiento.

²⁸La Organización Mundial de la Salud e el MS, Dirección corporativa de administración sub dirección de servicios de salud. Enlace: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf>

Pudo demostrarse que las adolescentes tienen seis veces mayor probabilidad de presentar factores de riesgo reproductivo y morbilidad del embarazo; y dos veces mayor probabilidad de desencadenar complicaciones durante el parto, así como de que sus recién nacidos presenten alguna patología²⁹.

A nivel nacional un estudio realizado en el distrito capital de Bogotá en el año 2012 donde se identifican los factores de riesgo de la población de embarazos en la población adolescentes urbana y rural con 7068 jóvenes estudiantes entre 11 y 20 años de edad en 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños se aplicó una encuesta auto diligenciada que indaga factores socio-demográficos, familiares, sentimentales y conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad.

Resultados: los estudiantes refieren haber recibido información sobre planificación el 80%, prevalencia de haber tenido relaciones sexuales 40%, vida sexual activa 20%, prevalencia de embarazo 4% y de aborto 1%.

Factores de riesgo: no haber recibido información sobre planificación vs entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95% de 0,03-0,4) haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95% 2,3-25.8) no planifico en la primera relación (OR de 3,9 IC 95% de 2,2-7)

Conclusión: el embarazo adolescente parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas³⁰.

4.1.3 Controles prenatales.

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.³¹

Se realizó un estudio que tuvo como objetivo analizar el número de controles prenatales y su influencia en la presencia de amenaza de prematuros en madres

²⁹ GIL DE PADILLA, Marina. Aspectos médicos y sociales de a maternidad en la adolescencia. El salvador. 1998. Enlace: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2000/VII1aspectos.pdf>.

³⁰ González-Quiñones, Juan C., Salamanca-Preciado, Jenny P., Quiroz-Rivera, Ruth M., Hernández-Pardo, Ángela M., Hernández-Rojas, Astrid D., Quesada-Núñez, Bese link. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana Revista de Salud Pública [en línea] 2012, 14 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42226354004>> ISSN 0124-0064

³¹ Escuela de medicina. enlace: escuela.med.puc.cl/.../Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html

adolescentes, que acuden a centro obstétrico del Hospital Provincial General Docente Ambato- en el Ecuador en el periodo de enero – junio del 2012, integrada por 50 pacientes, obteniendo que el 68% de las investigadas, no se realizaron el número de controles prenatales adecuados durante su etapa de gestación. Se demostró que el hecho de que las madres adolescentes no se realicen un control prenatal optimo si influye en la aparición de Amenaza de Parto Prematuro³².

Un estudio realizado en Bucaramanga, con el título de ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil en el año 2009 que tuvo como población 160 gestantes que asistieron a control prenatal a la UIMIST dio como resultado que el 30% de las maternas ha tenido en el embarazo actual en 1- 3 controles prenatales, el 49% entre 4- 6 controles y 7 o más controles el 21%.

Conclusiones: no alcanza la periodicidad recomendada por el ministerio de la protección social en la guía de detección de alteraciones en el embarazo donde se recomienda realizar control prenatal mensualmente y quincenalmente después de la semana 36 hasta la40.

La información muestra que pese a los esfuerzos e instrumentos realizados por las instituciones y persona de salud dedicada a la promoción y la prevención no ha sido suficiente para lograr un cubrimiento en 100% que disminuya los índices de morbi-mortalidad perinatal relacionado con el ingreso tardío al control prenatal³³.

Por último un programa de atención integral a la adolescente gestante realizado por Ana Cecilia Rico de Coronel y está dirigido a las gestantes que se encuentran en el rango de edad entre los 10 y 19 años, que asisten a control prenatal del Centro de atención básica Patio Centro, incluyendo en esta propuesta al compañero y/o al grupo familiar de la adolescente gestante.

Este programa se basa en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad fue aplicado a una población 95 pacientes, en el periodo comprendido entre agosto de 2011 a julio de 2012 dando como resultado.

³² LOPEZ PEREZ, Grace Pamela. Controles prenatales y su influencia en la presencia de amenaza de parto prematuro en madres adolescentes que acuden al centro obstétrico del hospital provincial docente Ambato. 2012.Enlace : <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5512>

³³ PLATA MOYA, Delia; GUIZA S., Ingrid Johana y MORA MERCHAN, Mayra Alejandra. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. En revista de investigación programa de enfermería UDES. 2009.pag. 51. Enlace:<http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/70/Ingreso%20temprano%20al%20control%20prenatal%20en%20una%20unidad%20materno%20infantil.pdf>

En general las pacientes tuvieron un inicio temprano del control prenatal evidenciado en un porcentaje del 65% para el I trimestre de embarazo, el 32% para el II trimestre y tan solo el 3% inician controles en el último trimestre del embarazo, lo que se considera positivo ya que hay un mayor seguimiento desde el inicio del embarazo y más posibilidad de detectar alteraciones durante el mismo. Los resultados son semejantes a los encontrados por Rodríguez et al., (2011) donde se obtuvo que el 65% de adolescentes se captaron en el primer trimestre, 29% en el segundo y 6% en el tercero.³⁴

Continuando con el estudio este evaluó el grado de satisfacción de las asistentes al programa de atención integral a la adolescente gestante arrojando como resultado que el 86% de la usuarias se encontraban satisfechas, el 12% se encontraba medianamente satisfecha y tan solo el 2% se encontraba insatisfecha, estos resultados son similares a los encontrados en el estudio realizado por Rubio et al., (2009-2010), donde la satisfacción fue del 88%, la atención brindada a las usuarias se caracterizó por ser integral en donde prevaleció la salud y la calidad de vida de la madre y su hijo por nacer; se brindó un trato digno y fundamentado en el amor y en la adecuada relación enfermera/paciente aplicando el modelo de Marlene Montes fundamentado en el amor.³⁵

4.1.4 Embarazo.

Es una condición en la que se encuentra la mujer durante un periodo de unos nueve meses, desde la fecundación del cigoto hasta el parto. Se caracteriza por una serie de cambios sistémicos en diferentes niveles del organismo tales como alteraciones endocrinas, con un incremento en la producción de estrógenos y progesterona; cambios a nivel cardiovascular con un aumento en el volumen plasmático y en el gasto cardíaco; cambios pulmonares, caracterizados por un aumento en el volumen de aire circulante e incluso la aparición de disnea; cambios a nivel gastrointestinal, con una alteración de los hábitos alimentarios (incremento en el consumo de azúcares) y aparición de náuseas y vómitos; y cambios hematológicos, con una disminución del hematocrito, de la tasa de hemoglobina y del número de eritrocitos.³⁶

³⁴ RICO DE CORONEL, Ana Cecilia, et al. Programa de atención integral a la adolescente gestante. Revista ciencia y cuidado. Volumen 10. Julio 2013. ISSN 1794-9831. Disponible en : file:///C:/Users/YASKARI/Downloads/Dialnet-ProgramaDeAtencionIntegralALaAdolescenteGestante-4454860%20(1).pdf

³⁵Ibíd.,p. 71

³⁶FIGUERO-RUIZ, E.; PRIETO PRIETO, I. y BASCONES-MARTINEZ, A. Cambios hormonales asociados al embarazo: Afectación gingivo-periodontal. *Avances en Periodoncia* [online]. 2006, vol.18, n.2 [citado 2013-09-24], pp. 101-113. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-6585. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852006000200005>

Durante años atrás el casarse y tener una familia en edades tempranas era normal pero con el pasar de los años estudios realizados a nivel mundial demostraron que el embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública por los múltiples riesgos a los que se ve enfrentado tanto la madre como el neonato en palabras de Cruz. “Niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de niños cada año en el mundo y por causas relacionadas con el embarazo, mueren en este grupo de edad más que por ninguna otra causa”³⁷.

Actualmente las estadísticas nos muestran que los embarazos en adolescentes hoy en día son más comunes y cada día cobran más vidas humanas.

Colombia tiene una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada, lo cual significa un obstáculo para el desarrollo individual y social del país; En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez; es así que en la última década la tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años es de 74% y en mayores de 15 años de 9%, siendo la tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador la más alta de la Región Andina, llegando a 100 por 1000 nacidos vivos . Para Bolivia, cerca de un 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; al menos la mitad de estos embarazos no fueron planificados al momento de la concepción. Para Chile en el año 2009, el número total de nacidos vivos fue de 252.240 y de estos, el 16,14% correspondió a nacidos vivos de madres adolescentes; al desagregar por grupo etario, 15,7% corresponden a adolescentes de 15-19 años y 0,4% restante a adolescentes de 10-14 años³⁸.

A pesar de que en Colombia, se calcula una tasa elevada de embarazos en adolescentes lo que se busca es evaluar si el sistema de salud está cumpliendo con las metas para que esto sea diferente, y en caso de que se presente; como está contribuyendo a disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal, se está capacitando la población de jóvenes para que utilicen medidas para prevenir embarazos no deseados.

Estudio realizado en Bogotá el cual lleva por título ¿fracasaron la consejería preconcepcional y el control prenatal? Hecho en Bogotá Colombia en el periodo el

³⁷ CABEZAS CRUZ, Evelio. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cubana ObstetGinecol* [online]. 2002, vol.28, n.1 [citado 2014-02-09], pp. 5-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3062

³⁸SANCHEZ VALENCIA, Yessica Alexandra et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2013, vol.78, n.4 [citado 2014-02-09], pp. 269-281 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400005>.

2009- 2010 Resultados: se totalizaron 123.068 registros de nacidos vivos, de los cuales el 82,5% fueron incluidos para análisis. Nacimientos: 37% fueron por cesárea en 2009, y 38,6% en 2010. 21,3% de los nacimientos en 2009 y 17,7% en 2010 fueron de madres adolescentes. Conclusión: del registro se configura una realidad sugestiva de una falla específica de la actual política de salud sexual y reproductiva, y la necesidad de su evaluación y reformulación en el marco del futuro Plan Decenal de Salud³⁹.

4.1.5 Factores demográficos.

Trata de las características sociales de la población y de su desarrollo a través del tiempo. Los datos demográficos se refieren, entre otros, al análisis de la población por edades, situación familiar, grupos étnicos, actividades económicas y estado civil; las modificaciones de la población, nacimientos, matrimonios y fallecimientos; esperanza de vida, estadísticas sobre migraciones, sus efectos sociales y económicos; grado de delincuencia; niveles de educación y otras estadísticas económicas y sociales.

Estudio realizado en Rio de Janeiro en el periodo entre 2004- 2006 en un Hospital Universitario que tuvo como objetivo identificar características socio-demográficas de adolescentes embarazadas, donde fueron analizadas 112 historias clínicas en el análisis de los resultados evidenció que la mayoría de las adolescentes (68,7%) se encontraba entre 15-17 años; enseñanza fundamental completa (69,5 %); eran estudiantes (64,3%), renta familiar de 01-03 salarios mínimos (66,9%). Se observó que el 55,3% tuvo su primera relación sexual (sexarca) entre 01 y 03 años después de la menarquía; eran primigestas (79,4%) y, aunque 75% no habían planificado la gestación, el 58,9% la aceptaron normalmente.⁴⁰.

³⁹SEGURA, Omar. ¿Fracasaron la consejería preconcepcional y el control prenatal? Una mirada desde las estadísticas vitales en Bogotá (Colombia), 2009-2010 Investigaciones Andina [en línea] 2011, 13 (Abril-Septiembre) : [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304004>> ISSN 0124-8146

⁴⁰SPINDOLA, Thelma and SILVA, Larissa freirefurtado da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de un hospital universitario. *Esc. AnnaNery* [online]. 2009, vol.13, n.1 [cited 2014-02-21], pp. 99-107. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100014>.

4.1.6 Factores Socioeconómicos.

Posición que ocupa una persona en una sociedad, dada por sus ingresos económicos y algunas características como: estado civil, tenencia familiar, ingresos del grupo familiar, respaldo económico, estrato social⁴¹.

Los factores socioeconómicos tienen un contenido tan abigarrado que expresa todos los ámbitos y dimensiones de la sociedad, incluyendo tanto portadores individuales como colectivos dados en individuos en forma de líderes, masa y pueblo, y en grupos sociales como familias, clases sociales, naciones, estados. Llegan a estar compuestos de aspectos específicos de la sociedad como la política, la religión, el trabajo, la comunicación, la educación, el medioambiente, la economía, el derecho, etcétera⁴².

Por consiguiente es oportuno referenciar uno de los estudios direccionados en la asistencia a controles prenatales, por ejemplo, varía y tiene distribución desigual por estratos socioeconómicos. Un estudio encontró que las gestantes de clase alta realizan mejor controles prenatales, algunas incluso con excesiva medicalización.

En una posterior evaluación, se evidenció que mujeres de clase baja asisten a menos de 6 controles prenatales, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo mientras que las de clase alta acuden a más de 12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio⁴³.

Conviene citar otro estudio realizado en la unidad de medicina familiar No 66. De Xalapa, Veracruz, México en el año 2001, con el objetivo de cuantificar la asociación entre los factores socioeconómicos, educación sexual y metodología anticonceptiva con la presencia de embarazo en adolescentes, conto con un grupo casos y controles. Los casos fueron adolescentes primigestas con edades entre 13 y 19 años de cualquier edad gestacional, los controles fueron adolescentes de 10 y 19 años.

⁴¹BEDOYA, Johana Andrea. Et al. perfil de los estudiantes de la facultad de enfermería de la unidad central del valle del cauca, relacionado con algunos factores demográficos, socioeconómicos y culturales tuluá, enero –junio del 2000. Trabajo de grado enfermería. Tuluá. Unidad central del valle del cauca. Programa de enfermería. 2000.

⁴²MIRANDA GUZMAN, Omar C; RODRIGUEZ CABALLERO. Tamara C. la definición de los factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Universidad de oriente. Facultad ciencias sociales. Santiago de cuba. 2012. Disponible en: file:///C:/Users/YASKARI/Downloads/3228-9301-1-PB%20(1).pdf

⁴³CACERES-MANRIQUE, Flor de María. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2009, vol.60, n.2 [cited 2014-02-21], pp. 165-170. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

Se encontró una fuerte asociación del embarazo en adolescentes con hacinamiento RM: 15.54, IC: 95%, nivel socioeconómico bajo RM 5.71 IC: 95%, y escolaridad menor de 6 años RM: 5.64 IC 95%, en menor medida en el caso de desinformación sobre educación sexual RM 2.70 IC 95% y planificación familiar RM 2.71 IC 95%. La investigación concluye que el nivel socioeconómico, el hacinamiento y la escolaridad fueron los factores más fuertemente asociados con el embarazo adolescente⁴⁴.

“De igual manera un estudio realizado por Silvia Tamez ,Rosa Valle, Catalina Eibenschutz y otros en la ciudad de México para el año 2006 llamado adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal la muestra fue de 663 casos. Resultados en la atención prenatal se observó que el nivel socioeconómico interviene como predisponente de la utilización de los servicios de atención”⁴⁵.

Por la misma línea un estudio realizado por Ana María Chávez y Raquel Marín acerca de antecedentes psicosociales que influyen en la ocurrencia del embarazo en adolescentes en la ciudad de San Francisco del Rincón. Tuvo participación de 61 adolescentes; 30 con historia de embarazo (grupo tipo), 31 sin historia de embarazo (grupo control). Resultados.- Del total de la muestra, el 60% vive en zona urbana y el 40% en zona rural. Todas las del grupo control son solteras, del grupo tipo todas viven en pareja. El 52 % del grupo control estudia y solo el 10% del grupo tipo lo hace. Se encontró que el 85% del grupo tipo dejó de estudiar durante la infancia y solo el 39% del grupo control lo hizo. El 26% del grupo control trabaja; del grupo tipo el 10%.

El grupo tipo reportó haber tenido mayor maltrato, actividades laborales y tristeza durante la infancia; menor escolaridad y peor relación con la familia en comparación con el grupo control. Más del 90% (grupo tipo) manifestó que el primer embarazo fue deseado y planeado por ellas y por sus parejas; poco más del 50% manifestó que les hubiera gustado esperar más tiempo para embarazarse por primera vez.

Los resultados obtenidos indican que en el fenómeno del embarazo adolescente cobra un papel fundamental la familia y las oportunidades reales (económicas,

⁴⁴ CARREON VASQUES J, et al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Xalapa. México DF. Veracruz. 2001. Vol. 6 pág., 70. Enlace: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>

⁴⁵TAMEZ GONZÁLEZ, Silvia, Valle Arcos, Rosa Irene, Eibenschutz Hartman, Catalina, Méndez Ramírez, Ignacio. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal Salud Pública de México [en línea] 2006, 48 (septiembre - octubre) : [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10648508>> ISSN 0036-3634

educativas, laborales, culturales) que tienen las adolescentes en su medio para poder ampliar su abanico de posibilidades en cuanto a su proyecto de vida⁴⁶.

El Distrito Capital de Colombia no está exento de escaparse de esta problemática estudio realizado por dalia c, patricia rojas y otros en el 2010 que tuvo como muestra a 17 jóvenes mostro como resultados: que los embarazo no planeado, 11 casos en el noviazgo, 1 por promiscuidad y 5 (29.4%) por abuso sexual o incesto. Se oculta por vergüenza, temor al rechazo social. Hubo abandono de pareja en 9 casos, crisis y aislamiento familiar y social, deserción escolar. Cambios psicosociales: negación y rechazo (aborto, abandono, adopción, conductas de riesgo); aceptación y establecimiento del vínculo madre-hijo⁴⁷.

4.1.7 Factores culturales.

La cultura y la civilización son las dos formas del progreso social: la primera se refiere al progreso espiritual y tiene sus máximas expresión en el humanismo; la segunda se relaciona con el progreso y tiene su representación objetiva en la tecnología. Cuando nos referimos a cultura, estamos haciendo, naturalmente, relación a ciertos valores, al progreso de las doctrinas, de las ciencias puras, del arte, de la filosofía, del derecho. Pero ellas no podrían evolucionar sin los aportes de la técnica⁴⁸.

Se realizó un estudio en el hospital José Agurto Tello de Chosica en Lima Perú que tuvo como muestra a 13 primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes con el fin de determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo. Se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años.

⁴⁶ CHAVEZ HERNANDEZ, Ana María y MARIN GUTIERREZ, Raquel. Antecedentes psicosiales que influyen en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes. Vol. 17, No 3. 2007. Pág. 48. ISSN 0188-6266.

⁴⁷ GARCIA ROJAS, Patricia, et al. Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en colombia.2010. Vol.19, No 2-3. ISSN 1132-1296.

⁴⁸SANTA, Eduardo. Introducción a la sociología. 1983. Tercera edición. ISBN 84-8272-272-7 (Rúst.). Pág. 238

En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo⁴⁹.

La situación del Valle del Cauca frente a estos servicios básicos en los años 2000 y 2005. A pesar de la profundización de la atención profesional al parto y la ampliación de la cobertura en la afiliación a la seguridad social en salud para toda la población, la cultura de las parteras es muy arraigada en zonas como la costa pacífica. En el Valle del Cauca éstas atienden el 4,1% de los nacimientos. El porcentaje de madres sin controles prenatales aumentó del 4,8% al 6,1%. Sin embargo, las creencias particulares asociadas posiblemente a factores culturales y de baja escolaridad alcanzan el mayor peso. Igualmente, la calidad en la prestación del servicio (mucho trámite en las EPS/IPS) y las restricciones de oferta cercanía del lugar de prestación, operan contra el acceso a este importante servicio preventivo en salud⁵⁰.

Así mismo estudio realizado en el municipio de Tuluá por Luís Alfonso Mendoza que lleva por título Actividad sexual en adolescencia temprana, problema de salud pública en una ciudad colombiana, con el objetivo de Evaluar el impacto sobre la fecundidad, planificación familiar y lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes, que iniciaron actividad sexual en la adolescencia *Método:* Estudio de cohorte retrospectiva. Incluyó 845 adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad sexual en la adolescencia y que consultaron a una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Tuluá, Colombia. El análisis incluyó estadísticas descriptivas, análisis de riesgo relativo (RR) y atribuible a la exposición (RAexp) expresado en porcentaje, como indicadores de asociación. Resultados: Hubo 203 adolescentes y 642 jóvenes. El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años ($\pm 1,6$ años). El 49% no realizaba PF, 34,7% tenía ≥ 1 hijo y 6,9% alguna lesión en cuello uterino. Hubo asociación entre actividad sexual en la adolescencia temprana y tener un hijo, al compararlo con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia media (RR: 1,6; IC 95%: 1,2-2,1. RAexp⁰/35,7%; IC 95%: 13,3-52,4%) y tardía (RR: 2; IC 95%: 1,5-2,6. RAexp⁰/49%; IC 95%: 31,7-62%). Conclusiones: los resultados confirman el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos y el riesgo de lesiones cervicales.

⁴⁹ A, Teresa; AMAYA, Mengole y IANNACONE, José. Factores socioculturales, conocimientos y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José agurtoTelloChosica. Perú. Lima. 2009. vol. 8, No 2. ISSN 1816-0719.

⁵⁰ OSORIO, Ana María and AGUADO, Luis Fernando. A look at the childhood situation in the Province of Valle del Cauca. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñezjuv* [online].2010, vol.8, n.2 [cited 2014-02-16], pp. 1176-1177. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000200028&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1692-715X

Programas educativos conducentes al retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera, permitirán reducir las cifras encontradas en este estudio.⁵¹

4.1.8 Factores Institucionales.

Hacen referencia a las características del Centro Hospitalario, tales como la infraestructura, la tecnología y el personal, que son elementos fundamentales para garantizar la calidad en la atención al paciente.

Estudio realizado en un IPS pública de Manizales en el año 2007 tiene como objetivo determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería Jaqueline Charry basado en el grado de adherencia a la norma técnica de detección temprana de las alteraciones de embarazo contenido en la resolución 412 del 2000. la población objeto de estudio el estudio fue de 120 inscritas a control prenatal de dicha IPS los resultados muestran que se registraron en un 25% y 70% las variables como temperatura , educación a la gestante, solicitud y análisis de paraclínicos , remisión al curso de preparación para el parto, remisión a odontólogo, y la adopción de una conducta en caso de alteración de peso materno o altura uterinas ; en cuanto a la satisfacción de las usuarias fueron percepción del beneficio obtenido, preferencia del control con la enfermera en un 94% de las gestantes . La satisfacción en la prestación de los servicios fueron calificados por las usuarias en un nivel superior a 84%⁵².

Para el mismo estudio, se realizó una evaluación de la infraestructura y dotación de consultorios comparando la información recolectada con el formato de evaluación contenido en la resolución 1043 del sistema obligatorio de garantía de calidad del SGSSS pero no se encontraron camillas con estribos, espéculos y porta objetos dentro de los consultorios los investigadores concluyeron que la adherencia de los profesionales de enfermería a las resolución 412 de 2000 está entre un 70 – 90 %⁵³.

Por último un estudio realizado en el Hospital Nacional de Lima acerca de la interacción entre el personal de salud y las adolescentes gestantes, a partir de las

⁵¹MENDOZA T, Luís Alfonso et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2012, vol.77, n.4 [citado 2014-09-13], pp. 271-279 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>

⁵² CHARRY ARIAS, Jakeline, et al. calidad de control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS publica. Manizales, Colombia. 2007, vol. 13, pag.131-142. ISSN 0121-7577. Enlace: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf

⁵³ Ibid., Enlace: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf

definiciones de la sexualidad, el embarazo y el control prenatal, tuvo como población a 23 personas de las cuales (14) eran gestantes adolescentes y 9 del personal de salud. Los investigadores pudieron observar que existen percepciones y valoraciones socioculturales que no favorecen la comunicación entre ambos. El personal de salud argumenta que tener experiencias sexuales precoces significa que las jóvenes asumen el papel de adultas; consideran que las jóvenes no estaban preparadas biosociológica y socialmente para ser madres.

Para las jóvenes embarazadas representa de gran importancia valorar su cuerpo como futura madre. En cuanto al control prenatal para el personal de salud, se orientan hacia los aspectos biomédicos desde el enfoque de riesgo; enfatizando en el contagio de enfermedades de transmisión sexual; en cambio para las adolescentes, es importante el trato por el personal de salud, que es diferenciado, las mujeres ofrecen un trato acogedor y cálido, sin descuidar los aspectos cognitivos y científicos; mientras que los varones, en la mayoría de los casos, tienen una interacción más operativa y cognitiva. Así los investigadores concluyeron que la interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el sexo del personal de salud y tiene significados diferentes para las gestantes⁵⁴.

La adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud.¹⁵ Igualmente, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal. Éste es, por consiguiente, un tema de investigación necesario si se quiere intervenir el CPN⁵⁵

⁵⁴BLOSSIERS, Carolina. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes Embarazadas durante el control prenatal: Un estudio cualitativo Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [en línea] 2010, 27 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319423005>> ISSN 1726-4642

⁵⁵CACERES-MANRIQUE, Flor de María. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2009 vol.60, n.2 [cited 20140221], pp.165-170 Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434.

4.2 MARCO TEÓRICO

El embarazo en adolescentes es aquel que se da en los primeros años de edad ginecológica. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos imprevistos o no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos”⁵⁶.

Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que cada vez en las Entidades Prestadoras de Salud se debe estructurar programas que cautiven la mente de las adolescentes embarazadas para que hagan adherencia a los controles prenatales, pues estos permiten que se brinde una atención médica pertinente, que da lugar a que se garantice el bienestar de la gestante y del bebé.

Según las palabras del doctor Ávila: Los controles prenatales son las visitas que realizan al médico durante el embarazo, mediante este control el especialista puede vigilar la evolución de tu embarazo y prepararte para el parto y el cuidado de tu hijo/a. Estas citas son muy importantes porque permiten: Identificar factores de riesgo, conocer el tiempo que tienes de gestación, monitorear la condición fetal, diagnosticar la condición materna y educar a la madre frente a los cuidados que debe tener⁵⁷.

El hecho de que el embarazo se de en este rango de edad conlleva a que desde la perspectiva de la salud se considere como un problema biomédico, ya que no se cuenta con una adecuada evolución biológica, pues la mujer no alcanza su madurez reproductiva y por esto hay una mayor presencia de riesgos que aumentan la mortalidad materna, fetales y perinatales.

No hay duda que, la adherencia al control prenatal es una alternativa para contrarrestar los riesgos que se derivan del embarazo a temprana edad, pues tal como lo menciona Ávila es en el desarrollo del mismo que se logra brindar una información clara a la gestante sobre los nuevos hábitos alimenticios y los autocuidados que debe realizar para garantizar que el desarrollo del embarazo sea adecuado y por ende se logre un parto que no presente un alto nivel de riesgo.

⁵⁶ VALENCIA, Aristizabal. Camilo Andrés. Informe Organización Mundial de la Salud. 2011.

⁵⁷ AVILA, Cruz. María Fernanda. Mecanismos para controlar el embarazo. Madrid. ECOS. 2009. 116 p

Razón por la cual, resulta importante establecer que el autocuidado es un proceso fundamental para que las madres adolescentes logren superar los riesgos que se derivan de un embarazo a temprana edad, pues tal como lo definió Dorothea Orem; “Este es la realización de una serie de actividades por parte de la persona con el fin de controlar los diferentes factores internos o externos que en un determinado momento pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”⁵⁸.

El planteamiento hecho por la teórica Dorothea Orem; permite establecer que en todo el ser humano debe adoptar hábitos que le permitan contribuir a tener un buen estado de salud. Por ejemplo, en el caso de las adolescentes embarazadas deben cambiar sus hábitos alimenticios, pues para que el desarrollo del feto sea adecuado es necesario que consuman hierro, proteínas, minerales y otros alimentos más que contienen sustancias que permiten regular los niveles de hemoglobina y otros procesos que son indispensables para que la gestación transcurra sin complicaciones.⁵⁹

Aunque se debe tener en claro que el autocuidado se logra por medio de la ayuda de las enfermeras, pues son ellas quienes poseen los conocimientos necesarios para recomendar las diferentes acciones y actividades que debe realizar cada persona para contribuir al bienestar y el mantenimiento de la salud. En palabras de Dorothea Orem “La función de la enfermera es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo”⁶⁰.

Esta teoría se encuentra inserta dentro de un modelo conceptual, el cual integra tres teorías relacionadas: la teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería

4.2.1 Teoría Del Déficit De Autocuidado.

En esta teoría se presentan dos componentes importantes que pueden ser ajustados a la investigación: Agente de cuidado dependiente que sería en este caso la adolescente embarazada, la cual necesita de la orientación de la enfermera para

⁵⁸ POLANIA, Eider. Teóricos de la Enfermería. Editorial LIMUSA. 2006. Enlace :<http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

⁵⁹ <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 33. Enlace: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

llevar un buen desarrollo de su embarazo mediante la adherencia a los controles prenatales y posteriormente un buen cuidado de su bebé, puerperio y la lactancia materna.

Agente de cuidado dependiente terapéutico son los trabajadores de la salud (médicos , enfermeras) que tienen el conocimientos que ayudarán a promover un autocuidado de la adolescente embarazada mediante las charlas o instrucciones brindadas durante la asistencia a los controles prenatales , deben tener la habilidad de lograr que las adolescentes no pierdan el interés por cuidarse y concientizarlas de que la única manera de hacerlo es asistir a los controles para detectar anomalías precozmente.

4.2.2 Teoría De Los Sistemas De Enfermería.

En esta teoría evidenciamos componentes importantes que se ajustan al estudio dentro de esta teoría hay un sistema parcialmente compensatorio las adolescente embarazada puede realizar todas las actividades normales de un ser humano , solo necesita ser orientada ya que no tiene ninguna enfermedad incapacitante; en caso de que presente alguna complicación del embarazo son más propensas por la condición de inmadurez y ser adolescentes , necesitaran el apoyo de la enfermera para lograr el mantenimiento de la salud y llegar a un embarazo a término.

El sistema de apoyo educativo pilar fundamental en todo lo que tiene que ver con la adolescente embarazada ya que es la enfermera quien proporciona el conocimiento a la gestante sobre aspectos importantes para el buen desarrollo de la gestación como alimentación durante el embarazo, medidas de autocuidado, signos de alarma, signos y síntomas del trabajo de parto y actuación de la gestante en el mismo, cuidados después del parto, cuidados del recién nacido, y lactancia materna.

Por lo tanto, se puede establecer que el papel de la enfermera es fundamental en el desarrollo del control prenatal y por ende en el fortalecimiento de la capacidad de autocuidado en cada persona, ya que se puede establecer que una de las actividades más importantes que tenemos como enfermeras es la de educar; en este caso a las embarazadas acerca de cada uno de los hábitos que deben seguir para garantizar que no haya ningún tipo de riesgos en el proceso de gestación y posterior parto, lo que permite contribuir con la disminución de la tasa de mortalidad que se refleja a nivel internacional en torno a esta problemática de salud.

Un estudio realizado por los investigadores Sobeida Blázquez , Irma Torres y Patricia Pavón en Tabasco en el año 2010 que tuvo como objetivo identificar estilos de vida en un grupo de adolescentes embarazadas. La muestra fue constituida por 30 adolescentes embarazadas que acudían a consulta externa de control prenatal en un hospital. Resultados: el 60% de la muestra manifiesto estilos de vida no saludables y el 40% estilos de vida saludables. Conclusiones: poco menos de la mitad de la muestra estudiada no se actualiza en temas de salud, más de la mitad no lleva a cabo acciones de responsabilidad con su salud, no realizan ejercicio físico y tampoco tienen una alimentación adecuada⁶¹.

Es preciso establecer que el papel de la enfermera es fundamental en la consolidación del autocuidado en cada persona, por lo cual resulta importante que las adolescentes embarazadas se relacionen de manera permanente con el personal de enfermería. Situación que solo es posible si cada una de éstas hiciera una adherencia con responsabilidad al programa de control prenatal, lo que es muy significativo puesto que se adoptan hábitos que garantizan el bienestar de la gestante y la del bebe.

Un estudio realizado por las investigadoras Mariana Carmona, Ylida Hurtado y Gloria Marín en el año 2007 en el estado de Carabobo el cual tuvo como objetivo proponer un programa de promoción de autocuidado en salud dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal, de hospital distrital Bejuma, la población estuvo conformada por 30 adolescentes embarazadas usuarias de la institución. Las investigadoras identificaron un nivel medio 61% y bajo 39% de información de las adolescentes participantes , distribuidos de acuerdo a los indicadores : proceso de parto 90% no posee información 10% si; nutrición materna 87% posee información y 13% no; higiene personal 66% posee información 34% no; consulta prenatal 59% posee información y 41% no⁶².

El panorama muestra la importancia en la adquisición de medidas de auto cuidado por parte de las adolescentes las cuales serán adquiridas por medio de la información brindada por los trabajadores de la salud en las consultas a los controles prenatales.

⁶¹Blázquez-Morales, Ma. Sobeida L., Torres-Férman, Irma Aída, Pavón-León, Patricia, Gogeoascoechea-Trejo, Ma. del Carmen, Blázquez-Domínguez, Carlos R.. Estilos de vida en embarazadas adolescentes Salud en Tabasco [en línea] 2010, 16 (Enero-Abril) : [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442005>> ISSN 1405-2091

⁶² CARMONA, Mariana; HURTADO., Ylida y MARIN, Gloria .propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescente embarazadas usuarias de la consulta prenatal de hospital distrital Tejuma, estado de Carabobo 2007. Enlace: <http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/1393>.

4.3 MARCO LEGAL

4.3.1 Conpes Social 147.

Son los lineamientos generales para el diseño, formulación y desarrollo de una estrategia integral para reducir el embarazo en la adolescencia.

La estrategia se enmarca en los principios señalados en la Constitución Política; en las diferentes normas relacionadas con la niñez, la infancia y la adolescencia, especialmente la Ley 1098 de 2006; en el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR); y en la protección y garantía de los derechos de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, incluyendo aquellos que se encuentran en embarazo o que ya son madres o Padres. Para el desarrollo de la Estrategia, se plantean lineamientos para la construcción de capital social: se promueven los factores protectores y la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo, la fecundidad, la construcción de relaciones de pareja, familiares y sociales, los Derechos Sexuales y Reproductivos

(DSR)- y el desarrollo humano; con el propósito de prevenir el embarazo en la adolescencia, con especial énfasis en el embarazo en menores de 14 años, el embarazo no planeado y el embarazo producto del abuso u otras formas de violencia. Aspectos que se abordan desde la acción coordinada de los diferentes sectores involucrados, incluyendo las redes sociales de jóvenes y las comunitarias, los miembros de las Fuerzas Militares y de Policía, las entidades territoriales, los medios de comunicación y de movilización social, así como las poblaciones vulnerables vinculadas a la Red Unidos, la estrategia De Cero a Siempre, Familias en Acción y los programas de protección del ICBF⁶³.

4.3.2 Desarrollo Normativo.

En torno al embarazo en adolescentes se plantea una serie de normatividades con el fin de garantizar el bienestar de las mismas. Entre algunas de ellas se encuentran las siguientes:

⁶³Bordignon, Nelson Antonio. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto Revista Lasallista de Investigación [en línea] 2005, 2 (julio-diciembre): [Fecha de consulta: 16 de octubre de 2013] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>> ISSN 1794-444.

La Constitución Política, la Ley 115 de 1994, la Ley 1098 de 2006, la Ley 1146 de 2007, el Decreto 3039 de 2007, la Ley 1257 de 2008, el Decreto 2968 de 2010, que pueden ser aplicadas para lograr la reducción del embarazo en la adolescencia. A lo anterior se suma que se han firmado diferentes Pactos, Conferencias, Convenios y Convenciones Internacionales de los cuales Colombia Estado signatario. A nivel general, con base en la Constitución de 1991 se ha inferido que los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) forman parte de los derechos fundamentales y de los Sociales, Económicos y Culturales (DESC), como lo ha señalado la Jurisprudencia Constitucional, por ejemplo en sentencia T-926/99 y en la T-605/07. En ese contexto, la Corte Constitucional emitió la sentencia T-440/92, estableciendo la necesidad de abordar la educación sexual en el país. Es así como el Ministerio de Educación Nacional le otorgó carácter obligatorio a la educación sexual en las instituciones educativas mediante la Resolución 3353 de 1993 (fundamento del Proyecto Nacional de Educación Sexual formulado en 1993) La Ley General de Educación ratifica la obligatoriedad de la educación sexual, “impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad” y reconoce a la familia como primer responsable de los hijos (Artículo7). El Decreto 1860 de 1994 establece que dicha “...enseñanza se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos se definirán en el respectivo plan de estudios”. Por su parte, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, entre los que se destacan la Constitución Política y sus desarrollos, la Resolución 8514 de 1984 “por la cual se establecen normas sobre regulación de la fertilidad”, la Ley 12 de 1991 “por medio de la cual se aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño”; la Ley 100 de 1993 en la que señala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debe garantizar el acceso a los servicios de promoción y desarrollo de la SSR y prevención de ITS, formalizó la consejería en planificación familiar como uno de los servicios básicos para los usuarios en edad reproductiva; y la Resolución 412 de 2001 “por medio de la cual se adoptan las normas técnicas y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, normas de detección temprana y guías de atención y recuperación”. Adicionalmente, Colombia cuenta con instrumentos que abogan por los DSR de los niños, niñas y adolescentes tales como el Convenio 182 de la OIT (Ley 704/01), “sobre las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación”; el Estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación sexual infantil, la pornografía en menores (Ley 679/01); la Unidad Investigativa de Conductas relacionadas con trata de personas, violencia sexual y menores víctimas (Res. 0-5244/04); y el Plan de Acción Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil de Niños, Niñas y Adolescentes.⁶⁴

⁶⁴ GARCIA, Alberto. Normatividades acerca de mujeres jóvenes embarazadas. Revista Médica. 2013

4.3.3 Resolución 412 de 2000.

En esta normatividad se establece las siguientes estipulaciones referentes al control prenatal:

- Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.
- El médico debe realizar el control prenatal a los gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.
- Los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados por médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.
- En la consulta de seguimiento y control prenatal el médico incluyen: Anamnesis, examen físico, análisis de resultados y solicitud de exámenes.
- En el tercer trimestre, las pruebas requeridas son el uro análisis y la serología, hemoglobina y hematocrito según riesgo.

5 METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la investigación fue de tipo cuantitativo y descriptivo, en cuanto al tiempo prospectivo con un corte en el tiempo transversal.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

PAÍS: Colombia

DEPARTAMENTO: Valle Del Cauca

MUNICIPIO: Tuluá.

Tuluá ha sido desde siempre un lugar estratégico en el centro del Valle del Cauca, departamento ubicado al occidente de Colombia. En la actualidad, Tuluá constituye la ciudad intermedia más importante de Colombia, ubicándose a pesar de no ser capital, entre sus primeras veinte ciudades.

Con una población aproximada de 200.000 habitantes, Tuluá es el corazón palpitante de un área que abarca quince municipios, que suman no menos de 600 mil moradores los cuales le dan el carácter de ciudad región, convirtiéndose en punto de encuentro comercial y de servicios, obligado para esta zona del país.

Es preciso mencionar que este municipio cuenta con poblaciones agrícolas y ganaderas ubicadas en la zona media y de alta montaña, pues aunque su área urbana está ubicada sobre los 960 msnm, en su zona cordillerana llega hasta los 4400 msnm en la cumbre del páramo de Amolla, donde nacen además, siete grandes ríos y más de 70 riachuelos siendo el agua su principal recurso estratégico.

Descripción Física: Desde el punto de vista de las coordenadas geográficas, Tuluá se encuentra a 4° 05' de latitud norte y 76° 12' de longitud occidental.

Por su ubicación geográfica juega un papel de centro equidistante entre Cartago, Armenia y Pereira por una parte y Cali la Capital del Departamento, por la otra, lo que la convierte en un epicentro regional, comercial, industrial, agrícola, turístico y prestador de servicios de excelente calidad.

Por su parte, es preciso mencionar que el municipio se encuentra entre los siguientes límites:

Oriente: Municipio de Sevilla y Departamento del Tolima.

Occidente: Río Cauca y Municipio de Rio frío.

Norte: Municipios de Andalucía y Buga agrande.

Sur: Municipios de Buga y San Pedro.

Extensión total: La extensión territorial total del municipio es de 910,55 kilómetros cuadrados (Km-2) de los cuales el 98,78% corresponde al sector Rural y 1,22 al sector urbano.

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): Área urbana 960 mts. Hasta los 4.400 mts. En los Páramos de Barragán y Santa Lucia.

Temperatura media: 24° a 27° C

Distancia de referencia: A 102 Km de Cali, a 172 Km. de Buenaventura y a 24 Km. de Buga.

5.3 Población.

El municipio de Tuluá en el sector urbano se encuentra dividido en 132 Barrios organizados en nueve (9) comunas y en el sector rural en 25 corregimientos con 146 vereda. Cuenta con una población aproximada de 200.000 distribuidos así: habitantes Cabecera: 171350, Habitantes Zona Rural: 27894; con un número de hombres de 96.036 y número de Mujeres 103.208, adolescentes de 12 a 18 años hombres 13.077 mujeres 12.405 para un total de 25.482 adolescentes para un total de habitantes de 199244.⁶⁵

Haciendo mención al Hospital Rubén cruz Vélez, cuenta con un amplio portafolio de nivel I, es preciso referenciar que se encuentra ubicado dentro de la comuna (7) siendo el área de influencia directa de sesenta y siete (67) barrios distribuidos en las comunas 4, 6, 8 y 9. Dicha entidad ha tenido un gran avance no sólo en la ampliación de las coberturas para la atención de la población NO asegurada y/o en situación de Desplazamiento forzoso, sino también en el fortalecimiento del recurso humano calificado en todas las áreas de atención.

⁶⁵<http://tulua.gov.co/nuestromunicipio.shtml>

Es una entidad del orden Municipal que presta servicios de salud con responsabilidad y buen trato, enfocados en Atención Primaria en Salud garantizando la seguridad del usuario y brindando una atención con personal ético y calificado.

Con el fin de disminuir la morbilidad en aspectos prioritarios de la salud y mejorar la calidad de vida de la población, el hospital desarrolla los siguientes programas:

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El Hospital Rubén Cruz Vélez es una institución de nivel uno en el municipio y presta los servicios de promoción y prevención basados en el cumplimiento de la norma Resolución 412 del 2000.

COBERTURA POBLACIONAL

Tienen al servicio una amplia red conformada por 8 puestos de salud en el área urbana; San Pedro Claver, El Jardín, Villa Colombia, La Cruz, Victoria, Portales del Río, Independencia, San Antonio. Y 7 en la Zona Rural: Corregimiento Barragán, Corregimiento Puerto Frazadas, Corregimiento San Rafael, Corregimiento la Marina, Corregimiento Monteloro, Corregimiento Tres Esquinas, Corregimiento Santa Lucía.

- Consulta de Medicina General
- Odontología
- Laboratorio Clínico
- Psicología
- Farmacia
- Urgencia
- Hospitalización
- Sala de Partos
- Trabajo Social

En la actualidad el personal del hospital tanto a nivel central como puestos de salud y personal de A.P.S. asciende a un total de 167 funcionarios; la población atendida y el radio de acción del hospital, esta se clasifica entre los estratos 0, I, II Y III;

actualmente el Hospital Rubén Cruz Vélez cuenta un total de 53 adolescentes embarazadas entre los 14 y los 18 años inscritas al control prenatal.⁶⁶

5.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

5.4.1 Variable Independiente.

Factores demográficos, socioeconómicos, culturales e institucionales

5.4.2 Variable dependiente.

Adherencia a los controles prenatales, se evaluó por medio de una encuesta estructurada.

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo A)

5.6 UNIVERSO Y MUESTRA

5.6.1 Universo.

El total de adolescente gestantes inscritas en el programa de control prenatal del hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá, durante el periodo de junio 2013 a junio 2014, de acuerdo con el reporte de la institución es de 53 adolescentes embarazadas.

5.6.2 Muestra.

Se aplicaron los parámetros que delimitaron el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se debe tener en cuenta que de las 534 inscritas solo deben participar quienes cumplan con criterios de inclusión.

⁶⁶[Http/www.estadisticaHospitalRubenCruzVelez.gov.co](http://www.estadisticaHospitalRubenCruzVelez.gov.co)

El área de control prenatal tiene inscritas 557 gestantes al programa en el periodo de enero- mayo 2014 de las cuales iniciaron el control prenatal 534 distribuidos 65 gestantes, reporte institucional es de 53 adolescentes embarazadas, para la muestra aplicaron 25 de las cuales por criterio de inclusión fueron 17 menores embarazadas.

5.7 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

5.7.1 El método.

El método que se empleo fue una encuesta estructurada.

5.7.2 Técnica.

La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la siguiente:

- Creada la encuesta estructurada.
- Se aplicó una prueba piloto a una población similar a la de la investigación, fruto de la cual se realizaron los correctivos necesarios.
- Se entregaron consentimientos informados para que fueran firmados por los padres de familia y se autorizaran previo a la aplicación de la encuesta.
- Seguidamente se aplicó la encuesta a la población sujeto de estudio de la siguiente manera:
- Se aplicó una encuesta en plataforma virtual que previamente fue diseñada con la ayuda del ingeniero de la Unidad Central del Valle del cauca.
- Se convocaron a las adolescentes embarazadas inscritas al programa de control prenatal telefónicamente, se les hizo una invitación para participar del estudio.
- Se hicieron visitas domiciliarias a cada una de las gestantes y se les llevo una invitación formal escrita indicando fecha, hora y lugar donde se aplicara la encuesta, presentación en medio magnético (computador).
- El día antes de la citación se llamaron para recordarles la fecha y la hora de la citación y confirmar la asistencia.
- El día de la citación se ubicaron a las embarazadas en el kiosco del hospital Rubén Cruz Vélez
- Se les dio las instrucciones necesarias para el diligenciamiento de la encuesta
- Se explicó el objetivo general de la encuesta y los instructivos de la misma.
- Se entregaron asentimiento informado para que fuera firmado por cada una de las adolescentes, se decepcionará antes de diligenciar la encuesta.

- Se les dio un agradecimiento formal por su participación en el proyecto investigativo.

5.7.3 Instrumentos. (ANEXO B)

Para el diligenciamiento de la encuesta fue estructurada con diferentes ítems, la tipología de preguntas se clasificaron en dicotómicas cerradas y dicotómicas con respuesta múltiple. la encuesta consta de la siguiente manera:

Ítems	Número de preguntas
• Datos Demográficos	• 4 preguntas
• Datos Socioeconómicos	• 12 preguntas
• Datos Culturales	• 13 preguntas
• Datos Institucionales	• 5 preguntas
• Datos Adherencia al control prenatal	• 12 preguntas

5.8 PROCESAMIENTO, ANÁLISIS DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.8.1 Procesamiento.

Los datos fueron procesados en Microsoft Excel

5.8.2 Análisis de los datos.

Los datos fueron analizados por medio de distribuciones Porcentuales, tasas, promedios, y luego se realizó un análisis bivariado.

5.8.3 Presentación de los resultados.

Se hizo por medio de Cuadros, tablas y figuras.

5.9 CRITERIO DE INCLUSIÓN

- ✓ Adolescentes embarazadas
- ✓ En edades de 14-18
- ✓ Que estén inscritas al programa de control prenatal y que asistan al mismo en el Hospital Rubén cruz Vélez
- ✓ Que hayan asistido a un control durante el embarazo.
- ✓ Que vivan en la zona urbana

5.10 LIMITANTES

- Contar con un solo día a la semana para la realización de todas las actividades relacionadas con el trabajo de grado.
- Solo se pudieron encuestar 17 gestantes ya que las otras embarazadas que se encontraban en la base de datos algunas no contestaban el celular.

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se ajustó a los principios éticos que justifican la investigación de acuerdo a la normatividad a nivel internacional como es el informe Belmont y a nivel nacional la resolución 008430/93.

Informe Belmont, de acuerdo con los principios éticos básicos establecidos por este, el presente estudio se ajustan los principios de respeto por las personas ya que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, el respeto a las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente y con información adecuada⁶⁷. (Los beneficios para el presente estudio son tenidos en cuenta para el desarrollo del conocimiento, ya que fortalece la formación de las investigadoras como futuras profesionales, y del mismo modo el proceso personal e instructivo de las adolescentes embarazadas). Así mismo se tiene en cuenta el principio de beneficencia el cual dice que se debe tratar a las personas de una manera ética implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar, se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles⁶⁸. Aplica al estudio investigativo puesto que ,lo que queremos es lograr un buen desarrollo del feto y evitar al máximo o identificar tempranamente posibles complicaciones asociadas al embarazo que se pueden evitar solo con una buena adherencia a los controles prenatales.

Resolución 008430/93, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, artículo 6 de la misma resolución, este estudio se desarrollara conforme a los siguientes criterios:

Literal a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Literal b. Se realizara solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. Literal e. Contará con el asentimiento Informado. Literal g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el asentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.⁶⁹

⁶⁷OBSERVATORI DI BIOETICA I DRET.Parccientilic de Barcelona, consultado el 22 de mayo de 2013, disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

⁶⁸Ibid., p 50

⁶⁹ Ministerio de salud resolucion8430 de 1993 (octubre 4), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, consultado el 29 de mayo de 2013, disponible en web: <http://investigaciones.unicartagena.edu.co/resolucion8430.pdf>

En las misma resolución, ARTICULO 11.Literal a) Investigación sin riesgo, contempla la no intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta⁷⁰, lo cual se aplica para el presente estudio puesto que la población investigada seguirá conservando su integridad y los aspectos mencionados.

Continuando con la resolución en el capítulo IV, ARTICULO 32.” Las investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas cuyos objetivos sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor para la mujer, el embrión o el feto”⁷¹. Se aplica para la investigación a estudio ya que se considera conocer los factores asociados a la inasistencia de las adolescentes a los controles prenatales según lo establecido por la norma 412 del 2000.

Es necesario realizar la investigación con las adolescentes embarazadas entre los 14 y 18 años inscritas en el programa de control prenatal del Hospital Rubén Cruz Vélez ya que la información y los resultados que se pretende obtener no pueden ser por otro medio; la investigación se realizará con el fin de identificar los factores que inciden en la adherencia a los controles por parte de las adolescentes para seguidamente proponer un plan de mejoramiento que beneficie a la población encuestada y al Hospital Rubén Cruz Vélez.

La confidencialidad del estudio es con el mayor grado de responsabilidad con la información, Se expresa claramente que se respetara la identidad de los sujetos de estudio, ya que no se expondrán ni se guardaran nombres, apellidos, números de identidad, teléfonos de los participantes en este estudio, teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993. Se tendrá en cuenta que estén embarazadas y que se encuentren en las edades entre 14 y 18 años.

Se explica y se brinda educación al diligenciamiento del mismo, como primer requisito, de forma clara el consentimiento informado para la participación del estudio de investigación, explicando el objetivo del estudio y la metodología para realizar la encuesta, con posterior firma de los mismos.

⁷⁰ Ibid. p 50

⁷¹Ibid., p 50

Se indica a los participantes de la investigación que el suministro de los datos no comprometerá su integridad física, psicológica, social y legal⁷².

Para nuestra investigación tendremos en cuenta la legislación colombiana la cual "distingue entre menores y menores adultos, señalando que en esta última categoría se encuentran las mujeres entre los 12 y los 18 y los hombres entre los 14 y los 18 años de edad⁷³". Así mismo el código civil de 1998 el cual en su artículo 162 establece las excepciones de representación legal para menores de edad.

Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, puede realizar por sí mismo. 2. Aquellos en que exista conflicto de intereses entre los padres y el hijo". El derecho a la salud y el derecho a la sexualidad son Derechos de la Personalidad, por lo tanto el menor maduro no necesita, para ejercerlos, representación legal.⁷⁴"

Así mismo se tendrá en cuenta la ley general de sanidad (14 de 1986 de 25 abril) que regula el derecho a la salud la cual establece que: Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: (.) A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: (.) cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas" (art.10.6). El Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina (Oviedo, 1997; vigente desde el 2000) contempla la figura del menor y afirma que "(.) La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez" (art. 62)⁷⁵

Por lo anteriormente expuesto no se tendrá en cuenta consentimiento por parte de los representantes legales de las adolescentes embarazadas que participen en el estudio.

⁷² Ibid.,

⁷³CELIS CALA, Lidia Hemilet. Comité de historias clínicas. Hospital Pablo VI Bosa. Bogotá. Agosto. 2007. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39540>

⁷⁴PLIEGO PILO, Gema del; DIAZ JIMENEZ, Esther; ALARCON DIANA, Mª Paz y MARTINEZ SERRANO, Paloma. Autonomía del Menor Maduro en su salud reproductiva. *IndexEnferm* [online]. 2006, vol.15, n.54 [citado 2014-03-31], pp. 39-43. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200008&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200008>.

⁷⁵Ibid.,pág. 47

La investigación se llevara a cabo, teniendo en cuenta la autorización del hospital Rubén Cruz Vélez (Anexo C), el consentimiento (Anexo D).

6.1 AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ (ANEXO C)

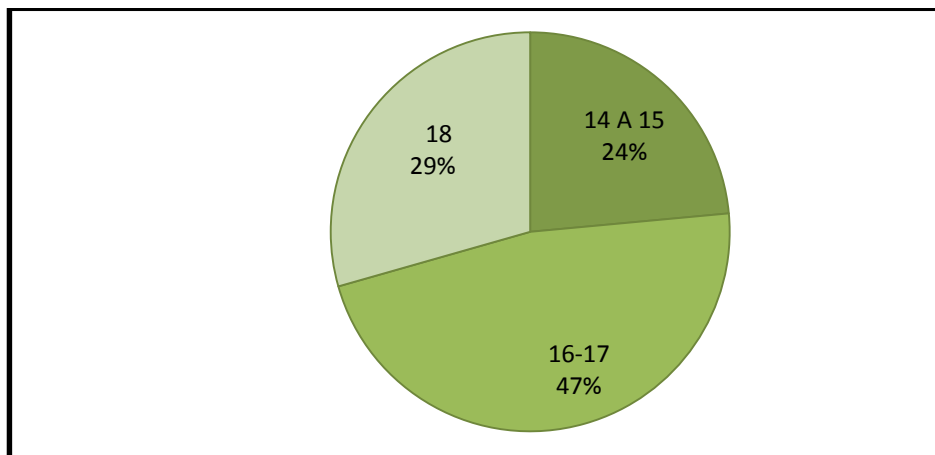
6.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO D)

7 RESULTADOS

7.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.

7.1.1 FACTORES DEMOGRÁFICOS.

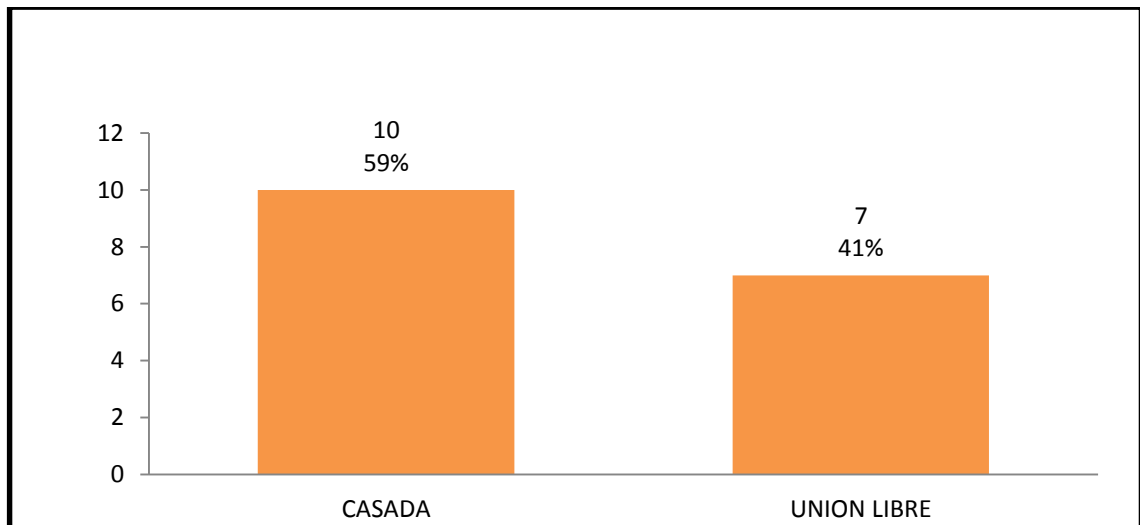
Gráfica 1. Distribución porcentual por edad de las adolescentes gestantes inscritas al control prenatal en el Hospital Rubén Cruz Vélez 2013-2014.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Las adolescentes atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez, la edad que oscila entre 16 a 17 años, representan el grupo de mayor relevancia de atención con un 47% (8), le siguen en frecuencia descendente las jóvenes en edades comprendidas entre 18 años con el 29.5% (5) y de 14 a 15 años con un 24% (4), esto pone de manifiesto la predisposición de las adolescentes de quedar en gestación.

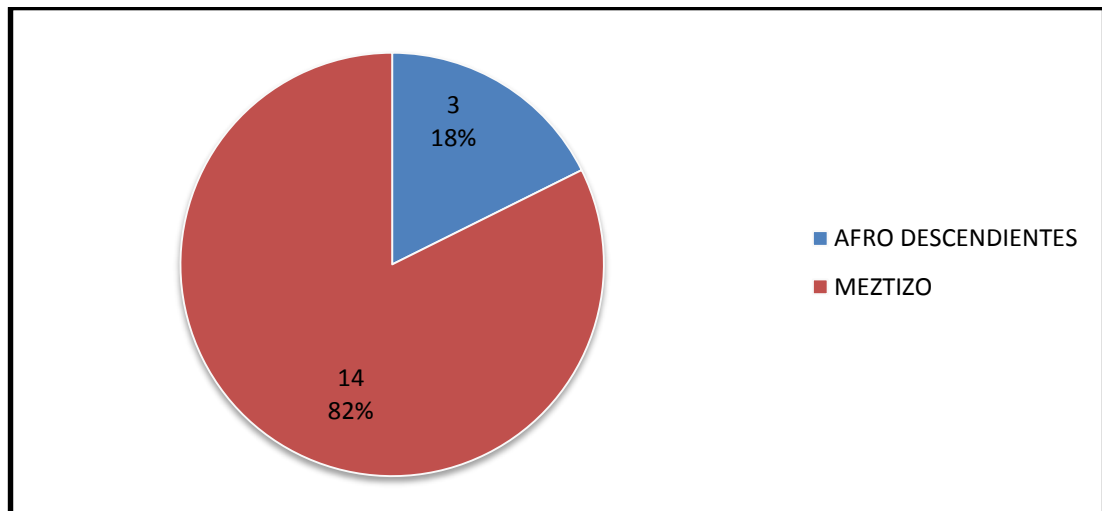
Gráfica 2. Distribución porcentual del estado civil de las adolescentes embarazadas.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La mayoría de las adolescentes atendidas en el Hospital Rubén Cruz Vélez, son casadas con un porcentaje de 59%(10), y un 41%, (7) viven en unión libre por lo que se asume que tienen apoyo de pareja o tiene una relación estable.

Gráfica 3. Distribución porcentual según raza.

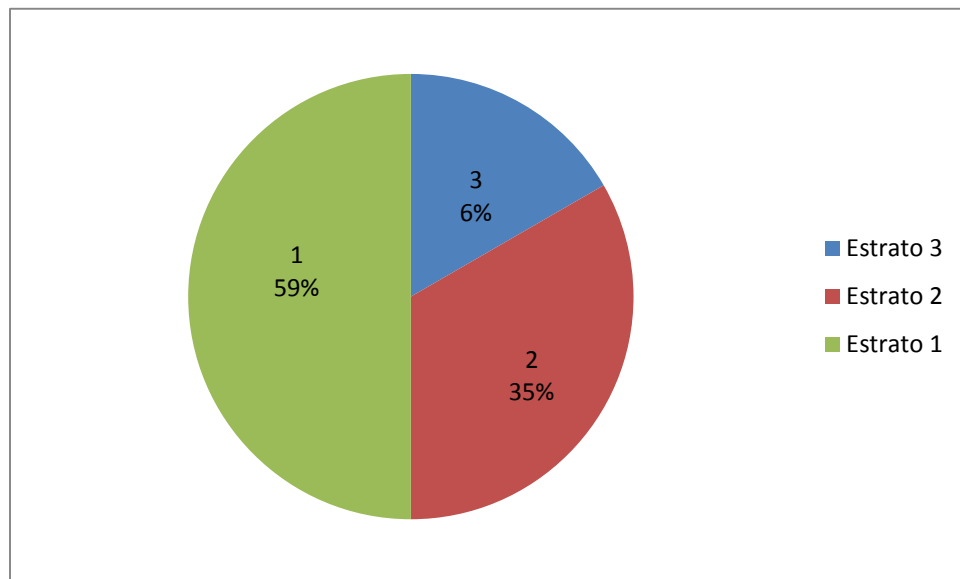


FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Se puede observar que el porcentaje mayor es del 82% que equivale a 14 adolescentes de raza mestiza, siendo esta la mayor población de adolescentes embarazadas atendidas en el hospital Rubén Cruz Vélez y el 18% (3) adolescentes como afro descendientes.

7.1.2 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

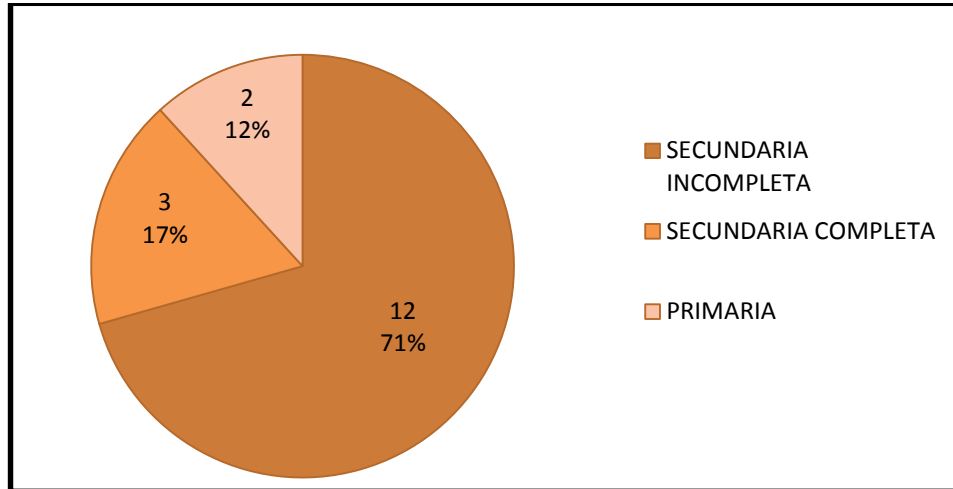
Gráfica 4. Distribución porcentual según la clasificación del estrato socio-económico.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Las adolescentes atendidas en el Hospital Rubén Cruz, están ubicadas en los estrato socioeconómicos del 1 al 3 donde predomina la población de estrato socioeconómico nivel 1, con el 59% (10) de las adolescentes embarazadas, el 35% (6) son de estrato nivel 2 y el 6% (1) son estrato nivel 3.

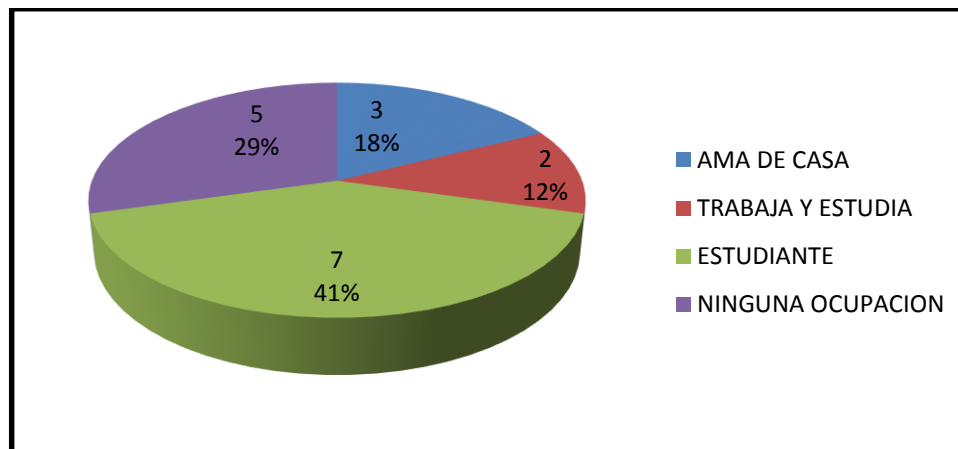
Gráfica 5. Distribución porcentual según el nivel de escolaridad.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La mayoría de las adolescentes atendidas en el Hospital Rubén Cruz muestra que en cuanto al nivel de escolaridad el 71% (12) de las adolescentes embarazadas tienen secundaria incompleta, el 17% (3) tienen secundaria completa y el 12% (2) tienen primaria incompleta, observando que la población objeto de estudio no tienen nivel de escolaridad técnico o universitario.

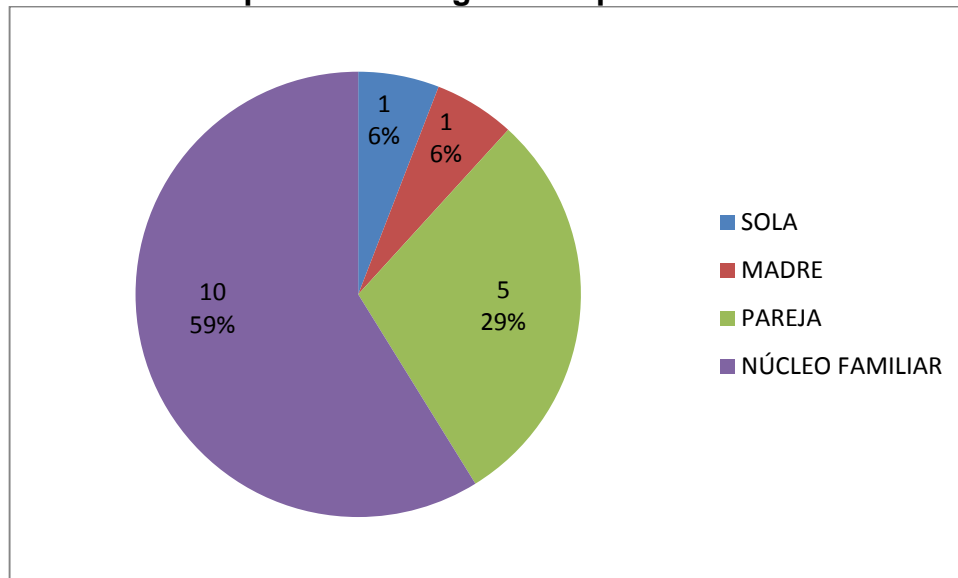
Gráfica 6. Distribución porcentual según ocupación principal.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: En la figura se pone en manifiesto en cuanto la ocupación principal, el 41% (7) de las adolescentes embarazadas estudian, el 29% (5) ninguna ocupación, el 18% (3) son amas de casa, el 6% (1) estudia y trabaja y el 6% (1) trabaja, lo que nos muestra que la mayoría de la población objeto de estudio no tienen un sustento económico propio.

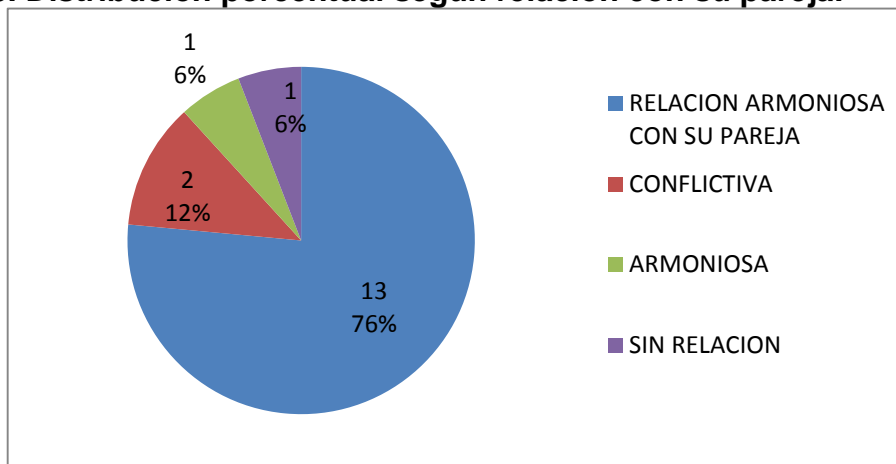
Gráfica 7. Distribución porcentual según con quien vive.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: En lo que respecta según con quien vive se observa que el 59% (10) vive con su núcleo familiar, el 29% (5) viven con sus pareja, el 6% (1) vive con su madre y el 6% (1) vive sola.

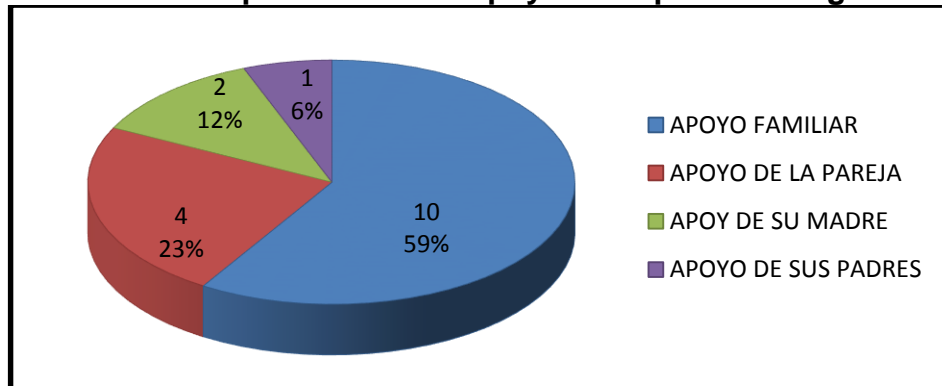
Gráfica 8. Distribución porcentual según relación con su pareja.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: En la figura se evidencia que en las relaciones con su pareja el 76% (13) de las adolescentes embarazadas tienen una relación armoniosa, el 12% (2) es conflictiva, el 6%(1) le es indiferente y el 6% (1) no existe relación, observando que la mayor parte de la población objeto de estudio tienen un apoyo por parte del padre de su bebe.

Gráfica 9. Distribución porcentual del apoyo en el periodo de gestación.

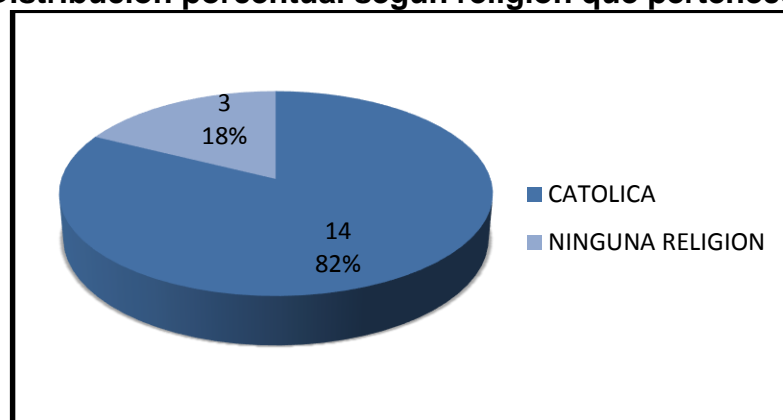


FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Podemos observar que el 59% (10) de las adolescentes embarazadas tienen el apoyo de sus familiares, siendo este un factor protector para la salud del binomio y el seguir las recomendaciones en el control prenatal, el 23%(4) tiene el apoyo de sus parejas, el 12% (2) tienen el apoyo de su madre, y el 6%(1) de sus padres, siendo este un factor importante en el proceso para la evolución y autocuidado del binomio madre e hijo.

7.1.3 FACTORES CULTURALES

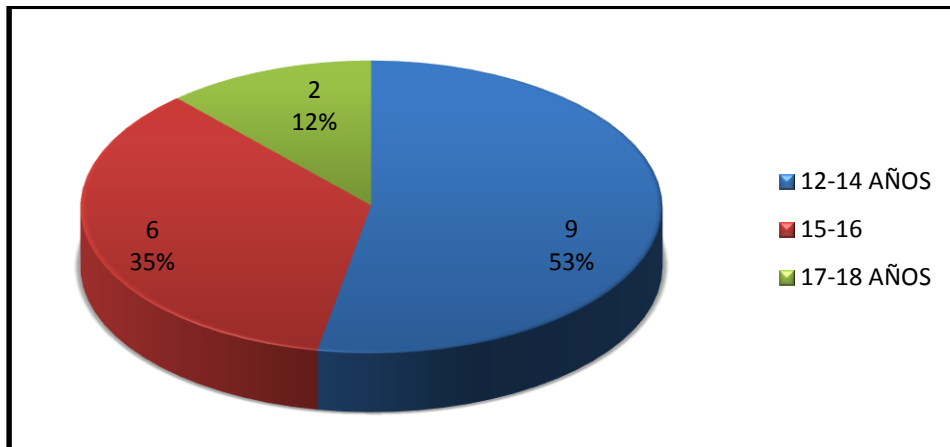
Gráfica 10. Distribución porcentual según religión que pertenece.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La distribución porcentual de pertenencia religiosa se puede observar que el 82% (14) pertenecen a la religión católica, el 18% (3) dijo no pertenecer a ninguna religión.

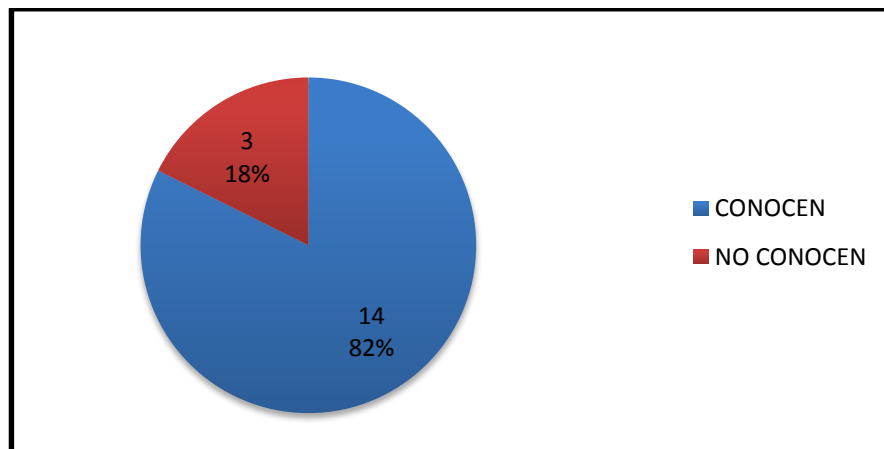
Gráfica 11. Distribución porcentual de inicio de vida sexual según edad.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La grafica muestra que la edad en que las gestantes iniciaron su actividad sexual fue un 53% (9) comenzó de los 12 a los 14 años, el 35% (6) comenzó de los 15 a los 16 y el 12% (2) comenzó de los 17 a los 18 años, lo cual se puede asumir que la mayor parte de la población encuestada tuvieron un inicio temprano de la actividad sexual.

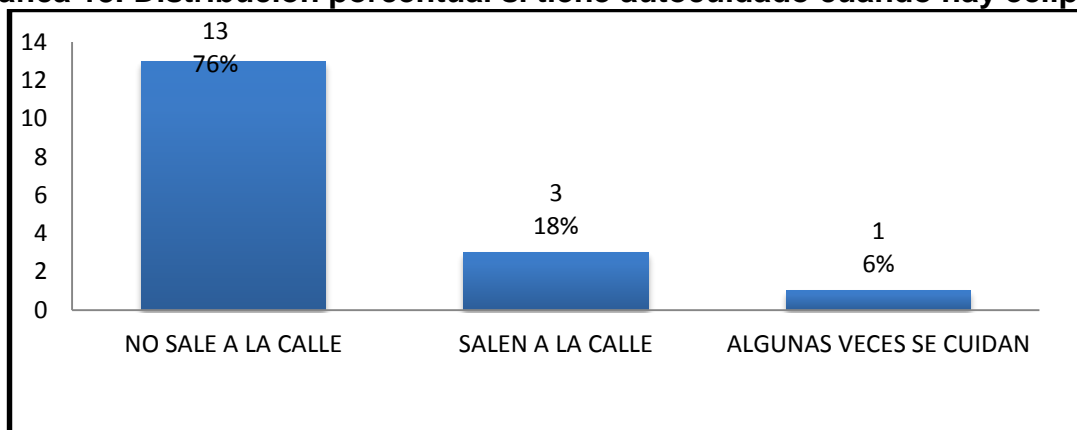
Gráfica 12. Distribución porcentual según conoce algún método de planificación familiar.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Se observa que el 82% (14) de las adolescentes embarazadas conocían algún método de planificación familiar y que el 18% (3) manifestaron no conocer algún método de planificación familiar. A pesar de los esfuerzos que se ha realizado desde las instituciones de salud para involucrarlos a los planteles educativo.

Gráfica 13. Distribución porcentual si tiene autocuidado cuando hay eclipse.

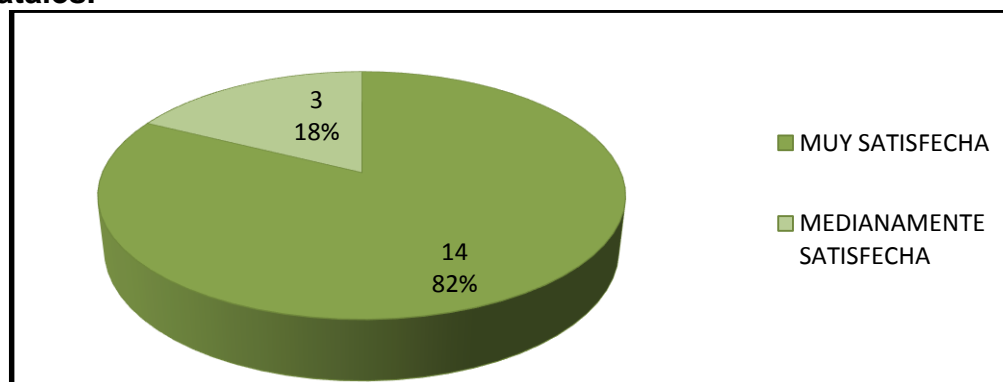


FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La gráfica muestra que el 76% (13) de las adolescentes embarazadas nunca salen a la calle con eclipse, el 18% (3) siempre salen a la calle con eclipse, y el 6% (1) algunas veces salen a la calle con eclipse, se interpreta como creencias culturales de la población encuestada que los eclipses causan daño a las mujeres embarazadas.

7.1.4 FACTORES INSTITUCIONALES

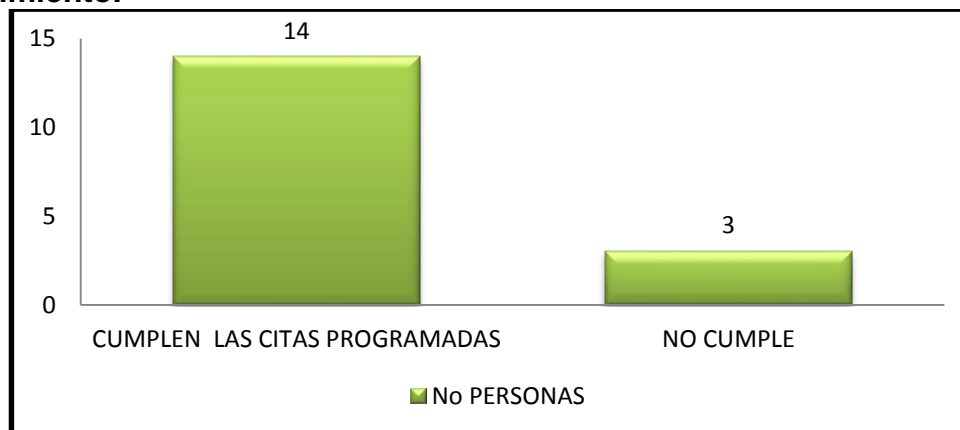
Gráfica 14. Distribución porcentual según la satisfacción de los controles prenatales.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Se puede observar el 82% (14) de las adolescentes embarazadas están muy satisfechas y que el 18% (3) están medianamente satisfechas con los controles prenatales, lo cual se puede interpretar que la mayor parte de la población objeto de estudio se encuentran satisfechas con los controles prenatal.

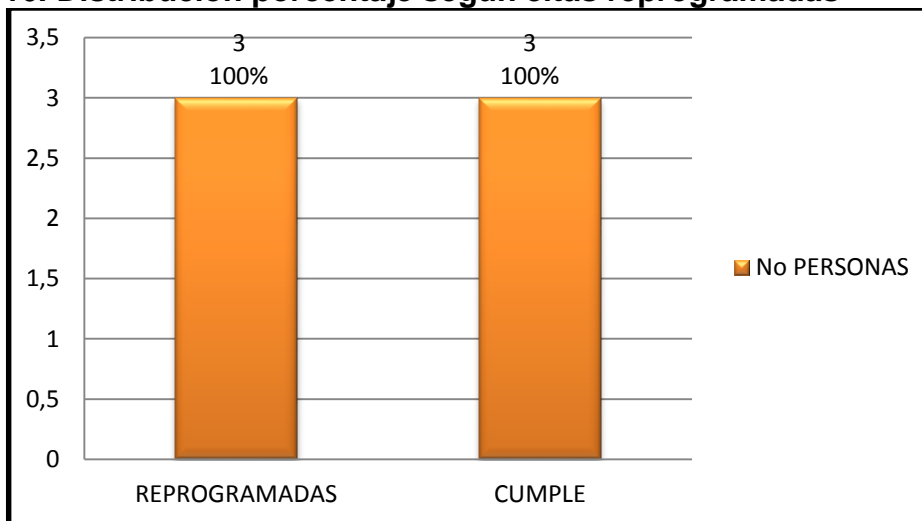
Gráfica 15. Distribución porcentual en asignación de citas según cumplimiento.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La asignación de citas médicas se realizan de forma periódica mensual, con disponibilidad de 3 consultorios médicos y 2 ginecólogos, el 82% de la población asiste de manera puntual y periódica a las citas programadas (14) y el 18% restante no cumple con las citas asignadas, realizando plan de intervención con estas.

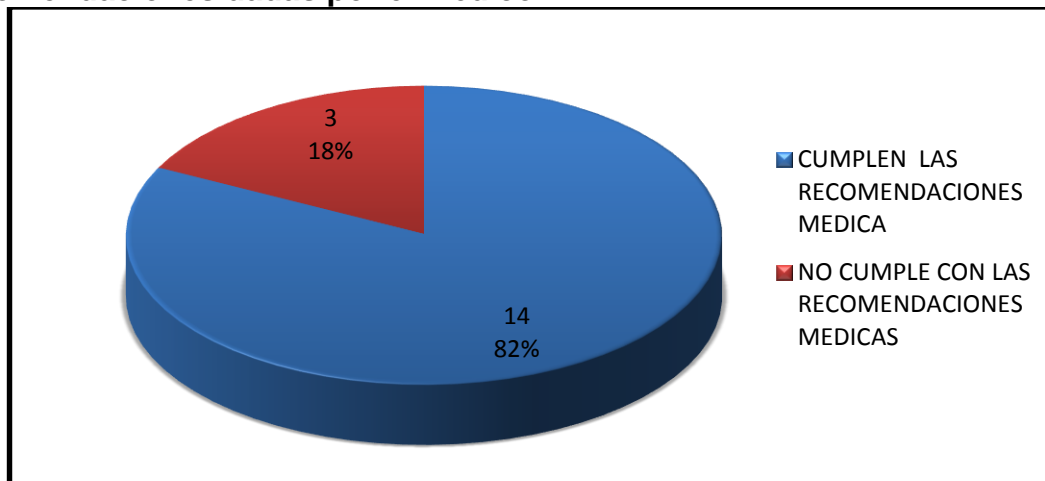
Gráfica 16. Distribución porcentaje según citas reprogramadas



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La grafica muestra que de la población objeto de estudio 3 usuarias son inasistentes a las citas de control prenatal. El hospital Rubén Cruz Vélez tiene institucionalizado realizar llamado telefónico para reprogramación de las citas y posterior verificación de asistencia dando un 100% de efectividad y cumplimiento de las citas reprogramas por parte de las adolescente embarazadas inasistentes.

Gráfica 17. Distribución porcentaje según cumplimiento a las recomendaciones dadas por el médico.

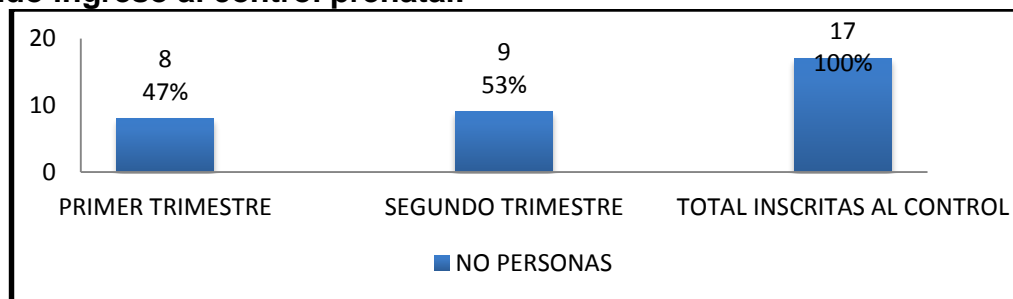


FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La grafica muestra que un 82% (14) maternas sigue las recomendaciones dadas por el equipo multidisciplinario (personal médico) y 18% restante no cumplen con las recomendaciones médicas, lo que podemos interpretar que las mayor parte de la población encuestada presenta adherencia al control prenatal.

7.1.5 ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL

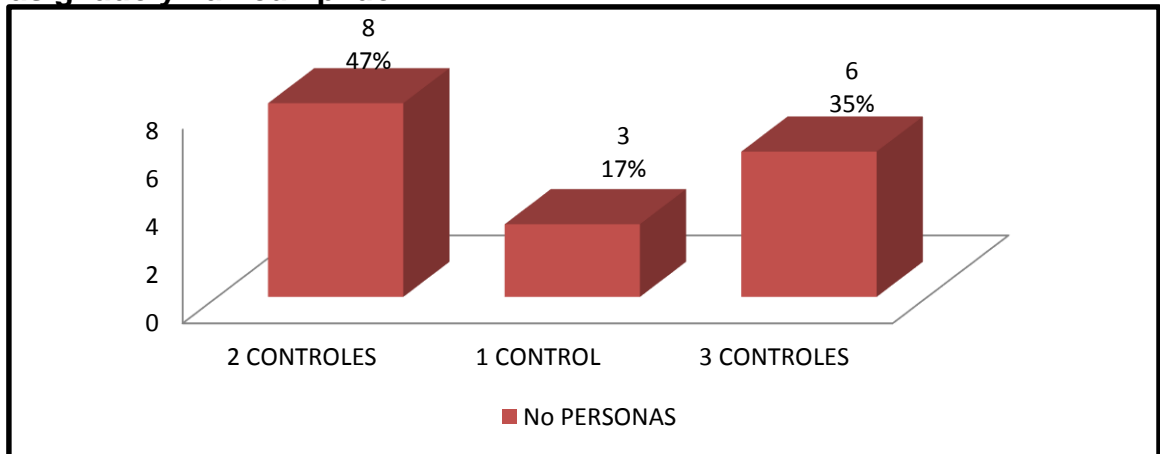
Gráfica 18. Distribución porcentual según cuantos meses de gestación tenía cuando ingreso al control prenatal.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La gráfica muestra que el 53% de los adolescentes realizaron su inscripción al control prenatal en el segundo trimestre y el 47% (8) gestantes en el primer trimestre; con lo cual podemos interpretar que las adolescentes realizan su inscripción al programa en diferentes trimestres o semanas gestacionales y que no se realiza captación de la embarazada antes de las 12 semanas de gestación como lo estipula la resolución 412 del 2000.

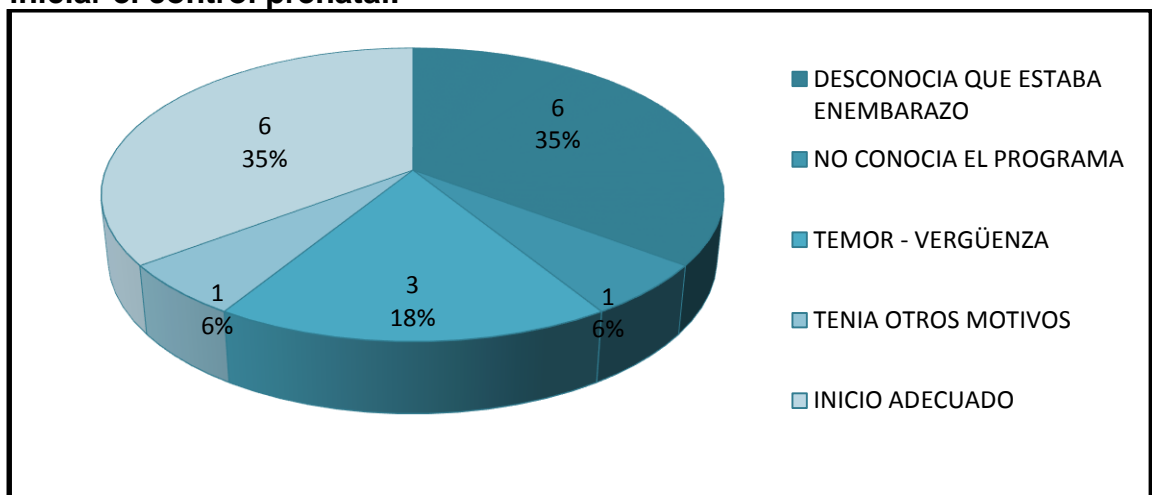
Gráfica 19. Distribución porcentual según número de controles que se han asignado y han cumplido.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: La grafica muestra que el 47%(8) de las gestantes adolescentes han tenido dos control, el 35%(6) han tenido un control y el 17%(3) han tenido tres controles dando cumplimiento hasta el momento con los controles o citas asignadas.

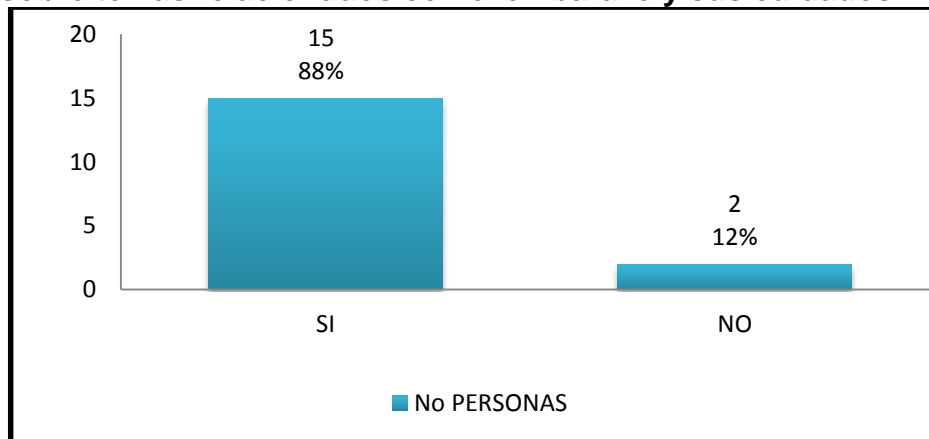
Gráfica 20. Distribución porcentual según porque motivo se demoró para iniciar el control prenatal.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Las adolescentes se demoraron para iniciar el control prenatal por diferentes motivos, el 35%(6) no sabía que estaba en embarazada, el 18%(3) sentía temor, vergüenza a aceptar el embarazo, el 6%(1) no conocía el programa y el 6%(1) tienen otros motivos. Cabe resaltar que el restante de 35% tuvo un inicio adecuado.

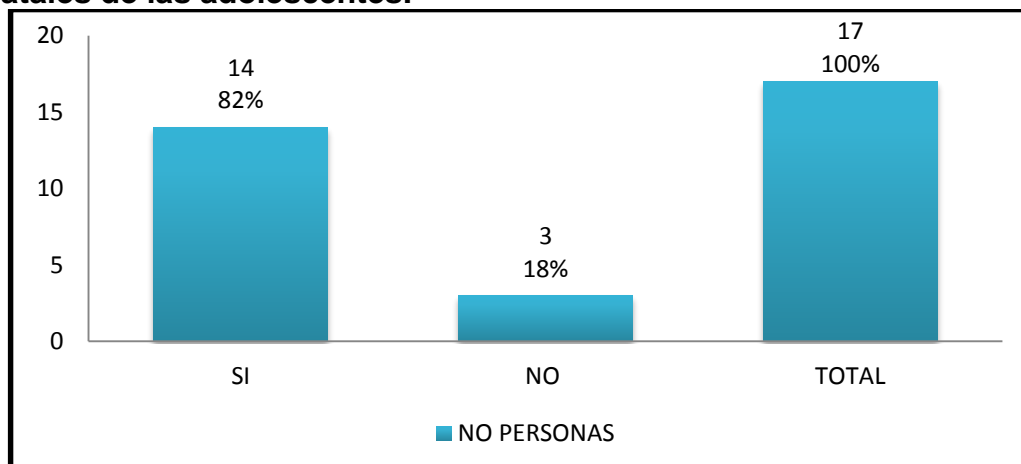
Gráfica 21. Distribución porcentual según te han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: El 8%(15) de las adolescentes embarazadas se les han entregado información relacionado al control prenatal y el 12%(2) no le han dado información, es de aclarar que el equipo multidisciplinario del Hospital Rubén Cruz, les suministra información desde la captación y las diferentes consultas para concientizar la importancia de los mismos.

Gráfica 22. Distribución porcentual según adherencia a los controles prenatales de las adolescentes.



FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

ANÁLISIS: Se expresa que el 82% que equivalen a (14) de las adolescentes embarazadas son adherentes a los controles prenatales y se tiene un 18% (3) maternas que no son adherentes por diferentes motivos 1. Cambio de EPS-S y cambio de domicilio en el último trimestre gestacional, lo que se puede interpretar que las adolescentes embarazadas tienen adherencia a los controles prenatales.

7.2 ANÁLISIS BIVARIADO

7.2.1 Tabla 3 Adherencia a los controles prenatales con factor demográfico.

RANGO DE EDAD Vs ADHERENCIA	ADHERENCIA			
	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE
14 A 15	1	6%	3	18%
16-17	13	76%		
MAYOR DE 18				
TOTAL	14	82%	3	18%

FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

Con relación al rango de edad Vs la adherencia a los controles prenatales se evidenció que a menor rango de edad menos adherencia se presenta, mostrando que el rango de 14-15 años equivale al 23.5%, (3) de estas no son adherente representando un 18%, el 47% en edad de 16-17 años cumplen a cabalidad con los parámetros establecidos y 29.5% de 18 años , demostrando con esto que el 82% (14) de ellas son adherentes al control prenatal y el 18% (3) no cumplieron por diferentes motivos, cambio de Eps-s entre otras.

El factor demográfico es el mayor influyente en el desarrollo de la investigación dada desde el seguimiento a la base de datos presentando 17 gestantes con criterios de inclusión y a menor edad menos adherencia a los controles prenatales y a mayor rango más adherencia y concientización de su estado gestacional generando un nivel de responsabilidad y cuidados en el binomio madre- Hijo.

8.2.2 Tabla 4 Factores Institucionales relacionados a la adherencia al control prenatal.

SATISFACION EN LA ATENCIÓN EN LOS CONTROLES Vs ADHERENCIA	MUY SATISFECHA	MEDIANAMENTE SATISFECHA	TOTAL
ADHERENCIA	14	3	17
Porcentaje	82%	18%	100%

FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

Tabla 4. Con relación a los factores institucionales Vs la adherencia a los controles prenatales se evidencia que el 82% de la muestra que equivale a 14 adolescentes embarazadas son adherentes al control prenatal y se encuentran satisfechas con la atención brindada por parte del hospital Rubén Cruz Vélez en el municipio de Tuluá, contando con el apoyo familiar y de su pareja y el 18% (3) medianamente satisfecha por diferentes motivos, (cambio de domicilio, traslado a otro municipio).

8.2.3 Tabla 5 Estado civil relacionado con citas programadas

ESTADO CIVIL	Numero	Porcentaje	CUMPLE CON LAS CITAS PROGRAMADAS	Numero	Porcentaje
Casada	10	59	Siempre	14	82
Unión libre	7	41	Casi siempre	3	18
Soltera	0	0	Algunas veces	0	0
Separada	0	0	Nunca	0	0
TOTAL	17	100	TOTAL	17	100

FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

Tabla 5, con relación al estado civil Vs asistencia a las citas programadas, unas vez las personas se encuentren inscritas en el programa de control prenatal, la investigación arrojo como resultados que el 41% viven en unión libre, el 59% son casadas, el 18% asiste casi siempre a los controles cumplidamente, el 82% siempre asisten a los controles, teniendo en cuenta que las que tienen apoyo por su pareja y/o familia generan mayor compromiso con el binomio.

8.2.4 Tabla 6. Edad Gestacional de ingreso al programa relacionado con edad fisiológica.

CUANTOS MESES DE GESTACIÓN TENÍA CUANDO INGRESO AL PROGRAMA PRENATAL	Número	Porcentaje	EDAD	Número	Porcentaje
1	2	12	14 a 15	4	24
2	6	35	16 a 17	7	41
3	4	24	18	5	29
4	5	29	16 a 17	1	6
TOTAL	17	100	TOTAL	17	100

FUENTE: Encuesta factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas que asisten al control al Hospital Rubén Cruz Vélez.

Tabla 6, Con respecto a las variables edad gestacional de ingreso al programa Vs edad fisiológica la investigación arrojó los siguientes resultados: el 12% ingresaron al programa el primer mes de gestación que corresponden al rango de edad 14 a 15, el 35% ingresaron al programa al segundo mes de gestación con edad de 16 a 17, el 24% ingresaron al programa al 3 mes de gestación con 18 años, el 29% ingresaron al programa al cuarto mes de gestación con rango de 16 a 17 años.

8 DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es una de las grandes problemáticas que debe enfrentar de manera permanente el sector salud, cada vez son más los jóvenes que inician su actividad sexual a temprana edad sin responsabilidad; razón por la que se presentan en la mayoría de los casos embarazos no deseados que dan lugar a que las jóvenes tomen un nuevo rol, que en muchos casos no desempeñan de manera adecuada, lo que coloca en riesgo su bienestar y el del nuevo ser.

El presente estudio muestra que el 70% de las adolescentes embarazadas tuvieron un inicio tardío de los controles prenatales por desconocimiento de su estado, al respecto estudio analítico de casos y controles basado en la revisión de historias clínicas de las gestantes del programa de control prenatal que asistieron antes y después del primer trimestre de gestación en el periodo comprendido entre septiembre-diciembre de 2009 en la ESE San Sebastián de la Plata – Huila encontró que los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos.⁷⁶

Otro estudio realizado por Leonard Miguel Médico de la Universidad Manuela Beltrán, revela que del 100% (100) de mujeres tomadas de diferentes localidades de Bogotá de estratos 1, 2 y 3 como muestra solo el 40% (40) asiste a los controles prenatales, lo que deja claro que las jóvenes entre 14 y 18 años no tienen responsabilidad para velar por la calidad de vida y requieren de un cuidador o tutor.

Sin duda, el Control Prenatal debe ser una tarea de obligatoriedad para la madre adolescente, ya que logra reducir el riesgo de sufrir alteraciones que deterioren su bienestar y por ende el del feto, ya que allí se inculcan hábitos de vida saludable y prácticas de auto cuidado que se deben seguir para que el proceso de gestación se desarrolle dentro de la normalidad, garantizando la calidad de vida de la gestante y el nuevo ser.

Dentro de los factores demográficos las edades que prevalecen, el 47% (8) tienen de 16 a 17 años, el 29.4% (5) tienen de 18 años y el 23,5% (4) tienen de 14 a 15 años, donde se evidencia que la mayor proporción de adolescentes embarazadas se encuentran entre los 16 y 17 años de edad este resultado coincide con la investigación “realizada en nuestro departamento valle del cauca donde las

⁷⁶CORDOBA, Ramiro. Et al. factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ese san sebastián de la plata, huila, 2009. Artículo de investigación. Revista Facultad de Salud.

estadísticas son similares a las presentadas a nivel nacional: La información proveniente del Censo 2005 revela que la maternidad en adolescentes es una realidad en 9.319 niñas entre los 12 y los 17 años de edad, que representan el 3,9% del total de población de mujeres en este rango de edad”⁷⁷.

En la población estudiada se encontró que el 71% tienen secundaria incompleta, el 41% de las adolescentes estudian actualmente, lo que corresponde probablemente a la edad cronológica en que se encontraban las gestantes al momento de encuestarlas al respecto, estudio realizado en la red pública hospitalaria de Medellín –Colombia en el año 2014 muestra que la edad promedio de las adolescentes fue de 17.3- 1,5 años, se encontró una proporción de embarazadas de 15.6% con 15 años o menos, la más joven tuvo 13 años. Al momento de la entrevista 70% de las participantes no se encontraban estudiando, de estas 56,2% no lo hacían por el embarazo y 43,8% por otros motivos, en relación con la ocupación una cuarta parte de las embarazadas estudiaba, casi el 70% eran amas de casa o no tenían ninguna ocupación actual (36,7% y 32,3% respectivamente) y solo el 5.4% tenían algún tipo de empleo.⁷⁸

Así mismo, en las usuarias encuestadas se encontró que el 59% (10) son de estrato socioeconómico 1, lo cual es un factor de riesgo para que se presenten embarazos no deseados en adolescentes, el 35% (6) son de estrato 2 y el 6% son de estrato 3 frente a esto cabe mencionar que el estudio realizado en la unidad de medicina familiar No 66. De Xalapa, Veracruz, México en el año 2001, con el objetivo de cuantificar la asociación entre los factores socioeconómicos, educación sexual y metodología anticonceptiva con la presencia de embarazo en adolescentes refiere que: Se encontró una fuerte asociación del embarazo en adolescentes con hacinamiento RM: 15.54, IC: 95%, nivel socioeconómico bajo. La investigación concluye que el nivel socioeconómico, el hacinamiento y la escolaridad fueron los factores más fuertemente asociados con el embarazo adolescente⁷⁹.

Así mismo, se encontró entre las encuestadas que el 35% (6) de las adolescentes embarazadas experimentaron un sentimiento de miedo, tristeza o sufrimiento, lo cual se da por las múltiples responsabilidades que tiene que asumir, el 6% (1) sintió culpa, vergüenza o frustración, en cambio el 59% (10) sintió alegría y felicidad en base a esto podemos referenciar estudio realizado en Rio de Janeiro en el periodo

⁷⁷ OSORIO, Ana María and AGUADO, Luis Fernando. A look at the childhood situation in the Province of Valle del Cauca. *Rev.latioam.cienc.soc.niñezjuv* [online].2010, vol.8, n.2 [cited 2014-02-16], pp. 1183. Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000200028&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1692-715X.

⁷⁸MESA RESTREPO, Sandra Lucia. Et al. Embarazo en adolescentes: características maternas y su asociación con el bajo peso al nacer del neonato. Colombia. Medellín. 2014. Vol. 64. disponible en : <http://www.alanrevista.org/ediciones/2014/2/?i=art4>

⁷⁹ CARREON VASQUES J, et al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Xalapa. México DF. Veracruz. 2001. Vol. 6 pág., 70. Enlace: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>

entre 2004- 2006 en un Hospital Universitario que tuvo como “objetivo identificar características socio-demográficas de adolescentes embarazadas dio como resultado que la mayoría de las adolescentes (68,7%) eran primigestas (79,4%) y, aunque 75% no habían planificado la gestación, el 58,9% la aceptaron normalmente.”⁸⁰.

Por otro lado al estudiar los factores culturales se evidencia que el 18% (3) de la población encuestada expresa que planificaba antes de quedar embarazada en cambio el 82% (14) no utilizaba ningún método de planificación, es interesante analizar esta situación ya que puede estar asociada a múltiples factores como miedo, desconocimiento, entre otras; con respecto a esto estudio que se realizó en el municipio de Tuluá que tuvo como objetivo:

Evaluar el impacto sobre la fecundidad, planificación familiar y lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes, que iniciaron actividad sexual en la adolescencia arrojó como resultado hubo 203 adolescentes y 642 jóvenes. El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años, El 49% no realizaba PF, Conclusiones: Nuestros resultados confirman el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos. Programas educativos conducentes al retraso del inicio de la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera, permitirán reducir las cifras encontradas en este estudio.⁸¹

Respecto a esto se realizó encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas; y análisis de expediente clínico a 305 adolescentes que habían dado a luz en los dos principales hospitales obstétricos de la ciudad de San Salvador en los meses de noviembre y diciembre de 1998. Se encontró que los conocimientos sobre fertilidad y métodos anticonceptivos eran bajos, 54% y 48% respectivamente, y su uso fue únicamente del 19%. Las causas principales para no usarlos fueron temor y desconocimiento. Pudo demostrarse que las adolescentes tienen seis veces mayor probabilidad de presentar factores de riesgo reproductivo y morbilidad del embarazo.⁸²

⁸⁰SPINDOLA, Thelma and SILVA, Larissa freirefurtado da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de un hospital universitario. *Esc. Anna Nery*[online]. 2009, vol.13, n.1 [cited 2014-02-21], pp. 99-107 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100014>.

⁸¹MENDOZA T, Luis Alfonso et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2012, vol.77, n.4 [citado 2014-09-13], pp. 271-279 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>

⁸² GIL DE PADILLA, Marina. Aspectos médicos y sociales de a maternidad en la adolescencia. El salvador. 1998. Enlace: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2000/VII1aspectos.pdf>.

En lo referente a los factores institucionales la población encuestada opinan que se les han practicado todos los exámenes y tratamientos durante el embarazo 100% (17), no encuentran dificultad con la programación de las citas 94% (16), manifiestan que la información del personal de salud es adecuada 94% (16), y opinan estar muy satisfechas 82% (14) y medianamente satisfechas con la atención recibida por parte del equipo de salud 18% (3), lo que quiere decir que se encuentran conformes con los servicios recibidos; por otra parte se encontró una investigación realizada en una IPS publica de Manizales en el año 2007 tiene como objetivo determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería Jaqueline Charry basado en el grado de adherencia a la norma técnica de detección temprana de las alteraciones de embarazo contenido en la resolución 412 del 2000 . “la población objeto de estudio fue de 120 inscritas a control prenatal de dicha IPS los resultados muestran que en cuanto a la satisfacción de las usuarias fueron percepción del beneficio obtenido, preferencia del control con la enfermera en un 94% de las gestantes. La satisfacción en la prestación de los servicios fueron calificados por las usuarias en un nivel superior a 84%”⁸³.

Así mismo un programa de atención integral a la adolescente realizado por Ana Cecilia Rico de Coronel y et al, dirigido a las gestantes que se encuentran en el rango de edad entre los 10 y 19 años, que asisten a control prenatal del Centro de atención básica Patio Centro en el periodo comprendido entre agosto de 2011 a julio de 2012 arrojó como resultados que: él 86% de la usuarias se encontraban satisfechas, el 12% se encontraba medianamente satisfecha y tan solo el 2% se encontraba insatisfecha, estos resultados son similares a los encontrados en el estudio realizado por Rubio et al., (2009-2010) (6), donde la satisfacción fue del 88%, la atención brindada a las usuarias se caracterizó por ser integral en donde prevaleció la salud y la calidad de vida de la madre y su hijo por nacer; se brindó un trato digno y fundamentado en el amor y en la adecuada relación enfermera/paciente aplicando el modelo de Marlene Montes fundamentado en el amor.⁸⁴

En lo que respecta a la adherencia a los controles prenatales se observa que el cumplimiento de las citas programadas para el control prenatal se lleva a cabo de manera satisfactoria con un 82% (14), a su vez arrojó que la población objeto responde eficazmente a la toma de medicamentos en dosis y horario prescritos 94% (16), así mismo manifiestan el 82% que nunca tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos , cantidad, horarios , relación con las comidas , 76 % de las adolescentes siguen las recomendaciones brindadas por el personal

⁸³ CHARRY ARIAS, Jakeline, et al. calidad de control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS publica. Manizales, Colombia. 2007, vol. 13, pag.131-142. ISSN 0121-7577. Enlace: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf

⁸⁴ RICO DE CORONEL, Ana Cecilia, et al. Programa de atención integral a la adolescente gestante. Revista ciencia y cuidado. Volumen 10. Julio 2013. ISSN 1794-9831. Disponible en : file:///C:/Users/YASKARI/Downloads/Dialnet-ProgramaDeAtencionIntegralALaAdolescenteGestante-4454860%20(1).pdf

de salud en cuanto a estilos de vida saludable, siendo este un factor que podría verse influenciado por diversos motivos entre ellos, la falta de información, desinterés, tiempo disponible, de igual manera se pone en manifiesto que el 76% de las encuestadas has sido invitadas a capacitaciones por parte de la institución de salud , el 100% (17) de las adolescentes encuestadas manifiesta interesarse por conocer su gestación y la forma de cuidarse, continuando con el estudio anteriormente referenciado realizado por Ana Cecilia Rico de Coronel y et al dirigido a las gestantes que se encuentran en el rango de edad entre los 10 y 19 años, que asisten a control prenatal del Centro de atención básica Patio Centro en el periodo comprendido entre agosto de 2011 a julio de 2012 muestra que :En general las pacientes tuvieron un inicio temprano del control prenatal evidenciado en un porcentaje del 65% para el I trimestre de embarazo, el 32% para el II trimestre y tan solo el 3% inician controles en el último trimestre del embarazo, lo que se considera positivo ya que hay un mayor seguimiento desde el inicio del embarazo y más posibilidad de detectar alteraciones durante el mismo. Los resultados son semejantes a los encontrados por Rodríguez et al., (2011) donde se obtuvo que el 65% de adolescentes se captaron en el primer trimestre, 29% en el segundo y 6% en el tercero.⁸⁵

Un estudio realizado en Lima- Perú en el año 2008 por Patricia Barrera Huamán Muestra que en cuanto a los factores institucionales se encontró que más de la mitad de la muestra no tuvo problema para el acceso al hospital (n=109 - 52.9%).⁸⁶

Teniendo en cuenta los resultado arrojados por la encuesta aplicada a las adolescentes donde se evidencia que la asistencia a los controles prenatales y seguir las indicaciones que da el médico y la enfermera, es considerada la mejor forma para controlar la evolución de la gestación y detectar dificultades oportunamente lo cual se puede considerar como una conducta de autocuidado por parte de las adolescentes esto lo podemos sustentar con la teoría de Dorothea Orem quien define el autocuidado como: “ la realización de una serie de actividades por parte de la persona con el fin de controlar los diferentes factores internos o externos que en un determinado momento pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”⁸⁷.

En lo que respecta al autocuidado de las adolescentes embarazadas se encontró estudio titulado percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes

⁸⁵ Ibid.,p.69

⁸⁶ HUAMAN BARRERA, Patricia . Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007. universidad nacional mayor de san marcos. facultad de medicina humana. Lima . Perú. 2008. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1156/1/barrera_hp.pdf.

⁸⁷ POLANIA, Eider. Teóricos de la Enfermería. Editorial LIMUSA. 2006.Enlace :<http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

E.S.E san Cristóbal, Bogotá 2012 donde concluyeron que la percepción de las gestantes adolescentes sobre el control prenatal , en general , es positiva puesto que reconoce la importancia de este para lograr un bienestar tanto para ellas como para sus hijos , además , encuentran apoyo , confianza, información y conocimiento los resultados se ajustan al estudio de Jiménez et al. En 2012, el cual describió de manera general los beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal, en una ciudad de México se encontró que el mayor beneficio que perciben del control prenatal es para tener un bebe sano y aprender aspectos de cómo proteger su salud.⁸⁸

En cuanto a los factores asociados a la adherencia al control prenatal en adolescentes continuando con el estudio anteriormente referenciado realizado por Patricia Barrera Huamán concluye que existen factores que influyen en el momento en el cual la gestante está decidiendo iniciar su APN. El inicio temprano (I trimestre) de la APN fue prevalente en la muestra estudiada con un (54.4%), asimismo el 38.3% tuvo inicio intermedio (II trimestre) y el inicio tardío (III trimestre) fue un 7.3%. Los factores que influyeron en asistir a la APN de manera temprana fueron el factor pareja (estado civil, escolaridad de la pareja y aceptación del embarazo), el factor educacional (escolaridad de la gestante y conocimientos sobre la APN) y el factor familiar (la buena comunicación y confianza con los padres, el vivir con la pareja y/o familia de la pareja y el apoyo familiar ante el embarazo). Asimismo el Factor institucional y el Factor psicológico tuvieron más influencia al inicio tardío de la APN.⁸⁹

Finalmente puede decirse que para conseguir una buena adherencia, es necesario que exista una activa participación tanto del paciente como del personal de salud, respetando los diversos valores culturales, creencias y prácticas de los usuarios, con el fin de proporcionar un cuidado asertivo y acorde a las necesidades de los usuarios haciendo que estos se sientan satisfechos y se adhieran al tratamiento.

⁸⁸ MAYORGA PALACIOS, Andrea del pilar. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes E.S.E san Cristóbal. Universidad nacional de Colombia. Facultad de medicina. Departamento de salud pública. Colombia. Bogotá. 2012. Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co

⁸⁹ HUAMAN. Op. Cit., p.84.

9 CONCLUSIONES

- Se concluye que las adolescentes embarazadas que participaron en la presente investigación se encuentran en edades entre 14 y 18 años, predominando las edades de 16- 17 años de la población objeto de estudio, viven en la zona urbana y su estado civil que prevalece son casadas; pertenecen en su mayoría al estrato I, referente al estrato socioeconómico no se encontró relación con la adherencia debido a los factores que no se incluyeron en el instrumento evaluativo, (descripción de núcleo familiar), en cuanto a nivel de escolaridad en su mayoría hicieron la secundaria incompleta, en cuanto a la ocupación principal no tenían ocupación actual, la religión que profesan las adolescentes embarazadas es la católica y conviven en su mayoría con los familiares y tienen una relación armoniosa , donde la mayoría de sus ingresos los aportan sus padres.
- Se evidencio que la población objeto de estudio inicio actividad sexual entre 12-14 años.
- Se concluye que 9 de las gestantes objeto de estudio se inscribieron en el 2 trimestre de gestación seguido de 8 que se inscribieron en el 1° trimestre, lo que muestra que las adolescentes no se adhieren al control prenatal según la resolución 412 del 2000, antes de las 12 semanas de gestación.
- Se observó que la percepción de las encuestadas en cuanto a la atención prestada por la institución en su mayoría es buena.
- Al momento del análisis de los resultados se observó que 14 de las 17 adolescentes siempre sigue las recomendaciones brindadas por el personal de salud.
- Al indagar sobre la atención brindada por el personal de salud, la población encuestada considera que este servicio es bueno, lo que puede influir en el paciente a la hora de decidir si continúa o no en el programa de control prenatal.
- Se evidenció que los médicos y las enfermeras encargadas de realizar el control prenatal se preocupan por ahondar en el estilo de vida de las embarazadas y en su entorno y contexto familiar, realizando una adecuada anamnesis y examen físico, brindando sus recomendaciones en cuanto a ejercicio, dieta y tratamiento farmacológico en un lenguaje adecuado y comprensible por parte del paciente.

- Se llega a la conclusión que las adolescentes embarazadas que asisten al control prenatal en el hospital Rubén Cruz Vélez son adherentes.

- Se llega a la conclusión que existen factores que influyen en el momento en el cual la gestante está decidiendo iniciar su control prenatal. Los factores que influyeron en asistir al control prenatal de manera temprana fueron: el **factor demográfico** (raza, edad), el **factor socioeconómico** (escolaridad de la gestante) **factor institucional** (medianamente satisfechas con la atención, incumplimiento de las citas médicas, incumplimiento de recomendaciones médicas, inscripción al control prenatal en el 2 trimestre de gestación por desconocimiento del estado, vergüenza o temor)

10 RECOMENDACIONES

10.1 A LA UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA (UCEVA)

- Continuar realizando estas investigaciones para que fortalezca la línea de Cuidado y Salud, en el Tema de Salud Sexual y Reproductiva.
- Diseñar e implementar proyectos en salud sexual y reproductiva, que permitan fortalecer y mejorar en los adolescentes el conocimiento y por ende su autocuidado; de acuerdo a las políticas públicas en salud sexual y reproductiva de la población en general.
- Participar activamente en talleres, conferencias seminarios y otras actividades educativas respecto a la línea de cuidado y salud.
- A los estudiantes de enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca para que continúen realizando trabajos investigativos sobre la línea de cuidado y salud en las adolescentes embarazadas, relacionado con el tema salud sexual y reproductiva.

10.2 AL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ

- Seguir fortaleciendo el programa de control prenatal para garantizar una atención integral a la gestante.
- Implementar estrategias para detectar tempranamente patologías en las gestantes, e iniciar la inscripción al control prenatal antes de la semana 12.
- Realizar seguimiento a través de visitas domiciliarias y vía telefónica a las gestantes inasistentes.
- Planear e implementar programas educativos en la población adolescente gestante en temas de cuidados del embarazo y sus complicaciones, post parto, cuidados del recién nacido y puericultura.

11 BIBLIOGRAFÍA.

A, Teresa; AMAYA., Mengole y IANACONE, José. Factores socioculturales, conocimientos y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital JoséagurtoTelloChosica. Perú. Lima. 2009. vol. 8, No 2. ISSN 1816-0719

AVILA, Cruz. María Fernanda. Mecanismos para controlar el embarazo. Madrid. ECOS. 2009. 116 p

BAUTISTA, Enrique y VINICIO, Marco. Factores que inciden en la adherencia a control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud cantón quero. Ecuador .provincia de tungurahua.2013. Enlace: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5872>

BLOSSIERS, Carolina. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes Embarazadas durante el control prenatal: Un estudio cualitativo Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [en línea] 2010, 27 (Sin mes): [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319423005>> ISSN 1726-4642

BLÁZQUEZ-MORALES, Ma. Sobeida L., Torres-Férman, Irma Aída, Pavón-León, Patricia, Gogeochea-Trejo, Ma. Del Carmen, Blázquez-Domínguez, Carlos R. Estilos de vida en embarazadas adolescentes Salud en Tabasco [en línea] 2010, 16 (Enero-Abril): [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442005>> ISSN 1405-2091

BORDIGNON, Nelson Antonio. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto Revista Lasallista de Investigación [en línea] 2005, 2 (julio-diciembre): [Fecha de consulta: 16 de octubre de 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>> ISSN 1794-444.

CARMONA, Mariana; HURTADO., Ylida y MARIN, Gloria. Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescente embarazadas usuarias de la consulta prenatal de hospital distrital Tejuma, estado de Carabobo 2007. Enlace:<http://saber.ucv.ve/jspui/handle/123456789/1393>.

CACERES-MANRIQUE, Flor de María. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [online]. 2009, vol.60, n.2 [cited 2014-02-21], pp. 165-170. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7434.

CHARRY ARIAS, Jakeline, et al. Calidad de control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS publica. Manizales, Colombia. 2007, vol. 13, pags.131-142. ISSN 0121-7577. Enlace: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf

CHAVEZ HERNANDEZ, Ana María y MARIN GUTIERREZ, Raquel. Antecedentes psicosociales que influyen en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes. Vol. 17, No 3. 2007. Pág. 48. ISSN 0188-6266.

CABEZAS CRUZ, Evelio. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2002, vol.28, n.1 [citado 2014-02-09], pp. 5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100001&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3062

CORNEJO, Diego Fernando. Estudio adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativá de Bogotá. Bogotá D.C. Facultad de Medicina, 2012. 16 p. Enlace: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6455/1/598441.2012.pdf>

CARRILLO U., Abelardo. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Rev. Cienc. Salud* [online]. 2007, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732007000200008&lng=en&nrm=iso. ISSN 1692-7273.

CARREON VASQUES J, et al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo adolescente. Xalapa. México DF. Veracruz. 2001. Vol. 6 pág., 70. Enlace: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>

Escuela de medicina.
enlace: escuela.med.puc.cl/.../Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html

FIGUERO-RUIZ, E.; PRIETO PRIETO, I. y BASCONES-MARTINEZ, A. Cambios hormonales asociados al embarazo: Afectación gingivo-periodontal. *Avances en Periodoncia* [online]. 2006, vol.18, n.2 [citado 2013-09-24], pp. 101-113. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852006000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-6585. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852006000200005>

GARCIA, Alberto. Normatividades acerca de mujeres jóvenes embarazadas. *Revista Médica*. 2013

GARCIA ROJAS, Patricia, et al. Vivencia del embarazo en adolescentes en una institución de protección en colombia.2010. Vol.19, No 2-3.ISSN 1132-1296.

GIL DE PADILLA, Marina. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. El salvador. 1998. Enlace: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2000/VII1aspectos.pdf>.

González-Quiñones, Juan C., Salamanca-Preciado, Jenny P., Quiroz-Rivera, Ruth M., Hernández-Pardo, Ángela M., Hernández-Rojas, Astrid D., Quesada-Núñez, Beselink. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana *Revista de Salud Pública* [en línea] 2012, 14 (Sin mes): [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42226354004>> ISSN 0124-0064

GINARTE ARIAS, Yurelis. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online]. 2001, vol.17, n.5 [citado 2013-09-21], pp. 502-505. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1561-3038.Enlace: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000500016&script=sci_arttext

LEON, Paula, Et al. Embarazo en adolescente. Departamento de psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de los andes. Psiquiatra, departamento de psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de los andes, 2008. ISSN 0718-0918.

LOPEZ PEREZ, Grace Pamela. Controles prenatales y su influencia en la presencia de amenaza de parto prematuro en madres adolescentes que acuden al centro obstétrico del hospital provincial docente Ambato. 2012. Enlace:<http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5512>.

MUNOZ P, Maritza y OLIVA M, Patricio. LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Rev. chil. Obstet. Ginecol.* [Online]. 2009, vol.74, n.5 [citado 2014-02-20], pp. 281-285. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000500003>.

MERINO ALMARAZ, VaniaNohelia; LOZANO BELTRAN, Daniel Franz y TORRICO, Faustino. Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. *En: revista electrónica Scielo.* 2010, vol.33, n.2 [citado 2013-09-29], pp. 21-25.

MAIGUEL, Leonard. Universidad Manuela Beltrán .causas de inasistencia a controles prenatales.bogota.2013. Disponible en: www.vanguardia.com/actuaidades/colombia/196270-estudio-revela-causa-de-inasistencia-a-controles-prenatales.

Ministerio de salud resolucion8430 de 1993 (octubre 4), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, consultado el 29 de mayo de 2013, disponible en web: <http://investigaciones.unicartagena.edu.co/resolucion8430.pdf>

NIETO, L.y Pelayo, R. (2009)" Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a esta, como objeto de la psicología de la salud" En: revista Académica e Institucional, páginas de la UCPR, 85. 62-64.

OMS, Dirección corporativa de administración sub dirección de servicios de salud. Enlace <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf>.

OSORIO, Ana María and AGUADO, Luis Fernando. A look at the childhood situation in the Province of Valle del Cauca. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñezjuv* [online].2010, vol.8, n.2 [cited 2014-02-16], pp. 1176-1177.Available from: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2010000200028&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1692-715X.

OBSERVATORI DI BIOETICA I DRET. Parccientilic de Barcelona, consultado el 22 de mayo de 2013, disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.

POLANIA, Eider. Teóricos de la Enfermería. Editorial LIMUSA. 2006. Enlace: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplificacion.pdf> Ibíd., p. 33. Enlace: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplificacion.pdf>

PLATA MOYA, Delia; GUIZA S., Ingrid Johana y MORA MERCHAN, Mayra Alejandra. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. En revista de investigación programa de enfermería UDES. 2009.pag. 51. Enlace:<http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/70/Ingreso%20temprano%20al%20control%20prenatal%20en%20una%20unidad%20materno%20infantil.pdf>

POFFALD, Lucy, Hirmas, Macarena, Aguilera, Ximena, Vega, Jeanette, González, María José, Sanhueza, Gabriel. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en ChileSalud Pública de México [en línea] 2013, 55 (Noviembre-Diciembre): [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en:<<http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=10628941004>> ISSN 0036-3634

PEREZ I, Bastardo Cermeño T. Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia. *INformed*.2008;10(4):Enlace: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/437-la-mortalidad-materna-en-adolescentes-una-crisis-ignorada#references>

RUSSI, Vanegas. El embarazo en adolescentes. En: *Revista Médica. Sección salud*. Edición 45. Argentina.2012. Disponible: <http://www.univadis.com.co/merck-manual-pro/Ginecologia-y-obstetricia/Complicaciones-no-obstetricas-durante-el-embarazo/Anemia-en-el-embarazo>.

SANCHEZ VALENCIA, Yessica Alexandra et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Online]. 2013, vol.78, n.4 [citado 2014-02-09], pp. 269-281. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400005>.

SEGURA, Omar. ¿Fracasaron la consejería preconcepcional y el control prenatal? Una mirada desde las estadísticas vitales en Bogotá (Colombia), 2009-2010 Investigaciones Andina [en línea] 2011, 13 (Abril-Septiembre): [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239019304004>> ISSN 0124-8146

SPINDOLA, Thelma and SILVA, Larissa freirefurtado da. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no prenatal de un hospital universitario. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.1 [cited 2014-02-21], pp. 99-107. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100014>.

SAUSTER, Steven. HURRELL, Joseph. LEVIN, Lennar. Factor psicosocial y de organización. 1995. enlace: www.insht.es/insthweb/contenido/documentacion/textoonline/tomo.pdf. Consultado: 24 febrero 2014.

SANTA, Eduardo. Introducción a la sociología. 1983. Tercera edición. ISBN 84-8272-272-7 (Rúst.). Pág. 238

TAMEZ GONZÁLEZ, Silvia, Valle Arcos, Rosa Irene, Eibenschutz Hartman, Catalina, Méndez Ramírez, Ignacio. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal Salud Pública de México [en línea] 2006, 48 (septiembre - octubre): [Fecha de consulta: 21 de febrero de 2014] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10648508>> ISSN 0036-3634

VARGAS, FERNANDES. Arturo. El control prenatal. Bogotá. Print. Segunda Edición .2009. 45 p. ENLACE: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2.%20Componente%20Normativo%20Materno%20CONASA.pdf>.

VANEGAS, Federico. Informe sobre maternidad (ONU). En: Periódico El Espectador. Publicada 27 de Noviembre 2013 ENLACE <http://www.elespectador.com/noticias/actualidad/vivir/mama-los-15-articulo-455436>.

VALENCIA, Aristizabal. Camilo Andrés. Informe Organización Mundial de la Salud. 2011. http://www.euroresidentes.com/empresa_empresas/diccionario_de_empresa/finanzas/r/riesgo-economico.htm

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES DEMOGRÁFICOS	Son elementos que permiten diferenciar las características de la población en cuanto a edad, género y estado civil.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	% de adolescentes embarazadas en edades entre: 14 a 15 16 a 18 Del total encuestados	# adolescentes embarazadas entre las edades de: 14 a 15 16 a 18 Del total encuestados	¿En qué intervalo de edades te encuentras? 14 a 15 16 a 18 Del total encuestados	Intervalo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	% de adolescentes embarazadas con estado civil : casadas Separadas Unión libre Viuda Divorciada Soltera del total de encuestadas	# de adolescentes embarazadas con estado civil: Casado(a) Separado (a) Unión libre Viudo (a) Divorciado(a) Soltero (a)	¿Cuál es su estado civil? Casada Separada Unión libre Viuda Divorciada Soltera	Nominal - politómica

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Factores sociales y económicos que caracterizan al individuo o al grupo dentro de la estructura social.	Estrato	El estrato social es un segmento de la población que difiere de otros, en cuanto a riquezas, acumulada, valores comunes, posesiones personales y prestigio social. Clasificado en : Estrato 1 Estrato 2	% de adolescentes embarazadas que pertenecen a estrato socioeconómico según tipo: Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 del total de los encuestados	# de adolescentes embarazadas que pertenecen a estrato socioeconómico o según tipo: Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 del total de los encuestados	¿A cuál estrato pertenece según la encuesta nacional de sisben? 1____ 2____ 3____ Otros _____ cuál?	nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Escolaridad	Grado de educación alcanzado por un individuo en instituciones escolares.	% de adolescentes embarazadas con algún grado de escolaridad. Primaria Básica Secundaria Técnico Universitario o total de las encuestadas	% de adolescentes embarazadas con algún grado de escolaridad. Primaria Básica Secundaria Técnico Universitario del total de las encuestadas	Nivel de estudio Primaria Básica Secundaria Técnico Universitario	Nominal politómica.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Organización familiar	<p>Conformación de un grupo de personas según la presencia de lazos de consanguinidad o convivencia se clasifican:</p> <p>Familia nuclear: está constituida por ambos padres biológicos y los hijos y se caracteriza por dos generaciones de consanguinidad.</p> <p>Familia nuclear modificada: comprende las familias</p>	% de adolescentes embarazadas que pertenecen a algún tipo de familia con relación al total de adolescentes encuestados	# de adolescentes embarazadas que pertenecen a algún tipo de familia con relación al total de adolescentes encuestados	<p>Tipo de familia a la que perteneces</p> <p>a) nuclear (ambos padres y hermanos)</p> <p>b) familia nuclear modificada (uno de los padres e hijos)</p> <p>c) familia nuclear reconstituida (madrasta o padrastro y hermanos)</p> <p>d) familia extensa (abuelos, primos,)</p> <p>e) familia extensa modificada (tíos, primos)</p>	Nominal Politómica

			<p>donde solo está el padre o la madre con los hijos; pueden ser hijos de diferentes uniones.</p> <p>Familia nuclear reconstituida: familia donde hay pareja que no todos los hijos son del mismo padre o de la madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.</p> <p>Familia extensa Está compuesta por tres generaciones : padres, hijos y nietos.</p>			<p>de los padres o sobrinos)</p> <p>f) pareja</p> <p>g) familia atípica (personas sin lasos de consanguinidad)</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

			<p>Familia extensa modificada: es aquella que en la que además de los padres, está vinculado otro familiar como : primo, tíos, y sobrinos</p> <p>Pareja: está compuesta únicamente por dos persona estén o no casados</p> <p>Familia atípica: pueden ser parejas o grupos de personas con o sin lazos Consanguíneos</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Seguridad social	Un derecho que le asiste a toda persona de acceder, por lo menos a una protección básica para satisfacer estados de necesidad. se divide en : Régimen contributivo: es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud,	% Porcentaje de adolescent es que tienen seguridad social: Régimen contributivo o régimen subsidiado vinculado del total de las encuestadas	# Porcentaje de adolescent es que tienen seguridad social: Régimen contributivo régimen subsidiado vinculado del total de las encuestadas	Seguridad social que tiene a) vinculado (no tiene carnet de seguridad social) b) subsidiado (emssanar, cafesalud) c) Contributivo (EPS Coomeva, ISS, Comfenalco)	Nominal politomic as

			<p>cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual y familiar.</p> <p>Régimen subsidiado:</p> <p>Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

			fiscales o de solidaridad. Vinculado: Personas pobres que no están afiliadas al sistema de salud, pero pueden ser atendidas en instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.				
--	--	--	---	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES CULTURALES	<p>Modo de vida desarrollado por un grupo humano y transmitido de generación en generación. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias.</p>	Religión	<p>La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual</p>	<p>% de adolescentes embarazadas que pertenecen a la religión: Católica Evangélica protestante Otra Del total de los encuestados</p>	<p># de adolescentes embarazadas que pertenecen a la religión: Católica Evangélica protestante Otra Del total de los encuestado</p>	<p>¿A qué clase de religión pertenece? a) Católica b) Evangélica c) Protestante d) Otra cuál: -----</p>	<p>Nominal politomic a</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Creencias	Es un modelo habitualmente basado en la fe creado por la mente idealizándose generalmente en la interpretación de un contenido cognoscitivo o de un hecho (abstracto o concreto) de los cuales se desconoce demostración absoluta. La creencia puede abarcar: Tratamiento con plantas medicinales: es la medicación	% de adolescentes embarazadas que pueden tener una creencia en cuanto al tratamiento con plantas medicinales, alimentación o costumbres realizadas por las abuelas u algunos ancestros del total de las encuestadas.	# de adolescentes embarazadas que pueden tener una creencia en cuanto al tratamiento con plantas medicinales, alimentación o costumbres realizadas por las abuelas u algunos ancestros del total de las encuestadas	Usted mama prefiere: a) ir a los controles y seguir las indicaciones de enfermeras y/o médicos b) seguir los consejos de sus mayores	nominal

			<p>con plantas que en uno o más de sus órganos contiene sustancias que pueden ser utilizadas con finalidad terapéutica</p> <p>Técnicas de tratamiento: Es un conjunto de saberes prácticos o procedimientos con fines terapéuticos.</p> <p>Alimentación: conjunto de alimentos con que se alimenta un ser vivo.</p> <p>Medicamentos: Sustancia que se administra con fines</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

			curativos o preventivos de una enfermedad.				
--	--	--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES INSTITUCIONALES	Hacen referencia a las características de la institución de salud, tales como , equipo de salud , organización de equipo de salud la tecnología y el personal, que son elementos fundamentales para garantizar la calidad en la atención al paciente	Cita oportuna.	Tiempo que esperan para recibir la atención calificado con un puntaje según las características como: ❖ 4. entre 10 - 20 minutos ❖ 3. entre 20- 30 minutos ❖ 2. entre 40 - 50 minutos 1. entre 60 y más minutos. Dónde: 4. Muy bueno 3. bueno 2. regular 1. malo	% de tiempo que esperan las adolescentes embarazadas para recibir la atención Calificado como: 4. Muy bueno 3. bueno 2. regular 1. malo Del total de las encuestadas	# de tiempo que esperan las adolescentes embarazadas para recibir la atención Calificado como: 4. Muy bueno 3. bueno 2. regular 1. malo Del total de las encuestadas	Como considera el tiempo de espera para recibir la atención a)Malo b) Regular c)Bueno d) Muy bueno	Nominal Político

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Duración del Control prenatal	<p>Tiempo dedicado a la anamnesis, valoración física y educación a la adolescente embarazada durante el Control prenatal calificado con un puntaje según las características como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 1. si es 5 - 10 minutos ❖ 2. si es 11– 16 minutos ❖ 3. si es 17– 22 minutos ❖ 4. si es 23- 28 minutos <p>Dónde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. malo 2. regular 3. bueno 4. muy bueno 	<p>% de tiempo dedicado a la anamnesis, valoración física y educación de la adolescente embarazada durante el Control prenatal se califica como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. malo 2. regular 3. bueno 4. muy bueno <p>del total de las encuestas</p>	<p># de tiempo dedicado a la anamnesis, valoración física y educación de la adolescente embarazada durante el Control prenatal se califica como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. malo 2. regular 3. bueno 4. muy bueno <p>del total de las encuestadas</p>	<p>Como considera el tiempo de duración del control prenatal</p> <ol style="list-style-type: none"> a)Malo b) Regular c)Bueno d) Muy bueno 	<p>Nominal politomic a</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Atención del personal de salud	<p>Es la manera en que el personal de salud presta su atención durante la consulta calificado con un puntaje según las características como:</p> <p>a. saludo b. expresar amabilidad c. prestar atención d. orientación adecuada</p> <p>4. si cumple con todas las características 3. si cumple con tres de las características 2. si cumple con dos de las características</p>	<p>% de adolescentes embarazadas que perciben la atención del personal de salud se califica como:</p> <p>4. muy bueno 3. bueno 2.. regular 1. malo</p> <p>Del total de las encuestadas</p>	<p># de adolescentes embarazadas que perciben la atención del personal de salud se califica como:</p> <p>4. muy bueno 3. bueno 2.. regular 1. malo</p> <p>Del total de las encuestadas</p>	<p>Como considera la atención del personal de la institución</p> <p>a)Malo b) Regular c)Bueno d) Muy bueno</p>	<p>Nominal politomica</p>

			<p>1. si cumple sólo con una o ninguna de las características</p> <p>Dónde :</p> <p>4.muy bueno 3. bueno 2.. regular 1. malo</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Educación brindada por el personal de salud	<p>Es la información y recomendaciones que brinda el personal de la salud a las adolescentes embarazadas que asistan al control prenatal en el hospital Rubén cruz Vélez calificado con un puntaje según las características como:</p> <p>a. información completa b. información oportuna c. información pertinente d. información clara</p>	<p>% de adolescentes embarazadas que recibe la información y la califica como:</p> <p>4. muy bueno 3. bueno 2.. regular 1. malo</p> <p>Del total de las encuestadas</p>	<p># de adolescentes embarazadas que recibe la información y la califica como:</p> <p>4. muy bueno 3. bueno 2.. regular 1. malo</p> <p>Del total de las encuestadas</p>	<p>Como considera la explicación del profesional de la salud respecto a los exámenes de laboratorio, procedimientos y tratamientos</p> <p>a)Malo b) Regular c)Bueno d) Muy bueno</p>	Nominal politómica

			<p>4. si cumple con todas las características</p> <p>3. si cumple con tres de las características</p> <p>2. si cumple con dos de las características</p> <p>1. si cumple sólo con una o ninguna de las características</p> <p>Dónde:</p> <p>4. muy bueno</p> <p>3. bueno</p> <p>2. regular</p> <p>1. malo</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
ADHERENCIA	Es cuando el paciente acepta la orientación sugerida por el médico o personal de salud y cumple con la asistencia a los controles, el tratamiento farmacológico y no farmacológico.	Control prenatal	conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal	% de adolescentes embarazadas que cumplen a cabalidad con el régimen terapéutico como: La asistencia a los controles: 75% tratamiento farmacológico: 75% y no farmacológico: 75%. Para cumplir con adherencia, cada ítem debe ser igual o mayor al 75%. Del total de las encuestadas	# de adolescentes embarazadas que cumplen a cabalidad con el régimen terapéutico como: La asistencia a los controles: 75% tratamiento farmacológico: 75% y no farmacológico: 75%. Para cumplir con adherencia, cada ítem debe ser igual o mayor al 75%. Del total de las encuestadas	Número de controles que hasta el momento ha tenido a) uno b) entre 2 y 4 c) entre 5 y 8	Nominal politómica

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PREGUNTA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Adolescente embarazada que cumplen con las citas programadas	<p>Adolescentes embarazadas inscritas al programa de control prenatal que asisten a las citas programadas por la institución calificado con un puntaje según las características como:</p> <p>a. siempre: cuando el paciente asiste a todas las citas programadas por la institución</p> <p>b. casi siempre: cuando dejan de asistir 1 o 2 veces de las citas programada.</p> <p>c. Algunas veces: Cuando dejan de asistir 3 a 4 veces de las</p>	<p>% de adolescentes embarazadas que asisten a las citas programadas por la institución definido como:</p> <p>a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Nunca</p> <p>De total de las encuestadas</p>	<p># de adolescentes embarazadas que asisten a las citas programadas por la institución definido como:</p> <p>a. Siempre b. Casi siempre c. Algunas veces d. Nunca</p> <p>Del total de las encuestadas</p>	<p>Cumple con las citas programadas en la institución para su control prenatal</p> <p>a) siempre b) casi siempre c) algunas veces d) nunca</p>	Nominal politomica

			citas programadas. Nunca: cuando no asiste a los controles médicos				
--	--	--	---	--	--	--	--

Anexo B. Carta al comité de ética del Hospital Rubén Cruz Vélez para la aprobación a la investigación de la unidad Central del Valle UCEVA.

Escaner

Tuluá, Marzo 11 2014

Dra.: DIANA DELIA RODRIGUEZ

GERENTE
HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ

00000629

REGISTRO DE
FECHA: marzo 11. 14 Hora: 10.26

Cordial saludo

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más cordial y comedida posible, para que se que permita a las estudiantes: LEIDY JOHANNA ARCILA MONTOYA, ALEXANDRA CARDONA OROZCO, MARIA ALEJANDRA LARA GUITIERREZ, MABERLY LOPEZ SINISTERRA, YASMEEN KARIMA RIASCOS CASTAÑEDA, desarrollar la siguiente investigación: **"FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ TULUÁ 2013 – 2014"**

Es una investigación descriptiva que va a necesitar informes estadísticos de la institución y aplicar encuesta a una muestra representativa de la población objeto de estudio. Los resultados de la investigación podrán ser utilizados para fortalecer el programa prenatal.

De antemano agradezco la atención dispensada en espera de una pronta y asertiva respuesta.

Atentamente.,

Luiz Damaris Rojas R
LUZ DAMARIS ROJAS RODRIGUEZ
Enfermera
Directora de trabajo de grado

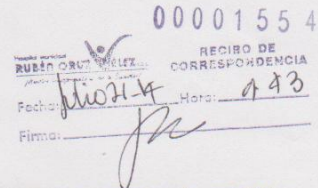
[Handwritten signature]
11/03/14
10:30 AM

Escanial

Tulua, julio 18 2014

Dr
Mauricio Rincón
HOSPITAL MUNICIPAL RUBEN CRUZ VELEZ

Cordial saludo



Por medio de la presente me permito dirigirme a usted de la manera más cordial y comedida posible, para que se nos suministre la base de datos de las gestantes inscritas en el programa de control prenatal de este hospital, con el objetivo de llevar a término la monografía de la cual soy directora que lleva por título **FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ TULUÁ 2013 – 2014**. Con el fin de desarrollar algunas competencias adjuntas al plan de estudios del programa de enfermería de la unidad central del valle del cauca, en lo concerniente al área de investigación.


De antemano agradezco la atención dispensada en espera de una pronta y asertiva respuesta.

Atentamente.

[Signature]
LUZ DAMARIS ROJAS RODRIGUEZ
Enfermera
Directora de monografía.

Anexo C. Formato de Firmas de Realización de Encuesta de Gestantes

Escaneado



UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ

FECHA: 21 - 08 - 14

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FIRMA
1	Lina Mayerli Mellizo	18	Lina Mayerli Mellizo
2	Maryuri Alejandra Arboleda	17	Maryuri Arboleda Arboleda
3	Geraldine Mendoza	16	GERALDINE MENDOZA
4	Verónica Osorio Vera	16	Veronica osorio Vera
5	Marlín Julieth Bergara	17	Marlyu Julieth Bergara
6	Wendy Johanna Herrera	15	Wendy Johanna H.
7	Lizeth Díaz Giraldo	14	X Lizeth Díaz Giraldo
8	Marcela Guarín	14	MARCELA GUARIN thomas
9	Alexandra Hurtado	18	Alexandra Hurtado
10	Lizet Katherine García	17	Lizeth Katherine Garcia
11	María Juliana Henao	16	X Mariadelana Henao
12	Leidy Yuliana Álzate Piedrahíta	14	Leidy Yuliana
13	Marlín Johanna Bonilla	18	Bonilla JAFAMILLO Marlín
14	Anyi Suarez	17	anyi YULIETH SUAREZ.
15	Paola Andrea Oroñoñez	18	Paola Andrea Oroñoñez
16	Lina Camila Ortiz	15	Lina Camila Ortiz
17	Anyi Katherine Loaiza	14	- Anyi Katherine Loaiza

**Anexo D. Consentimiento informado.
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ADOLESCENTE PARA PARTICIPAR
EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Fecha ____/____/____/

Yo _____ con TI/CC

_____ de _____, en forma voluntaria y sin ninguna presión o inducción, otorgo información escrita que se requiera sobre factores relacionados con la adherencia al control prenatal de adolescentes embarazadas. Se me ha informado y he entendido los objetivos del estudio, así como los beneficios esperados de esta investigación; todo esto enunciado previamente por los estudiantes de **ENFERMERÍA** de la **UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA** Leidy Johanna Arcila Montoya, Alexandra Cardona Orozco, María Alejandra Lara Gutiérrez, Maberly López Sinisterra, Yasmeeen Karima Riascos Castañeda.

He sido también informado(a) de que mis datos personales serán protegidos según la resolución 8430 de 1993. Para dicho fin no se expondrán ni guardaran nombres, apellidos, números de identidad, teléfonos o direcciones de los participantes del estudio. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Para esto no serán consignados en los formatos ningún dato de identificación y solo tendrán acceso a esta información los estudiantes que realizan el estudio y la directora de trabajo de grado, la enfermera Luz Damaris Rojas si así se requiere.

Tomando esto en consideración, **OTORGO** mi **CONSENTIMIENTO** para que el suministro de información sea otorgada y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma participante
T.I/C.C

Firma estudiante encargada
C.C

**Anexo E. Encuesta
UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA DE FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL
CONTROL PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN
AL HOSPITAL RUBÉN CRUZ VÉLEZ TULUÁ 2013 - 2014**

OBJETIVO: Recolectar información que permita determinar los factores demográficos, socioeconómicos, culturales e institucionales relacionados con la adherencia a los controles prenatales, de las adolescentes embarazadas de 14 a 18 años, del Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá, en el periodo junio 2013 a junio 2014.

ADOLESCENTE EMBARAZADA ENCUESTADA:

Las respuestas consignadas por usted en cada uno de los ítems son muy importantes para la sistematización de la información en el presente estudio investigativo.

Muchas gracias por su tiempo.

Fecha: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS:

Información personal

1. Edad:

14 a 15 _____ 16 a 17 _____ 18 _____

2. ¿Dónde vive actualmente?

Zona urbana _____ zona rural _____

3. Estado Civil:

Casada-----

Separada-----

Unión libre-----

Viuda -----

Soltera-----

4. ¿Cómo se auto reconoce usted?

Afro descendiente _____ mestizo _____ indígena _____

DATOS SOCIOECONÓMICOS

5. ¿A qué estrato pertenece según la encuesta nacional de Sisben?

1____, 2____, 3____, 4____, 5____, 6____

6. Nivel de escolaridad

Ninguno	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta	técnico	universitario	No Sabe/NR

7. ¿Cuál es su ocupación principal

- a) Estudia
- b) Trabaja
- c) Ama de casa
- d) Estudia y trabaja.
- e) Ninguna

8. ¿De quién depende económicamente?

- a) Padre y/o madre
- b) Pareja
- c) Independiente
- d) Otra fuente, ¿cuál? _____

9. ¿Cuánto son los ingresos mensuales de tu hogar?

- a) 1 salario mínimos (616.000)
- b) Entre 1- 2 salarios mínimos (1'232.000)
- c) Entre 3- 4 salarios mínimos (1.848.000)
- d) Más de 4 salarios mínimos (2.464.000)

10. Tipo de aseguramiento que posee

- a) Vinculado (no tiene carnet de seguridad social) _____
- b) Subsidiado (emssanar, cafosalud) _____
- c) Contributivo (EPS Coomeva, ISS, Comfenalco) _____

11. ¿Actualmente con quien vive?

- a) Sola
- b) Madre
- c) Padre
- d) Madre, padre y hermanos
- e) Pareja
- f) Con familiares (parientes)

- Si usted responde la opción **a (Sola)** continúe con la pregunta **número 13.**

12. ¿Cómo es la relación con su pareja?

- a) Armoniosa
- b) Indiferente
- c) Conflictiva
- d) No existe relación

13. ¿En el periodo de gestación de quien ha recibido apoyo?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Amigos
- d) Vecinos
- e) Pareja
- f) Abuela
- g) Familiares

SENTIMIENTO FRENTE AL EMBARAZO:

14. ¿Qué sentimiento generó usted en el embarazo?

- a) Miedo, tristeza, sufrimiento
- b) Culpa, vergüenza, frustración
- c) Alegría, felicidad

15. ¿Cuántos hijos tiene?

1 _____ 2 _____ 3 o mas _____

16. ¿Por lo general cuando hablas con tu familia sobre el embarazo ¿cuál es la actitud de ellos hacia ti?

- a) Negativa _____
- b) Positiva _____
- c) Otra _____

DATOS CULTURALES

17. ¿A qué religión pertenece?

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Protestante
- d) Otra cuál: -----

18. ¿A qué edad iniciaste tu actividad sexual?

- a) 12-14 años
- b) 15-16 años
- c) 17-18 años

19. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en el último año?

- a) 1
- b) 2
- c) más de 2

20. ¿Conoce algún método de planificación familiar?

- a) SI
- b) NO
- c) Cual: -----

21. Planificaba antes de quedar embarazada

Si _____ No _____

22. ¿Usted mamá porque asiste a los controles prenatales?

23. ¿Usted mamá porque no asiste a los controles prenatales?

24. ¿Ha salido usted a la calle en los días que ha habido eclipse?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

25. ¿Usted mamá prefiere?

- a) Ir a los controles y seguir las indicaciones de enfermeras y/o médicos
- b) Seguir los consejos de sus mayores
- c) Otras_____

26. ¿Usted mamá prefiere?

- a) Tener su parto con partera
- b) Con el médico en el hospital

27. ¿En su estado de gestación utiliza usted cremas o plantas para sentir menos las molestias del embarazo?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

28. ¿Usted mamá prefiere la valoración por parte de la partera?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

29. ¿Usted mamá prefiere la valoración de médicos y/o enfermeras?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

DATOS INSTITUCIONALES

30. ¿Qué tan satisfecha esta con la atención recibida por parte del equipo de salud que le hace el control prenatal?

- a) Muy satisfecha
- b) Medianamente satisfecha
- c) Insatisfecha

31. ¿Considera que le han practicado los exámenes y tratamiento necesario para prevenir riesgos durante el periodo de gestación?

- a) Si _____
- b) No _____
- c) Por que _____

32. ¿Ha tenido dificultad con la programación de las citas?

- a) Sí _____ que dificultad _____
- b) No _____

33. ¿Considera que la información brindada por el personal de salud, para prevenir riesgos en el embarazo es?

- a) Adecuada
- b) Medianamente adecuada
- c) Inadecuada

34. ¿Qué tan importante son para usted los controles prenatales?

- a) Muy importante
- b) Medianamente importante
- c) Poco importante

ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL

35. ¿Cuántos meses de gestación tenías cuando ingreso al programa prenatal?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ más de 4 _____

36. ¿Número de controles que hasta el momento ha tenido? (08/21/2014)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ más de 4 _____

37. ¿Si empezó el control tarde (después de 4 meses) porque motivo se demoró para iniciar el control prenatal?

- a) Desconocimiento de que estaba embarazada
- b) Desconocimiento del programa
- c) Temor, vergüenza a aceptar el embarazo
- d) Otra _____

38. ¿Cumple con las citas programadas en la institución para su control prenatal?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

39. ¿La distancia de su casa al hospital le dificulta el cumplimiento de sus controles prenatales?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

40. ¿Toma los medicamentos prescritos por el médico?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

41. ¿Cumple con el horario y dosis de los medicamentos de acuerdo a la prescripción médica?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

42. ¿tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a cantidad, los horarios y la relación con las comidas?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

43. ¿Alguna vez el hospital te han invitado a una capacitación de control Prenatal?

- a) Si _____
- b) No _____

44. ¿Te han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

- a) Si _____
- b) No _____

45. ¿Sigue usted las recomendaciones brindadas por el personal de salud en cuanto a estilos de vida saludable (dieta, ejercicio)?.

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Nunca

46. ¿se interesa por conocer sobre su gestación y la forma de cuidarse?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

- **SATISFECHA:** Quedar complacida, contenta con la información recibida.
- **INSATISFECHA:** Persona que se siente poco complacida como consecuencia de una determinada situación o hecho que se produjo.
- **ADECUADO (A):** que se acomoda a otra cosa o es apropiado para determinar fin, uso o acción.
- **INADECUADO(A):** que no es adecuado u oportuno a las circunstancias del momento.