

**RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ASISTENCIA AL CONTROL
PRENATAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS AL PROGRAMA
MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**

**SOLEDAD GARCIA GONZALEZ
EVELYN PARADA RAMOS
JENIFFER PATRICIA PEREZ BARRETO
DANIA MARCELA QUIROZ LOPEZ
PAOLA ANDREA SANJUAN SAMPAYO**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA

**Asesora de Investigación
CARMEN ELENA DÍAZ MONTES**

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

2018

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS

LISTAS DE ANEXOS

RESUMEN

1. INTRODUCCION	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GENERAL	16
2.2. OBJETIVO ESPECIFICOS	16
3. MARCO TEORICO.....	17
4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
5. METODOLOGÍA	35
5.1. DISEÑO	35
5.2. POBLACION.....	35
5.3. TAMAÑO	35
5.4. MUESTREO	35
5.5. CRITERIOS DE INCLUSION:	37
5.6. CRITERIOS DE EXCLUSION:	37
5.7. INSTRUMENTOS.....	37
5.8. PROCEDIMIENTO	39
5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	39
5.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
7. DISCUSION	44
8. CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS	53
ANEXO 1	53
ANEXO 2	54
ANEXO 3	55
ANEXO 4	56

ANEXO 5 57
ANEXO 6 58

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Distribución de las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 2. Antecedentes de embarazos previos, n° de hijos y abortos de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena – Colombia.

TABLA 3. 2017Distribución de las características familiares de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 4. Distribución de las características sociales de los padres de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 5. Distribución de la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 6. Trimestre de embarazos cursados de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 7. Meses de embarazos al inicio del control prenatal de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 8. Controles prenatales de las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 9. Análisis bivariado entre trimestre de embarazo y el adecuado control prenatal de las adolescentes embarazadas inscritas al programa de Maternidad Segura Cartagena - Colombia 2017

TABLA 10. Análisis bivariado entre la funcionalidad familiar y adecuado control prenatal de las adolescentes embarazadas inscritas al programa Maternidad Segura Cartagena – Colombia 2017

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado

ANEXO 2. Consentimiento Informado Para Padres De Adolescentes Embarazadas.

ANEXO 3. Encuesta Sociodemográfica.

ANEXO 4. Encuesta Sociofamiliar.

ANEXO 5. APGAR.

ANEXO 6. Tablas de resultados.

RESUMEN

Antecedentes: En los últimos años las cifras de adolescentes embarazadas se han incrementado de manera notable a nivel mundial, convirtiéndose esto en un problema de salud pública. Si bien es cierto que en esta etapa las adolescentes alcanzan su capacidad reproductiva, su organismo aún no se encuentra lo suficientemente maduro para enfrentar un embarazo y los cambios que se presentan durante el mismo, por lo cual es indispensable que las adolescentes asistan a un control prenatal riguroso donde se identifiquen los riesgos relacionados con el embarazo y planifiquen el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. A pesar de los beneficios que genera el cumplimiento adecuado a los controles prenatales, la asistencia a esta práctica es escasa por las adolescentes embarazadas, debido a múltiples causas, tales como la disfunción familiar ya que, en su mayoría, estas familias no se involucran en el proceso de gestación.

Objetivo: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en adolescentes embarazadas del programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias.

Metodología: estudio analítico transversal que se realizó con una muestra de 296 adolescentes gestantes con rangos de edades entre 13 a 19 años, con un intervalo de confianza del 95% y un error del 5%. Las asociaciones se determinaron mediante Odds Ratio. Muestreo bietápico. Los instrumentos utilizados fueron el formato APGAR, carnet de control del embarazo, encuesta sociofamiliar y sociodemográfica.

Resultados: Las edades de las adolescentes embarazadas oscilan entre 13 y 19 años predominó la edad de 17 años con un 28%, viven en unión libre el 76,7%, el nivel educativo con mayor porcentaje fue el de secundaria incompleta con un 44,6% y el 49,3%, son amas de casa. El 55,1% pertenecen al tipo de familia extensa modificada y el 52,7% pertenecen al ciclo vital de familia con hijos adolescentes. El 46,3% de las adolescentes se encuentran en el segundo trimestre de embarazo siendo estas las que presentan mayores controles inadecuados. El 75,3% iniciaron de forma temprana el control prenatal durante el primer trimestre. Por otro lado, se encontró que del total de las adolescentes participantes en el estudio el 82,1% pertenecen a una familia altamente funcional pero no se evidenció asociación significativa con el adecuado uso del control prenatal (OR= 1.52; I.C 95% (0,82 – 2,85)).

Conclusiones: La funcionalidad familiar no es un factor asociado a la asistencia adecuada a los controles prenatales de las adolescentes embarazadas, sin embargo, no se debe dejar de lado la importancia que tiene el apoyo familiar en el proceso de gestación de la adolescente,

ya que esta proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes, obteniéndose como resultados la minimización de riesgos materno – perinatal.

Palabras Claves: *Funcionalidad familiar, Embarazo en Adolescente, Control Prenatal*
(Fuente: DeCS)

1. INTRODUCCION

La fecundidad en adolescentes ha tenido un incremento en varios países en los últimos 30 años, siendo América Latina la única región que ha mostrado un incremento a nivel mundial. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la agencia de las Naciones Unidas (UNICEF), en un reciente documento publicado describen que casi todos los países de la región se encuentran dentro de los primeros 50 a nivel mundial (después del África subsahariana) con las tasas de fertilidad en adolescente más alta (1,2).

Durante la década de los noventa aumentó el porcentaje de madres adolescentes en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en contraste con la caída sostenida de la fecundidad total, encontrándose dentro de los países con mayor porcentaje de madres jóvenes a: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) Bolivia y Colombia (20%) (2).

Cartagena no es ajena a esta problemática, presentando un comportamiento similar que a nivel mundial y también a la situación de Colombia, aunque ha venido disminuyendo, continúa siendo un alto y un problema de salud pública ya que las adolescentes corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo pues anatómica y fisiológicamente no se encuentran completamente aptas para iniciar este proceso (3).

Muchas de las complicaciones que se presentan en el transcurso del embarazo pueden atenderse o incluso prevenirse por medio de la atención prenatal. Esta es una de las intervenciones en salud más importantes porque permite la disminución de las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal (4). El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las adolescentes quedan embarazadas antes de los 15 años de edad, lo que contribuye a los resultados perinatales adversos (muerte perinatal, bajo peso al nacer, feto pequeño para la edad gestacional, toxemia entre otros) (5).

El control prenatal está definido por la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo como el conjunto de todas esas actividades, procedimientos e intervenciones encaminadas a identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificación del control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo (6).

En Colombia, la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo indica que, las gestantes deben asistir al control prenatal una vez al mes hasta la semana 36

y luego cada 15 días hasta el parto. Los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados por el 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 (6). Esto es diferente con las adolescentes menores de 15 años, según el Protocolo de atención de la menor de 15 años por el Ministerio de Salud y Protección social, la periodicidad del control prenatal debe intensificarse, es decir debe realizarse cada 15 días (7).

Las adolescentes requieren controles prenatales con mayor periodicidad si presentan alguna de las condiciones de riesgos (Diabetes, patologías renales, enfermedades autoinmunes, hipotiroidismo, cardiopatías, coagulopatía, infecciones como la malaria, tuberculosis, dengue, entre otras) (7).

En investigaciones realizadas se han encontrado que el inicio del control prenatal de forma tardía en la mayoría de las adolescente es debido a diferentes factores como: Horarios de atención y escasez de horas en hospital por alto riesgo, crítica negativa por parte del profesional de salud, costo de los servicios, maltrato familiar, temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas, disfuncionalidad familiar, largos tiempos de espera antes de la atención siendo la negación y ocultamiento del embarazo, la principal barrera de ingreso (7,8).

La disfunción familiar es un factor que se asocia con la no asistencia oportuna a los controles prenatales del grupo de edades entre 15 a 19 años, debido a que en la mayoría de los casos las familias no se involucran en el proceso de gestación bien sea por falta de confianza, por ausencia de la madre, muerte de uno de los padres, roles no establecidos entre los miembros de la familia, padres separados, violencia intrafamiliar, no acompañamiento familiar, consumo de sustancia sicoactivas de uno de los miembros etc., trayendo como consecuencia que el adolescente no reciba apoyo, motivación y atención que les permita tener precauciones para evitar riesgos en el embarazo ya que en esta etapa la adolescente aún tiene inmadurez anatómica, fisiológica y psicológica que las vuelve más vulnerables a sufrir complicaciones como preclamsia, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos entre otros (5).

En Manizales, Colombia, Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, González Z, et al., observaron que el 72,1% adolescentes embarazadas entre 12 y 21 años atendidas en ASSBASALUD ESE para su control prenatal, presentaron disfunción familiar entre leve y severa, debido a múltiples factores entre los que se destaca la escolaridad, pero no se establece una asociación entre la asistencia a los controles prenatales y la funcionalidad familiar (9).

Existen pocas investigaciones tanto a nivel mundial y nacional que no relacionan las variables funcionalidad familiar y asistencia de las adolescentes embarazadas al control prenatal, por lo tanto, sobre la base de lo anteriormente expuesto los investigadores consideran pertinente

la realización de esta investigación que permitirá encontrar datos significativos entre si existe o no asociación entre estas variables.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial De La Salud (OMS) precisa la adolescencia como “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia. Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad (10,11)

Considerando que la fecundidad (número de hijos que en promedio tendría una mujer en su vida fértil) global descendió, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad entre 15 a 19 años de edad) tuvo un comportamiento diferente: primero se mostró decadente y después tuvo un incremento en varios países en los últimos 30 años, siendo América Latina la única región que ha mostrado un incremento a nivel mundial. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la agencia de las Naciones Unidas (UNICEF), en un reciente documento publicado describen que casi todos los países de la región se encuentran dentro de los primeros 50 a nivel mundial (después del África subsahariana) con las tasas de fertilidad en adolescente más alta (10,11).

Durante la década de los noventa aumentó el porcentaje de madres adolescentes en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, en contraste con la caída sostenida de la fecundidad total, encontrándose dentro de los países con mayor porcentaje de madres jóvenes a: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) Bolivia y Colombia (20%) (2).

Por otro lado, la división de Población de la Organización de las Naciones Unidas ONU-DAES, en sus proyecciones más recientes, plantea que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá prácticamente estable durante el período 2020–2100. Se prevé, igualmente, que los partos en menores de 15 años se incrementen a tres millones por año en esta región para 2030 (2).

La situación de embarazos en adolescentes en Colombia no es diferente a la situación mundial; si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha descendido, la conducta reproductiva de este grupo constituye gran preocupación, observándose el siguiente panorama descrito en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015: puede observarse que después del aumento que tuvo la fecundidad este indicador se redujo a 84 por mil en 2010 y a 75 por mil en 2015 (12).

En cuanto a la situación de Bolívar el 20.9% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo (12).

Cartagena no es ajena a la problemática, a pesar de que el 2016 fue el año con menos embarazos en jóvenes en la última década 1 de cada 5 embarazos fue en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años, es decir se presentaron 3.643 embarazos adolescentes durante ese año (3).

El embarazo adolescente se constituye en un problema porque pone en riesgo la salud, física, psicológica y emocional de los adolescentes además de poner en riesgo a su producto, de la misma forma este tiene implicaciones negativas para la familia y la sociedad en general. Los adolescentes por su inmadurez física y psicológica no se encuentran preparados para asumir un embarazo asunto que ponen en riesgo no solo su salud sino además su vida y la del niño por nacer. Es por esto que el embarazo adolescente se considera de alto riesgo, por lo tanto el control prenatal se constituye en un instrumento fundamental para minimizar los mismos; es así como la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo define el control prenatal como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones encaminadas a identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo (6).

Muchas de las complicaciones que se presentan en el transcurso del embarazo pueden atenderse o incluso prevenirse por medio de la atención prenatal. Esta es una de las intervenciones en salud más importantes porque permite la disminución de las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal (4). El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las adolescentes quedan embarazadas antes de los 15 años de edad, lo que contribuye a los resultados perinatales adversos (muerte perinatal, bajo peso al nacer, feto pequeño para la edad gestacional, toxemia entre otros) (5).

De igual forma, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) aseguran que en la región la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 a 19 años de edad se ubica como una de las causas más importantes de muerte (2).

Para 2014, los datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), muestran que, en este grupo etario, 95.8% recibieron atención prenatal, siendo 6.8 el promedio de consultas prenatales. Las mujeres de 15 años son las que presentan los porcentajes más bajos de atención a la primera consulta prenatal (5.4% en el primer trimestre y 6.5% para el tercer trimestre); sin embargo, conforme avanza la edad, se observan porcentajes más altos de atención en la primera consulta. Cabe resaltar que 30.6% de las mujeres embarazadas de 19 años no recibieron atención prenatal (4).

En Colombia, la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo indica que, las gestantes deben asistir al control prenatal una vez al mes hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. Los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados por el 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 (6). El Protocolo de atención de la menor de 15 años por el Ministerio de Salud y Protección social indica que el control prenatal debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ojalá en el primer trimestre (antes de las semanas 10 y 11). La periodicidad del control prenatal debe intensificarse en la adolescente menor de 15 años (7).

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) señalan que en Colombia cerca de 160 mil adolescentes embarazadas de 10 a 19 años en promedio están consultando cada año para recibir atención de control prenatal (13). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, establecen que de 1873 menores de 20 años embarazadas en Colombia un 3,2 no recibió atención prenatal (14).

En Chile, Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G (8), ha detectado que un porcentaje muy alto de adolescentes que inician su control prenatal de forma tardía es debido a diferentes factores siendo la negación y ocultamiento del embarazo, la principal barrera de ingreso. También encontramos barreras de tipos administrativos y socioculturales tales como:

- Largos tiempos de espera antes de la atención
- Horarios de atención y escasez de horas en hospital por alto riesgo.
- Crítica negativa por parte del profesional de salud
- Pudor al mostrar el cuerpo a un desconocido
- Costo de los servicios.
- Maltrato familiar.
- Identificación tardía de su condición.
- Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- Ausencia de servicios de protección social (7,8).

La disfuncionalidad familiar es un factor que se asocia con la no asistencia oportuna a los controles prenatales del grupo de edades entre 15 a 19 años, debido a que en la mayoría de los casos las familias no se involucran en el proceso de gestación bien sea por falta de confianza, por ausencia de la madre, muerte de uno de los padres, roles no establecidos entre los miembros de la familia, padres separados, violencia intrafamiliar, no acompañamiento familiar, consumo de sustancia psicoactivas de uno de los miembros etc., trayendo como

consecuencia que el adolescente no reciba apoyo, motivación y atención que les permita tener precauciones para evitar riesgos en el embarazo ya que en esta etapa la adolescente aún tiene inmadurez anatómica, fisiológica y psicológica que las vuelve más vulnerables a sufrir complicaciones como preclamsia, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos entre otros (5).

Calderón I, Del Rio C, Rodríguez O, Guisandes A, realizaron un estudio en Santiago de Cuba con 58 gestantes menores de 20 años, determinaron la relación entre la disfuncionalidad familiar y la presentación del embarazo en adolescentes y encontraron que el 65,5 % de ellas tenían disfunción familiar (15).

En Lima-Perú, Angoma L, Poccorpachi D, encontró que el 90% de las adolescentes embarazadas que se atendieron en los servicios de hospitalización, psicoprofilaxis, estimulación prenatal y consultorios externos del Instituto Nacional Materno Perinatal presentan disfunción familiar y el 11% de ellas presento disfunción familiar severa (16).

En Manizales, Colombia, Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, González Z, et al. observaron que el 72,1% adolescentes embarazadas entre 12 y 21 años atendidas en ASSBASALUD ESE para su control prenatal, presentaron disfunción familiar entre leve y severa, debido a múltiples factores como la escolaridad, pero no se establece una relación directa a que no asistan a los controles prenatales por su disfuncionalidad familiar (9).

Miranda C, Herazo D, Lombana Y, Osorio G, describen que la ausencia del control prenatal y el inicio tardío de este, podría deberse a oposición de personas agresoras en la familia (compañero, hermanos y otros familiares); también podría deberse a temores que puede sentir la mujer a que en el examen médico se descubran huellas de abuso físico o sexual, a la falta de comunicación y al bajo nivel de confianza entre miembros de la familia. Cuando la embarazada pertenece a una familia funcional, esta favorece y permite un adecuado control prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante (17).

El control prenatal es la mejor oportunidad para ofrecer todo el apoyo biopsicosocial ante un periodo de grandes cambios físicos y emocionales que acompañan la gestación, de igual manera, permite incidir de forma precoz sobre la mayor cantidad de factores de riesgo que se pueden presentar especialmente porque el embarazo es una condición fisiológica que tiene sus propios peligros, tales como la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones; y en la madre la morbimortalidad como la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales los cuales pueden incrementarse cuando se trata de embarazo en adolescentes. Estos riesgos se pueden reducir cuando el apoyo familiar proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes adolescentes (13,18).

Existen pocas investigaciones tanto en Colombia como a nivel mundial que relacionen las variables funcionalidad familiar y asistencia de las adolescentes embarazadas al control prenatal, siendo este un medio que le ayuda a la madre no solo a saber cómo avanza el embarazo, sino que le confiere la pericia de identificar los principales signos de alarma que le permitan intervenir oportunamente y prevenir complicaciones futuras durante la gestación; de allí la necesidad de indagar sobre este fenómeno, ya que como profesionales de enfermería es importante determinar las causas de la inasistencia de adolescentes embarazadas al control prenatal para así poder prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo es decir vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado de su hijo.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto los investigadores pretenden realizar un estudio que permita encontrar datos significativos que den respuesta al siguiente interrogante

¿Cuál es la relación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en las adolescentes embarazadas del programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias?

3. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en adolescentes embarazadas que asisten al programa maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

2.2. OBJETIVO ESPECIFICOS

- ❖ Identificar las características sociofamiliares y sociodemográficas de las adolescentes embarazadas del programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias.
- ❖ Establecer la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas del programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias.
- ❖ Determinar la asistencia de las adolescentes embarazadas al control prenatal del programa de maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias.
- ❖ Estimar la asociación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en las adolescentes embarazadas del programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias.

3. MARCO TEORICO

CONCEPTO DE ADOLESCENTE

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, que viene condicionada por diversos procesos biológicos (1).

Básicamente muchos de estos cambios son físicos, mentales, emocionales y sociales. El cambio más grande que presentan los adolescentes es la pubertad, la cual marca el pasaje de la niñez a la adolescencia, proceso por el cual se llega a la madurez sexual. Por lo general, ocurre entre los 10 y 14 para las niñas y los 12 y 16 para los varones. Durante este tiempo, comienza el desarrollo de la propia personalidad y opiniones. Algunos cambios incluyen: Aumento de la independencia de los padres, más preocupaciones sobre la imagen corporal y la ropa, más influencia de los compañeros, mayor capacidad de sentir el bien y el mal. Todos estos cambios a veces pueden ser abrumadores (19).

Según la UNICEF la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (20).

Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años). Durante este período de tiempo, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional (21,22).

- **Adolescencia temprana (11-13 años):** La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos, sintiéndose inseguros de su atractivo (21).

La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”. También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad, pero sin crear grandes conflictos familiares, la relación con ellos se

hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación, rechazan la intervención de los padres en sus asuntos; el humor es variable y existe un “vacío” emocional (21,22).

- **Adolescencia media (14-17 años)** El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal, pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes, pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge. La capacidad cognitiva les permite empezar a interesarse por temas idealistas y gozar de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones, aunque su aplicación sea variable (Iglesias, 2013).

Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta (Iglesias, 2013).

La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona (22).

- **Adolescencia tardía (17-21 años):** El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables, capaces de reciprocidad, de cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro (22).

Recapitulando brevemente se podría decir que existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad, entre ellas las dietas repetidas y los ejercicios violentos inadecuados para sus edades que conducen a trastornos serios como la anorexia y bulimia; lesiones traumáticas de origen deportivo; "piques" automovilísticos con sus consecuentes accidentes y muertes; relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual e infección de VIH; consumo de alcohol, cigarrillos y drogas pesadas, con sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales (23).

EMBARAZO EN ADOLESCENTE

En la actualidad el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo (11); este aumento está relacionado con factores como la pobreza, nivel educativo bajo, medios de comunicación que promueven el sexo en forma sutil sin tener en cuenta los riesgos a los que se exponen como ETS (Enfermedades de Trasmisión Sexual) causada por el uso inadecuado de anticonceptivos así mismo por la disfunción familiar y el alto riesgo de que la adolescente quede en gestación si la madre de esta tiene historia de embarazo en la adolescencia (24).

Mancilla J, en su estudio señala que el embarazo durante la adolescencia puede calificarse como un problema de salud pública y una verdadera tragedia social. A nivel mundial el número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año. La tasa de partos entre adolescentes se calcula tomando en cuenta el número de nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años de edad. Se estima que en el mundo se practican en adolescentes aproximadamente 3 millones de abortos no seguros cada año, y que las tasas de mortalidad materna representan 15% de todas las causas de muerte en mujeres jóvenes menores de 20 años (25).

Sobresale el caso de Colombia que, de acuerdo con información de las Encuestas de Demografía y Salud de la región, es el país suramericano en que la prevalencia del embarazo adolescente (proporción de adolescentes madres o embarazadas) aumentó más rápidamente entre 1990 y 2005. En el 2005, el embarazo adolescente era de 20,5 % en Colombia, uno de los niveles más altos de la región suramericana, siendo similar, o incluso superior, al de algunos países de Centroamérica o del Caribe que se han caracterizado por tener un alto embarazo adolescente. La proporción de adolescentes madres o embarazadas se ha mantenido decreciente desde el 2010 con un 19,5% y para el año 2015 17,4%, donde las mujeres de 13 a 19 años, el 13,8% ha estado alguna vez embarazada; el 9,9% ya son madres y el 2,7% está esperando su primer hijo (26,14).

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- 1. Factores de riesgo individuales:** Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar (27).

2. **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres (27).
3. **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (27).

El embarazo en la adolescencia representa un factor de riesgo alto de morbilidad materna, fetal y neonatal, condicionado en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. Es común que la madre joven presente problemas tales como anorexia, bulimia, desnutrición y obesidad. También es frecuente que no cuenten con una pareja estable, que interrumpan su proyecto de vida en el aspecto educativo y que sufran rechazo de su familia. Aunado a lo anterior, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor riesgo de mortalidad perinatal (25).

En México, Correa M, Varelio E, Ortiz M, Shaw R, Colin A, Ponce E, en su estudio afirman que el impacto para el buen desarrollo del embarazo, así como la tasa de complicaciones está en relación con el número e inicio temprano de consultas prenatales. Aunque en este estudio, el 76.3% recibió control prenatal, de esas, sólo el 42.1% recibió al menos cinco que son las que establece la Norma Oficial Mexicana (NOM) como mínimas que debe recibir una paciente embarazada, además sólo el 44.4% recibió la primera consulta en el primer trimestre (28).

Además de esto se suma el hecho de que los padres de las jóvenes no hablan sobre educación sexual con sus hijos creando en ellos desconocimiento sobre métodos anticonceptivos para evitar quedar embarazadas en esta etapa de la vida, esto también tiene que ver con la disfuncionalidad familiar, debido a que no hay comunicación entre miembros de la familia sobre todo en aquellas con adolescentes que están explorando todo lo desconocido para ellos. El seno familiar es donde se inicia la construcción de todos los valores, conductas, comportamientos y diversos lazos afectivos los cuales darán origen a un buen crecimiento y desarrollo de estos, sin embargo, cuando se van presentando estos cambios y transformaciones y en algunas ocasiones no son acogidos de forma positiva existe un deterioro en los roles de cada uno de los integrantes del núcleo familiar y por ende cambios en la dinámica familiar a través del tiempo (15).

CONTROL PRENATAL

La Resolución 0412 de 2000, establece las actividades, procedimientos e intervenciones, que conforman las Normas Básicas Para La Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo, el cual define el control prenatal como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones encaminadas a identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo (6).

En estudios realizados hasta la fecha, la evidencia sugiere que la morbilidad y mortalidad materna se incrementan durante el embarazo adolescente, especialmente entre las más jóvenes (10-14 años). Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 95% de muertes maternas son evitables y es posible disminuir esa cifra a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto (29).

La OMS considera que un control prenatal de buena calidad es aquel que inicia en el primer trimestre del embarazo, donde se eduque, proteja, detecte y haga tratamiento de enfermedades que puedan aparecer en la gestación, con al menos 5 citas, idealmente 8, durante el embarazo donde el médico realice la primera y participe en las siguientes (29).

Por consiguiente, las instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutoria y el equipo de salud capacitado para cumplir los siguientes objetivos:

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación (6).

Dentro de las características del servicio encontramos:

- 1) LA IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL:** Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo (6). Este proceso implica:
 - Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente.

- Promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal.
- Informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad (6).

2) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICINA GENERAL: En la primera consulta prenatal se busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles. En esta primera consulta se ofrecen las siguientes actividades (6):

Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo:

• **Identificación:** Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono (6).

• **Anamnesis:**

- **Antecedentes personales:** Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual (6).
- **Antecedentes obstétricos:**
 - **Gestaciones:** Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupción, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligohidramnios, retardo en el crecimiento intrauterino.
 - **Partos:** Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el postparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer (6).
- **Antecedentes ginecológicos:** Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad (6).

- **Antecedentes familiares:** Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras (6).
- **Gestación actual:** Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervicovaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros (6).
- **Valoración de condiciones psico-sociales:** Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado - Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual (6).

Durante el examen físico se realiza:

- **Tomar medidas antropométricas:** peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional. Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes.
- **Tomar signos vitales:** Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo.
- **Realizar examen físico completo por sistemas:** Debe hacerse céfalo caudal incluido la cavidad bucal.
- **Valoración ginecológica:** Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- **Valoración obstétrica:** Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales (6).

Solicitud de exámenes paraclínicos

- **Hemograma completo que incluya:** Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma: hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índice eritrocitario, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios)
- **Hemoclasificación**
- **Serología** (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR)
- **Uroanálisis** (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria)
- **Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos** (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina) para

detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras).

- **Ecografía obstétrica:** Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal)
- **Ofrecer consejería** (Consulta de Primera Vez por citología) y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie)
- Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro (Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra)
- **Citología cervical** de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina) (6).

Formulación de micronutrientes

Se deberá formular suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Ácido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6º mes de lactancia. Además, debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200- 1.500 mg (6).

Educación individual a la madre, compañero y familia

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades:

- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Importancia de la estimulación del feto.
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional (6).

Remisión a consulta odontológica general

Con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso (6).

Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso: En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control. El equipo de salud, deberá intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales encontrados (6).

En caso de encontrar riesgos que implique manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión, se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de salud (6).

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto (6).

El médico deberá realizar el control prenatal a las 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. La consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye las mayorías de las actividades de la primera consulta (6).

Por otro lado, el programa de Maternidad Segura, es una estrategia de atención adoptada por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, que, fundamentada en los principios de integralidad, continuidad, accesibilidad y suficiencia técnica, busca garantizar al binomio madre hijo, las mejores condiciones de seguridad en la atención (30).

Su objetivo es garantizar la calidad de vida y la salud de la mujer gestante, el recién nacido y sus familias, teniendo en cuenta los procesos de atención clínicos y administrativos, desde los diferentes ámbitos donde se desarrollan sus vidas y que involucra a todos los actores (30).

El programa Maternidad Segura ESE Cartagena de Indias atiende en tres centros específicos de la ciudad y a su vez acogen a los barrios aledaños a este, entre los que se encuentran:

- **Hospital el Pozón:** Fredonia, Nuevo Porvenir, Olaya Herrera, Bayunca, Líbano, Gaviotas, Boston, Foco Rojo, Pontezuela.
- **Hospital de Canapote:** San Francisco, Daniel Lemaitre, Esperanza, Candelaria, San Pedro y Libertad, Fátima, Boquilla, Corregimientos Tierra (Arroyo Grande, Arroyo de las Candas, Arroyo de Piedra, Punta Canda, Tierra Baja, Puerto Rey, Manzanillo) Corregimiento de Bahía (Boca chica, Punta Arena, Caño del Oro, Tierra Bomba, Isla del Rosario).
- **Hospital de Arroz Barato:** Pasacaballos, Nelson Mandela, Blas de Lezo, Las Reinas, San Vicente de Paul, Ternera, Socorro, Los Cerros, Nuevo Bosque, Bosque (30).

Entre las intervenciones que se realizan en este programa encontramos:

- Control por medicina general
- Control por enfermería
- Consulta ginecológica
- Ecografía
- Atención por psicología y nutrición
- Pruebas de laboratorio (todas las requeridas)
- Suministro de micronutrientes
- Hospitalización de baja complejidad
- Atención del parto y del recién nacido
- Apoyo de ginecólogos 24 horas monitoreo fetal
- Curso de preparación para el parto
- Acciones de demanda inducida- visita domiciliaria
- Transporte asistencial 24 horas atención pre hospitalaria durante trabajo de parto
- Atención extramural en unidad móvil (30).

Cuando ocurre el embarazo en adolescentes sobre todo en las que no tienen apoyo y acompañamiento de la familia en esta nueva etapa, la adolescente no sabe a dónde acudir, o que conocimientos debe tener para cuidar y proteger la vida que se está formando en ella, de ahí la importancia de saber y acudir a los controles prenatales que son definidos como el conjunto de acciones que involucran una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de mirar la evolución del

embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza (31).

En un estudio realizado en Cúcuta, Norte de Santander en La ESE Hospital Local de los Patios las 95 pacientes encuestadas tuvieron un inicio temprano del control prenatal evidenciado en un porcentaje del 65% para el primer trimestre de embarazo, el 32% para el segundo 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 (32).

FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

Son varias las barreras que experimentan las adolescentes para asistir al control prenatal, entre las cuales están los problemas psicosociales, las barreras estructurales y las barreras actitudinales. Otras barreras descritas afectan a los proveedores de salud (instituciones, médicos, enfermeras, etc.) encargados de atender al grupo de adolescentes, como acceso limitado a la información, actitudes negativas hacia los cambios en la práctica, falta de habilidades y deficiencia de recursos como acceso limitado a internet y educación. La propia formación médica intervencionista donde la preparación en la atención básica o de nivel I no es la adecuada o suficiente. Las instituciones de salud que prestan estos servicios tienen escasez de personal profesional capacitado, de materiales necesarios, e instalaciones físicas no adecuadas para atender a la población adolescente embarazada (29).

El acceso al control prenatal, está influenciado por varias condiciones. Estudios recientes han identificado factores que afectan el uso de los servicios de atención en los países en proceso de crecimiento tales como:

- La educación de la madre
- La educación de la pareja
- El estado civil
- La disponibilidad de servicios de salud
- El costo de los servicios sanitarios
- Los ingresos del hogar
- El empleo de las mujeres
- Tener antecedentes de complicaciones obstétricas
- Creencias culturales (33).

El Protocolo de atención de la menor de 15 años por el Ministerio de Salud y Protección social indica que el control prenatal debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ojalá

en el primer trimestre (antes de las semanas 10 y 11). Esta característica es de vital importancia en este grupo de edad, ya que se ha detectado que un porcentaje muy alto de las jóvenes inician su control prenatal de forma tardía debido a diferentes circunstancias:

- Identificación tardía de su condición.
- Temor a que su estado sea revelado en su entorno familiar y social.
- Desconocimiento de a dónde o cómo acudir.
- Temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas.
- Ausencia de servicios de protección social.
- Poco entendimiento y conciencia para asumir la postura y cuidado que su condición requiere (7).

En Santiago de Chile, un estudio realizado en el Hospital Barros Luco Trudeau a adolescentes que tuvieron partos en el 2010, muestra las barreras y facilitadores existentes para acceder al primer control y para mantener la asistencia. La negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera de ingreso. Otras barreras identificadas son las de tipo administrativo (largos tiempos de espera antes de la atención, horarios de atención y escasez de horas en hospital por alto riesgo), socioculturales (crítica negativa por parte del profesional de salud); pudor al mostrar el cuerpo a un desconocido, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad y maltrato. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilización y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años (8).

La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, son muchas las adolescentes que no asisten o no acceden al control prenatal lo cual no permite identificar factores de riesgo y educar a las gestantes para el ejercicio de la maternidad y la crianza y evitar eventos de morbilidad como hemorragias, infecciones, preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo, así como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria en el feto (31).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

La familia es un sistema conformado por diferentes miembros que se relacionan entre sí y con otros sistemas de contacto en el ambiente, encontrándose en un proceso de constante cambio y crecimiento. El funcionamiento familiar se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les proporciona identidad propia. Friedemann ML lo define como el proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas: espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar (34).

Cuando en la familia no funcional se presentan casos de embarazo en adolescentes, en muchas ocasiones los padres no le brindan apoyo y orientación adecuada a estas madres que son primerizas y que, a tan corta edad, no tienen ninguna experiencia de que hacer para cuidarse y cuidar al niño que viene en camino. La mayoría de estas adolescentes no asisten al control prenatal y por ende no identifican a tiempo las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo; esta poca asistencia a los controles puede estar relacionado con la disfuncionalidad familiar, debido a que en la mayoría de los casos las familias no se involucran en el proceso de gestación bien sea por falta de confianza, por ausencia de la madre, muerte de uno de los padres, roles no establecidos entre los miembros de la familia, padres separados, violencia intrafamiliar, acompañamiento familiar, consumo de sustancia psicoactivas de uno de los miembros etc. trayendo como consecuencia que el adolescente no reciba apoyo, motivación y atención que les permita tener precauciones para evitar riesgos en el embarazo ya que en esta etapa la adolescente aún tiene inmadurez anatómica, fisiológica y psicológica que las vuelve más vulnerables a sufrir complicaciones como preeclampsia, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos entre otros ya mencionados (4).

La familia funcional es saludable cuando afronta las crisis de forma congruente y busca la estabilidad, característica que no se da de manera aislada, sino que el ambiente y los sistemas de apoyo influyen en la respuesta adecuada ante las crisis (35).

En un estudio realizado en Norte de Santander, en La ESE Hospital Local de los Patios el 50% de las adolescentes valoradas en la visita prenatal presentaron una función familiar buena, seguida del 38% con disfunción familiar leve, un 9% con disfunción familiar moderada y tan solo un 3% con disfunción familiar severa. A pesar de que la mitad de las encuestadas proviene de familias disfuncionales, no se hace referencia a que esto esté directamente relacionado con la asistencia o no al control prenatal (32).

4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION DE CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (35).	<ul style="list-style-type: none"> • Familia altamente funcional. • Familia moderadamente disfuncional. • Familia severamente disfuncional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación 7-10 • Puntuación 4-6 • Puntuación 0-3 	Nominal
Asistencia al control prenatal	Se entiende por asistencia al control prenatal a la visita que la gestante debe realizar al programa maternidad segura para ser valorada una vez al mes hasta que llegue a la semana 36 y de	<ul style="list-style-type: none"> • Asiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • Trimestre del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre • Segundo trimestre • Tercer trimestre 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del control prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre • Segundo trimestre • Tercer trimestre 	Ordinal

	allí en adelante cada 15 días hasta el parto (6).	<ul style="list-style-type: none"> • Número de controles prenatales 	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre: 1-2-3 controles • Segundo trimestre: 1-2-3 controles • Tercer trimestre: 1-2-3-4-5 controles 	Razón
Sociodemográfica	Estos consideran las principales variables clasificatorias, para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo de las adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Técnico • Otros • Ninguna 	Ordinal
		<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil del adolescente 	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación de las adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Trabajadora independiente • Empleada • Otros 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Técnico • Tecnólogo • universitario • Otros • Ninguna 	Ordinal

		<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • separados • Casado • Unión libre • Viudo 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Trabajador/a independiente • Empleado • Otros • Ninguno 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • Estrato 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • Otros 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Comienzo de la familia. • Familias con hijos. • Familias con hijos preescolares • Familias con hijo escolares • Familias con hijos adolescentes • Familias en plataforma de colocación. 	Nominal
		<ul style="list-style-type: none"> • Tipología Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia Extensa Completa • Familia Nuclear Completa • Familia Nuclear Reconstituida • Familia Nuclear Modificada • Familia Extensa Modificada • Familia Pareja Sin Hijos 	Nominal

5. METODOLOGÍA

- 5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:** Se realizó un estudio analítico trasversal. En los estudios transversales analíticos se explora la relación o asociación entre variables de exposición y de resultado (36).
- 5.2. POBLACION:** La población total estuvo constituida por 886 adolescentes embarazadas inscritas al programa de Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.
- 5.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA:** El tamaño de la muestra fue de 296 adolescentes embarazadas que asisten al programa de Maternidad Segura. Para el cálculo de esta muestra se utilizó la siguiente fórmula:

1. $n = Z^2 * N * p * Q / d^2 (N - 1) + Z^2 * p * Q$

2. **Dónde:**

N: población de adolescentes que asistieron al programa en el año 2017 (**886**)

P: la proporción de su uso: 49.4% o 0.494

Q: complemento de p: 50.6% o 0.506

Z²: un nivel de confianza: de 1,96

d²: nivel de precisión absoluta: 0,05

3. Obteniendo el siguiente resultado:

4. $n = 3,8 * 886 * 0,494 * 0,506 / 0,0025(886 - 1) + 3,8 * 0,494 * 0,506 = 266.1$

Ajustando el tamaño de muestra al porcentaje de pérdida con la fórmula:

5. $n: n_0 (1/1-R)$

6. **Donde**

n₀: Tamaño de la muestra sin ajustar.

R: porcentaje de perdida 10%: 0.1

n₀: 266

n: $266 * (1/1-0,1)$

n: $266 * (1/0,9)$

n: $266 * (1,1111111)$

n: 295.5 = 296

- 5.4. MUESTREO:** Para llevar a cabo el siguiente estudio fue necesario realizar un muestreo bietápico la primera etapa consistió en realizar un muestreo por conglomerados en donde cada unidad de atención se constituyó en un conglomerado, a estos conglomerados se les aplicó una proporción con el fin de

seleccionar proporcionalmente el número de adolescentes que participaron en el estudio de acuerdo al número de inscritas en cada unidad de atención. Los cinco centros de atención donde se atendieron a las adolescentes inscritas al programa de Maternidad Segura son:

Centros De Salud	Numero de Adolescente inscritas en el programa
Centro de Salud 1	169
Centro de Salud 2	293
Centro de Salud 3	180
Centro de Salud 4	49
Centro de Salud 5	80
Centro de salud 6	115
Total	886

Fuente: ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

Luego de tener delimitada el número de adolescentes a encuestar por cada unidad de atención de la ESE Hospital Local de Cartagena se prosiguió a la segunda etapa; realizando un muestreo aleatorio sistematizado por centro de atención para elegir finalmente la muestra con la que se realizó la investigación.

Centros De Salud	Numero de Adolescentes inscritas en el programa	Fracción de Muestreo %	Total de Adolescentes a encuestar por Centro de Salud
Centro de Salud 1	169	19	56
Centro de Salud 2	293	33	98

Centro de Salud 3	180	20	59
Centro de Salud 4	49	6	18
Centro de Salud 5	80	9	27
Centro de Salud 6	115	13	38
Total	886	100%	296

Fuente: ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Adolescentes embarazadas inscritas en el programa maternidad segura de ESE hospital local Cartagena de Indias.
- Que las participantes sepan leer.

5.6. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Adolescentes embarazadas que tengan alteraciones cognitivas y conductuales.
- Que las adolescentes embarazadas sean derivadas del programa de alto riesgo o presenten diagnóstico de alteraciones del embarazo.
- Que no acepten participar en el estudio o los padres no autoricen su participación.

5.7. INSTRUMENTOS: Los instrumentos a utilizar dentro de esta investigación son:

- **Encuesta sociodemográfica:** Este instrumento consta de 12 ítems que evaluarán diferentes aspectos sociodemográficos relacionados con las adolescentes embarazadas dicha encuesta fue elaborado por el grupo investigador (Ver anexo).
- **Ficha Familiar:** Este instrumento consta de 8 ítems que evalúa diferentes aspectos familiares, la cual fue elaborado por el grupo investigado (Ver anexo).
- **Carnet de control de embarazo:** Instrumento utilizado para identificar a las adolescentes que se inscriben y asisten al control prenatal. Se tomará como constancia de uso. Siguiendo lo establecido en la Norma técnica para la detección de alteraciones en el embarazo se considera:

UN ADECUADO CONTROL PRENATAL: A aquel control que se inicia en el primer trimestre del embarazo (ideal antes de la semana 14 de gestación), es decir, para el primer trimestre serían 3 controles, para el segundo trimestre 6 controles prenatales y en el tercer trimestre por lo menos deben hacerse 5 citas, idealmente 8, finalizando el embarazo. Esto es diferente a lo establecido para la menor de 15 años embarazada, donde la periodicidad del control prenatal debe intensificarse (debe realizarse cada 15 días, es decir, correspondería a un total de 18 controles prenatales al finalizar el embarazo) (7,29).

- **APGAR FAMILIAR:** instrumento que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado da su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. Este instrumento tiene una validación que mostro un alfa de Cronbach de 0,78 en un estudio en Cartagena (37) (Ver anexo). Dicho instrumento se compone de cinco ítems que evalúan la percepción del sujeto sobre cinco dimensiones del funcionamiento familiar:
 1. **Adaptación:** capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.
 2. **Participación:** distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y toma de decisiones.
 3. **Crecimiento:** logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.
 4. **Afecto:** relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
 5. **Resolución:** capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio, y dinero entre los integrantes de la familia (35).

Estas dimensiones fueron evaluadas por medio de las siguientes preguntas:

1. Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa
2. Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.
3. Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección
4. Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.
5. Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.

Aquí la adolescente tendrá tres probabilidades de respuesta puntuándose de la siguiente manera:

- Casi siempre: 2 puntos.
- Algunas veces: 1 punto.
- Casi nunca: 0 puntos.

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se sumaron posteriormente para clasificar la funcionalidad de la siguiente manera:

- Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia altamente funcional.
- una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional.
- Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia severamente disfuncional (35).

5.8. PROCEDIMIENTO

Para la ejecución del estudio, se verificó que las adolescentes inscritas al control prenatal del programa maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias cumplieran con los criterios de inclusión. A partir de esto se realizó una prueba piloto con 20 participantes que cumplieran con las características de las adolescentes embarazadas inscritas al programa maternidad segura con el fin de determinar la comprensión del instrumento, por parte de las participantes, calidad de las preguntas y calcular el tiempo que estas requieren para contestar los instrumentos. Sobre la base de estos resultados se tomaron las medidas y correcciones necesarias para la realización de la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada. Previo a la aplicación de la prueba piloto se realizó un proceso de estandarización donde los investigadores revisaron los instrumentos y se establecieron los criterios y las orientaciones que se les dio a las participantes al momento de aplicarlos.

Una vez seleccionada la muestra, se les explicó los objetivos, la importancia del consentimiento y asentimiento informado para la participación en el estudio y se procedió a realizar la aplicación final de los instrumentos.

5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al obtener la información y los datos, éstos se incorporaron y procesaron en Microsoft Excel. Se realizó una descripción detallada de los datos y se utilizó la prueba paramétrica de cálculo Odds Ratio (OR) para comprobar la asociación de la variable dependiente funcionalidad familiar y la variable independiente asistencia al control prenatal.

5.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos que se tuvieron en cuenta en esta investigación fue la **RESOLUCION N° 008430 de Octubre 4 de 1993 del Ministerio De Salud de Colombia**, por la cual se establecen las normas científicas y administrativas para la investigación en salud estableciendo que cuando se realice un estudio en los menores de edad se deben considerar los aspectos éticos contemplados en el **artículo 25** donde se debe solicitar consentimiento informado a los tutores legales de las menores de edad y la certificación de un psicólogo sobre la capacidad de entendimiento, razonamiento lógico del sujeto (38).

De igual forma este consentimiento informado se establece en el **artículo 6 de la Ley 911 de octubre 5 del 2004** del código deontológico de la profesión (39). Ver consentimiento (Anexo 1 y 2).

Dentro de los principios éticos que se tuvieron en cuenta en la investigación es la autonomía que recalca el derecho a la privacidad y la autodeterminación.

6. RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

Participaron 296 adolescentes, las cuales están inscritas al programa de maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, durante el segundo periodo del año 2017 de los cuales se encontró que la mayor proporción de adolescentes embarazadas fue de 28,0% (83) que corresponden al grupo etario de 18 años, seguido de 26,7% (79) del grupo etario de 19 años, el 22,6% (67) son del grupo etario de 17 años, el 10,5% (31) pertenecen al grupo etario de 16 años, el 8,4% (25) corresponden a la edad de 15 años, el 2,4% (7) pertenecen a la edad 14 años y por último en menor proporción el 1,4% (4) pertenecen al grupo etario de 13 años. En relación al estrato social el 91,6% (271) pertenecen al estrato 1; y el 88,2% (261) proceden del área urbana. En cuanto al estado civil, el 76,7% (227) viven en unión libre, el 19,3% (57) se encuentran solteras y el 4,1% (12) están casadas. Todas las participantes (296) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. En cuanto a la ocupación el 49,3% (146) son amas de casa, el 46,3 (137) son estudiantes, el 3,0% (9) se encuentran desempleadas, el 0,7% (2) están empleadas y por último el 0,3% (1) trabaja independientemente. En cuanto el nivel educativo un 44,6% (132) tienen estudios incompletos de secundaria, el 30,4% (91) tienen estudios de secundaria completa, el 6,8% (20) tienen primaria incompleta, el 5,7% (17) tienen estudios técnicos, el 5,4% (16) llegaron a primaria completa, el 4,1% (12) realizan estudios universitarios y por último el 2,7% (8) son tecnólogas (Tabla 1).

En cuanto al número de embarazos el 82,8% (245) están cursando su primer embarazo, mientras que el 15,5% (46) ha tenido 2 embarazos y el 1,7% (5) ha tenido 3 embarazos. En relación al número de hijos nacidos que tiene la adolescente el 86,5 (256) aún no tiene hijo nacidos, el 11,8% (35) tiene 1 hijo, el 1,4% (4) tiene 2 hijos y el 0,3% (1) tiene 3 hijos nacidos. Acerca de los abortos el 90,9% (269) manifiesta no haber tenido ninguno, sin embargo, el 9,1% (27) ha tenido un aborto y manifestaron que fue de tipo espontaneo el 8,8% (26) e inducido el 0,3% (1) (Tabla 2).

CARACTERISTICAS SOCIO FAMILIARES

Respecto al tipo de familia a la que pertenecen las adolescentes el 55,1% (163) corresponden a familias extensas modificadas, el 17,6% (52) son parejas sin hijos, el 12,2% (36) pertenecen a familias nucleares completas, el 10,5% (31) son familias nucleares modificadas, el 3,7% (11) son familias extensas completa, y el 1,0% (3) corresponden a familias nucleares reconstituidas. Con relación al ciclo vital familiar el 52,7% (156) pertenecen a familias con hijos adolescentes, el 18,6% (55) se encuentran en el ciclo vital comienzo de la familia, el 9,8% (29) son familias con hijos escolares, el 6,8% (20) pertenecen a familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses) y el 6,8% corresponden a familias en plataforma de colocación, y por último 5,4% (16) pertenecen a familias con hijos preescolares (Tabla 3). En cuanto al

estado civil de los padres de las adolescentes la mayor proporción vive en unión libre con un 43,2% (128), seguida de un 39,9% (118) de padres separados, el 14,9% (44) están casados y por último un 2,0% (6) se encuentran en estado de viudez. En cuanto al nivel educativo del padre de las adolescentes una misma proporción del 23,3% (69) presenta estudios de secundaria completa e incompleta respectivamente, el 22,0% (65) realizaron estudios de primaria completa, el 20,6% (61) tienen estudios de secundaria incompleta, 4,1% (12) estudios técnicos, el 3,7% (11) no tienen ningún tipo de estudio, el 2,4% (7) presentan estudios universitarios y por ultimo 0,7% (2) realizaron estudios tecnológicos. Para las madres de las adolescentes un 24,0% (71) realizaron estudios de secundaria completa, el 23,0% (68) realizo estudios de primaria completa, el 22,0% (65) realizó estudios de primaria incompleta, el 21,6% (64) presentan secundaria incompleta, el 4,7% (14) tienen estudios técnicos, el 2,9% (6) son universitarios, el 1,7% (5) no realizaron ningún tipo de estudio y por último el 1,0% (3) realizo estudios tecnológicos. Con relación a la ocupación del padre el 58,4% (173) son trabajadores independientes, el 32,8% (97) están empleados, el 7,8% (23) no trabajan y el 1,0% (3) no aplica por estar fallecidos. Mientras que el 52,0% de las madres de las adolescentes (154) son amas de casa, el 25,7% (76) son trabajadoras independientes, el 19,6% (58) están empleadas, el 1,7% (5) no tienen ninguna ocupación y por ultimo 1,0% (3) no aplica. (Tabla 4).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Del total de las adolescentes participantes en el estudio (296), el 82,1% (243) pertenece a una familia altamente funcionales, seguido de un 11,5% (34) pertenecen a una familia moderadamente disfuncional y el 6,4% (19) pertenecen a una familia severamente disfuncional. (Tabla 5).

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

El 100% de las adolescentes embarazadas que participaron en el estudio asisten al control prenatal de las cuales un 46,3% (137) se encuentran en el segundo trimestre del embarazo, seguido a un 33,8% (100) en el tercer trimestre y por último el 19,9% (59) se encuentran en el primer trimestre del embarazo (Tabla 6). El 30,4% (90) inicio el control prenatal en el segundo mes de embarazo, el 27,0% (80) inicio sus controles prenatales a los 3 meses, el 17,9% (53) iniciaron en el primer mes de embarazo, el 14,2% (42) iniciaron a los 4 meses, el 6,1% (18) inicio a los 5 meses, mientras que el 3,4% (10) iniciaron a los 6 meses, el 0,7% (2) iniciaron sus controles a los 7 meses y por último el 0,3 % (1) de las adolescentes iniciaron el control prenatal al octavo mes de embarazo (Tabla 7).

Respecto al trimestre de embarazo y el adecuado control prenatal, se encontró que las adolescentes que cursan el segundo trimestre de embarazo el 81% (111) tuvo un inadecuado control prenatal y el 19% (26) del total tuvo un adecuado control. Las adolescentes del tercer

trimestre el 55% (55) tuvieron un adecuado control prenatal y el 45% (45) un inadecuado control. Por ultimo las adolescentes del primer trimestre del embarazo el 74,5% (44) tuvieron un adecuado control prenatal y el 25,4% (15) un inadecuado control (Tabla 8,9).

ANALISIS BIVARIADO

No se encontró asociación entre las variables funcionalidad familiar y uso adecuado del control prenatal (OR= 1.52; I.C. 95% (0,82 – 2,85)). Las adolescentes embarazadas que tuvieron un inadecuado control prenatal el 55,9% (136) pertenecen a familias funcionales y el 44,0% (107) de estas tuvieron un adecuado control prenatal; en cuanto a las adolescentes embarazadas que tuvieron un inadecuado control prenatal el 66,0% (35) pertenecen a familias disfuncionales y el 33,9% (18) de estas tuvieron un adecuado control prenatal (Tabla 10).

7. DISCUSION

No se evidencia asociación entre la funcionalidad familiar y uso adecuado del control prenatal de las adolescentes embarazadas del programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

En relación a las características sociodemográficas en el presente estudio predominó, que el mayor número de adolescentes embarazadas se encuentran en el rango de edad de 17 a 19 años; Igual a lo reportado por Zambrano G, Vera S, Flórez L en un estudio (41) en la ESE Imsalud Cúcuta, la cual fue de 17 a 19 años, con un promedio de 18 años. De la misma forma un estudio realizado en ASSBASALUD ESE en Manizales (9), Colombia reportó que la edad promedio de las participantes fue de 18.23 años. Esto se explica por el inicio temprano de la actividad sexual por parte de los adolescentes (con un promedio de inicio de 13,5-16 años), constituyéndose en un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, la infección por HIV/SIDA y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan. El adolescente se ha convertido en una población de mayor riesgo en salud por la inequidad y las diferentes barreras a las que se enfrenta en materia de accesibilidad a los servicios de salud, por el desconocimiento o poco interés de estas, lo cual afecta de manera directa la educación en anticoncepción y accesibilidad a métodos de planificación familiar (40). En cuanto al estado civil se presentó que la mayor proporción de adolescentes embarazadas se encuentran en unión libre 76,7%; similar a lo reportado en el estudio de Zambrano G, Vera S, Flórez L (41) en el cual el 59,4% de las adolescentes embarazadas conviven en unión libre.

Respecto a la funcionalidad familiar en el estudio se encontró que el 82,1% presentaron buena funcionalidad familiar, a diferencia de los resultados obtenidos por Díaz C, Suarez X, Lora M, Díaz I (42), en un estudio realizado en Cartagena, Colombia con 338 adolescentes embarazadas donde la mayoría presentaban disfunción familiar ya sea leve, moderada o severa. De igual forma Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, González Z, et al. (9), en un estudio con 190 adolescentes embarazadas, informo que el 72,1% presentaron disfunción familiar entre leve y severa. Así mismo Angoma L, Poccorpachi D en Lima-Perú (16), en su estudio con 130 gestantes adolescentes encontró que el 90% de ellas presentaron una disfuncionalidad familiar entre leve, moderada y severa y el 10% una buena funcionalidad familiar. De la misma forma Zambrano G, Vera S, Flórez L (41) encontraron que el 54% pertenecen a familias disfuncionales y en menor proporción el 46% son funcionales. Los resultados del presente estudio se pudieron deber a que la mayoría de las adolescentes participantes tienen pareja conformada a través de la unión libre, aspecto que proporciona estabilidad, apoyo y compañía en difícil proceso de la gestación. La percepción de la funcionalidad familiar también está influenciada por valores en los que viven las jóvenes, las expectativas de vida, los intereses y necesidades

particulares de cada sujeto y el contexto social y cultural.

En cuanto al inicio del control prenatal el 75.3% (223) iniciaron sus controles en el primer trimestre de embarazo, semejante al estudio de Rico A, Castillo C, Benítez C, Medina R (32) en el que las pacientes tuvieron un inicio temprano del control prenatal evidenciado en la asistencia 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. A diferencia de los resultados obtenidos por Miranda C, Herazo D, Lombana Y, Osorio G. (17) en Sincelejo, con una población de 266 gestantes donde el inicio del control prenatal fue en el primer trimestre con un 83,1% (221) del total de la población, indicando que solo la población adulta tuvo un inicio adecuado del control prenatal. El inicio temprano del control prenatal garantiza la detección precoz de riesgos relacionados con el embarazo, así como el tratamiento oportuno de estos, con el fin de lograr un embarazo adecuado de tal forma que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo, con al menos 5 citas prenatales, idealmente 8 conforme a lo establecido por la OMS y Resolución 0412 del 2000 (6,29).

Respecto a la asistencia adecuada al control prenatal los hallazgos muestran que el 42,2% (125) de las adolescentes embarazadas tuvieron un adecuado control prenatal, mientras que más de la mitad de las adolescentes tuvieron un inadecuado control prenatal. Resaltando que las adolescentes con menos controles prenatales adecuados se encuentran en el segundo trimestre. A diferencia de los resultados obtenidos por Navarro L, en Lima-Perú (43), donde se observa que el 68.4 % de madres adolescentes tuvieron un control prenatal adecuado; así mismo Arévalo F, Torres Y, reportan que en Tarapoto – Perú (44) el 62% (124) de las adolescentes embarazadas tuvieron un adecuado control prenatal. Las principales razones por las que las adolescentes tienen inadecuados controles prenatales puede estar relacionado con: Horarios de atención en centros de salud, crítica negativa por parte del profesional de salud o el contexto comunitario, costo de los servicios, maltrato familiar, temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas, disfuncionalidad familiar, largos tiempos de espera antes de la atención. Siendo la negación y ocultamiento del embarazo, la principal barrera de ingreso puesto que muchas se enteran a tiempo, pero por el temor a decir en sus casas el estado en que se encuentran no informan oportunamente y cuando lo hacen ya están avanzadas en su embarazo, iniciando tardíamente los controles o por el contrario las adolescentes se enteran tarde de su estado. El control prenatal es la mejor oportunidad para incidir de forma precoz sobre la mayor cantidad de factores de riesgo que se pueden presentar durante el embarazo. Muchas de las complicaciones que se presentan en el transcurso del embarazo pueden atenderse o incluso prevenirse por medio de la atención prenatal adecuada. Esta es una de las intervenciones en salud más importantes porque permite la disminución de las tasas de mortalidad materna, fetal y neonatal (4).

En referencia a la asociación entre funcionalidad familiar y la asistencia al control prenatal, se pudo observar que de las adolescentes embarazadas que tuvieron un

inadecuado control prenatal el 55,9% pertenecen a familias funcionales y el 44,0% de estas tuvieron un adecuado control prenatal; no obstante, no existe asociación entre la funcionalidad familiar y el uso adecuado del control prenatal (OR= 1.52; I.C 95% (0,82 – 2,85)) (P:0,17). Contrario a lo reportado Miranda C, Herazo D, Lombana Y, Osorio G. (17) en Sincelejo, donde las familias funcionales de las gestantes hacen uso adecuado del control prenatal (123) 71.5% en un porcentaje ligeramente superior a las familias disfuncionales (62) 66%. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre esta variable y el uso adecuado de control prenatal (OR= 0,772; (IC: 0,450 - 1,325)). Cuando la embarazada pertenece a una familia funcional, esta favorece y permite un adecuado control prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante. El apoyo familiar proporciona fortaleza y seguridad a las gestantes, obteniéndose como resultados la minimización de riesgos materno - perinatal; de ahí la importancia que esté presente el amor por parte de la familia, de esta manera la adolescente podrá enfrentar mejor los diferentes cambios que va sufriendo a medida que avanza su embarazo, así como las dificultades de adaptación al ambiente físico, psicológico y sociocultural (17,45). Sin embargo cuando las familias son disfuncionales esto se considera un factor que se asocia con la no asistencia oportuna a los controles prenatales, debido a que en la mayoría de los casos las familias no se involucran en el proceso de gestación bien sea por falta de confianza, por ausencia de la madre, muerte de uno de los padres, roles no establecidos entre los miembros de la familia, padres separados, violencia intrafamiliar, no acompañamiento familiar, consumo de sustancias psicoactivas de uno de los miembros etc., trayendo como consecuencia que el adolescente no reciba apoyo, motivación y atención que les permita tener precauciones para evitar riesgos en el embarazo ya que en esta etapa la adolescente aún tiene inmadurez anatómica, fisiológica y psicológica que las vuelve más vulnerables a sufrir complicaciones como preclamsia, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos entre otros (5).

La mayor fortaleza de esta investigación fue abordar un problema que se ha estudiado poco en la ciudad y el país. Otra fortaleza fue caracterizar la población adolescente embarazadas y sus familias y determinar el comportamiento de estas en cuanto a la asistencia al control prenatal, aspectos que permitirán realizar intervenciones con el fin de garantizar una asistencia oportuna al mismo.

Las limitaciones del estudio son las propias de un estudio transversal. Otras limitaciones encontradas es que algunos padres a veces no autorizaban la participación de sus hijas en el estudio y además muchas adolescentes menores de 18 años a veces llegan sin acompañante mayor de edad a realizarse los controles, motivo por el cual no podían participar en el estudio aspectos que dificultaron la recolección de la información.

8. CONCLUSION

Las edades de las adolescentes embarazadas oscilan entre 13 y 19 años, la mayoría viven en unión libre, su nivel educativo fue de secundaria incompleta y son amas de casa. El tipo de familia que predominó fue la familia extensa modificada y el ciclo vital fue familia con hijos adolescentes. La mayoría se encuentran en el segundo trimestre de embarazo con un inadecuado control prenatal; sin embargo, un número considerable de adolescentes iniciaron de forma temprana el control prenatal durante el primer trimestre. Por otro lado, se encontró que del total de las adolescentes participantes en el estudio la mayoría pertenece a una familia altamente funcionales aspecto que llamo la atención debido a que la mayoría de los estudios que valoran estas dos variables reportan Disfunción familiar en esta población. No se evidencio asociación significativa entre Funcionalidad Familiar y el uso del control prenatal; sin embargo el apoyo familiar se constituye en un elemento de gran importancia para el buen desenlace del embarazo por el acompañamiento que brinda la familia durante todo el proceso de gestación, el cual garantiza no solo la asistencia a los controles, sino que además esta brinda los cuidados necesarios a la adolescentes, ya que por las características propias de su ciclo vital, estas con frecuencia no cuentan con los conocimientos y la madurez necesarias para incorporar adecuadas prácticas de cuidado consigo mismas.

9. RECOMENDACIONES

A la ESE Hospital Local Cartagena de Indias:

Con base a los resultados entregados a la ESE Hospital Local Cartagena de Indias mediante el programa Maternidad Segura puedan intervenir a las adolescentes inscritas al programa para que se motiven en la asistencia continua a sus controles prenatales.

Que la ESE realice actividades extramurales con las adolescentes, donde se le invite a asistir al servicio amigable, para educarla sobre su sexualidad y salud reproductiva, y así de esta forma poder disminuir el índice de embarazo en adolescentes.

Que el equipo interdisciplinario de la ESE promueva durante todas las consultas a las adolescentes embarazada la planificación familiar.

Que la ESE promueva durante las consultas prenatales la presencia del compañero o algún familiar, a fin de fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima de la adolescente embarazada para que su gestación se lleve en óptimas condiciones.

A los investigadores

Realizar más investigaciones que estudien la asociación de las variables funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal de adolescentes embarazadas a nivel departamental, para enriquecer más el área investigativa sobre este tema y así generar intervenciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

A Enfermería

Realizar estrategias y/o actividades a nivel comunitario o en los servicios de control prenatal para que estas adolescentes embarazadas tengan un control de su embarazo tempranamente, evitando así riesgos o futuras complicaciones durante su gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Tasa Global de Fecundidad. [Online]. [citado 25 noviembre 2015]. Disponible en: "<http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/fecundidad.htm>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes: Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Informe Final. [Online].; 2014 [citado 21 octubre 2015]. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
3. Cartagena como vamos. 3 Reto Salud Informe Calidad de Vida 2016. [Online].; 2016 [citado 31 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.cartagenacomovamos.org/nuevo/wp-content/uploads/2014/08/Retos-de-Cartagena-salud-web.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. "Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. [Online].; 2015 [citado 21 octubre 2015]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0.pdf>
5. Hoyos D, Hernández F. Factores de riesgos asociados a resultados perinatales en población gestantes. *Rev. Biociencias*. 2013; 8(1): p. 19-25.
6. República de Colombia. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. [Online]. [citado 06 noviembre 2015]. Disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiG94WXjYHQAhXLSSYKHWNJCsYQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saludpublicaenlinea.com%2FWS%2FGetPublicFile.ashx%3Fkey%3Dcdfdc8e5-cac7-4d9b-a73d-2ec01fffc809%26usr%3D7175>
7. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Atención de la Embarazada Menor de 15 años. [Online].; 2014 [citado 04 diciembre 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>
8. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública Méx*. 2013 nov/dic; 55(3): p. 572-579.
9. Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, González Z, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles

- prenatales en centros de Assbasalud ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina (Col)*. 2013 julio-diciembre; 13(2): p. 142-159.
10. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2015 [citado 04 de septiembre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
 11. Noguera N, Alvarado H. Embarazos en Adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2012; 7(7): p. 151-160.
 12. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Atención Prenatal del Parto y Postparto. [Online].; 2015 [citado 31 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/TOMO%20II.pdf>
 13. Mendivelso F. Comportamiento del embarazo adolescente el Colombia. Análisis Epidemiológico 2000 a 2011. Bogotá D.C., Colombia: Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Presidencia de la República, Observatorio de Asuntos de Género; 2012.
 14. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2015. [Online].; 2018 [citado 31 marzo 2018]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
 15. Calderón I, Del Rio C, Rodríguez O, Guisandes A. Disfuncionalidad familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MediSan*. 2014; 18(11): p. 1544-1549.
 16. Angoma L, Poccorpachi D. Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011[Trabajo de Grado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. 2011.
 17. Miranda C, Herazo D, Lombana Y, Osorio G. Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en dos comunas de Sincelejo-Colombia. *ReviSalud*. 204; 2(2): p. 4-14.
 18. Oyarzun E. Alto Riesgo Obstétrico: Control Prenatal. [Online].; 2014 [citado 29 octubre 2015]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html
 19. MedlinePlus. Desarrollo del adolescente. [Online].; 2015 [citado 02 noviembre 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/teendevlopment.html>
 20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Adolescencia, una etapa fundamental Nueva York: *UNICEF NY*; 2002.
 21. Casas J, González C. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2005; 9(1): p. 20-24.
 22. Iglesias J. Desarrollo adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2013 marzo; 17(2): p. 88-93.

23. Paramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicol.* 2011 julio; 29(1): p. 85-95.
24. Saenz M. Embarazo en adolescencia ¿A qué nos estamos enfrentado? Controversia Ginecológica y Obstetricia. Colombia. 2011; 8(1): p. 185-187.
25. Mancilla J. Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. *Perinatol Reprod Hum.* 2012; 26(1): p. 5-7.
26. Flórez C, Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [Online].; 2013 [citado 21 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
27. León P, Minassian M, Borgoño R. Embarazo Adolescente. *Rev. Ped. Elec.* 2008; 5(1): p. 42-51.
28. Correa M, Varelio E, Ortiz M, Shaw R, Colin A, Ponce E. Morbilidad materno-fetal en adolescentes: experiencia en un hospital suburbano de México. *An Med (Mex).* 2013; 58(3): p. 175-179.
29. Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Valera A. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev. Chil. Obstet Ginecol.* 2015; 80(4): p. 306-315.
30. ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. [Online]. [citado 10 diciembre 2015]. Disponible en: http://www.esecartagenadeindias.gov.co/paginas/maternidadfiles/MATERNIDAD_SEGURA.pdf
31. Hernández A, Vásquez M. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev. Univ. Salud.* 2015; 17(1): p. 80-96.
32. Rico A, Castillo C, Benítez C, Medina R. Programa de atención integral a la adolescencia gestante. *Rev. Cienc y Cuidad.* 2013; 10(1): p. 67-77.
33. Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arango F, Valencia J. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hac. Promoc. Salud.* 2014; 19(1): p. 84-98.
34. García A, Martínez C. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av. Enferm.* 2011; 29(1): p. 75-86.
35. Suárez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Med La Paz.* 2014; 20(1): p. 53-57.

36. Hernández B, Velasco H. Encuestas Transversales. *Salud Pública Mex.* 2000 Septiembre; 42(5): p. 447-455.
37. Gomez E, Castillo E, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2013; 42(1): p. 72-80.
38. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Online].; 1993 [citado 22 mayo 2016]. Disponible en: [https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_eti-ca/Res_8430_1993 - Salud.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_eti-ca/Res_8430_1993_-_Salud.pdf)
39. República de Colombia. El congreso de la República. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Online].; 2004 [citado 22 mayo 2016]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf
40. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016; 81(3): p. 243 - 253
41. Zambrano G, Vera S, Flórez L. Relacion entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Rev. Cienc y Cuidad.* 2012; 9(2): p. 9-16.
42. Díaz C, Suarez X, Lora M, Díaz I. Características Sociofamiliares De Las Adolescentes Embarazadas Inscritas Al Programa Maternidad Segura Cartagena-Colombia. *AARJSH.* 2018; 5(3): p. 165-182.
43. Navarro L. “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el servicio de Neonatología Del Hospital Nacional Dos De Mayo enero – diciembre 2015” [Tesis] Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. 2015.
44. Arévalo F, Torres Y. “Factores de riesgo materno y obstétricos en relacion con las complicaciones maternas – perinatales, en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, agosto - diciembre 2016” [Tesis] Perú: Universidad Nacional De San Martín-Tarapoto. Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Obstetricia. 2017.
45. Salinas A. Nivel de apoyo social percibido en la familia por la adolescente embarazada usuarias de un Hospital General de Lima Metropolitana 2015. [Tesis] Perú: Universidad Nacional De San Marcos. Facultad de Medicina. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL MENOR QUE ASISTE AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Todas las adolescentes embarazadas llenarán el siguiente formato, previo a la realización de los procedimientos. Esta es una forma de aceptación legal para participar en la investigación, que usted puede libremente firmar si está de acuerdo en los siguientes aspectos:

Yo _____

Con Tarjeta de Identidad/Cédula de Ciudadanía No. _____

con dirección _____

y teléfono _____ declaro que he recibido información

amplia y suficiente sobre el estudio, titulado: **“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS”**, en el cual se pretende Determinar la relación entre Funcionalidad Familiar y Asistencia al Control Prenatal en Adolescentes Embarazadas que asisten al Programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

- Se me ha explicado que me realizaran, una encuesta asistida que indaga sobre los controles que he realizado durante mi embarazo.
- Soy consciente que los resultados obtenidos favorecerán a otros seres humanos; se me ha explicado que estos ayudarán a determinar la asistencia de las adolescentes embarazadas al control prenatal en el programa de maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias.
- Entiendo que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador.
- Soy consciente de los compromisos que adquiero con el proyecto y que en todo momento seré libre de continuar ó de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es).

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Responsable: Carmen Elena Díaz Montes (Investigador Principal. **Tel:** 3013703996

Firma del Tutor

Testigo

Asentamiento del menor

Tarjeta Identidad/Cédula Ciudadanía

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Estimado padre/madre o tutor legal responsable:

Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena y estamos llevando a cabo un estudio titulado: **“RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS”** en el cual se pretende: Determinar la relación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en Adolescentes embarazadas que asisten al programa maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Solicito su autorización para que su hija participe voluntariamente en este estudio.

El estudio consiste en llenar una encuesta sociodemográfica con 16 preguntas; otra encuesta sociofamiliar de 9 ítems y por ultimo un cuestionario familiar de 5 ítems. Le tomara contestarlo 10 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y el nombre no será utilizado. La participación o no participación en el estudio no afectara en los controles prenatales realizados a las adolescentes.

La participación es voluntaria. Usted y su hija tienen derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo y no recibirá ninguna compensación por participar. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con nosotras al **3016155504** o con la investigadora principal al **3013703996**.

AUTORIZACION

Acepto que he leído el procedimiento descrito arriba, las investigadoras me han explicado y contestado mis preguntas. Actuando como representante legal de la menor _____ para los efectos legales que corresponden, voluntariamente doy mi consentimiento para que participe en el estudio.

Firma de Padre/Madre o Representante legal de la menor.

Cédula de Ciudadanía.

ANEXO 3

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

A continuación, usted encontrará 3 cuestionarios titulados Escala Sociodemográfica, Escala Sociofamiliar y APGAR Familiar. Por favor leer con atención las instrucciones de cada uno de ellos para su correcto diligenciamiento. En la siguiente encuesta se respetará la autonomía de los participantes y se mantendrá la confidencialidad de la información.

Para responder las siguientes preguntas marque con una X en los espacios correspondientes.

1. **Edad:** ___ años cumplidos.
2. **Estrato:**
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4
3. **Ciudad o pueblo:**
a. urbano ___ b. rural ___
4. **Estado civil:**
a. Soltero ___
b. Casado ___
c. Unión libre ___
5. **Carnet de Salud (EPS):**

6. **Ocupación:**
a. Estudiante ___
b. Trabajadora ___
c. Ama de Casa ___
d. Trabajadoras dependientes ___
e. Trabajadora Independiente ___
f. Desempleada ___
7. **Nivel educativo:**
a. Primaria Incompleta ___
b. Primaria Completa ___
c. Secundaria Incompleta ___
d. Secundaria Completa ___
e. Técnico ___
f. Tecnóloga ___
g. Universitaria ___
8. **Asiste al control prenatal:**
a. Si b. No
9. **Inicio del control prenatal:**

10. **¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando iniciaste el control prenatal?** _____
11. **¿A cuántos controles prenatales has asistido hasta el momento?** _____
12. **¿Cuántas veces ha estado usted embarazada?**
a. 1 ___ b. 2 ___ c. 3 ___ d. 4 ___ e. >4 ___
13. **¿Cuántos meses de embarazo tienes?** _____
14. **¿Cuántos hijos nacidos tienes?** a. 1 ___ b. 2 ___ c. 3 ___
d. >4 ___ e. 0 ___
15. **¿Ha tenido usted abortos?**
a. Si b. No
16. **Estos abortos han sido:**
a. Inducidos ___ ¿Cuántos? ___
b. Espontáneos ___ ¿Cuántos? ___

ANEXO 4

ENCUESTA SOCIOFAMILIAR

Para el diligenciamiento del instrumento familiar por favor nombre a cada uno de los miembros que conforman su núcleo familiar, el sexo, la edad y parentesco (si es madre, padre, hermano, abuela, etc). Los ítems 2 y 3 serán resueltos por los investigadores. Del 4 al 8 marque con una X en los espacios correspondientes.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

1. Con quien vive:

N°	Nombre y apellidos	Sexo	Edad	Parentesco
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

2. Tipo de familia: _____
3. Ciclo vital familiar: _____
4. Estrato: a. 1 b. 2 c. 3 d. 4
5. Estado civil de los padres:
a. Casados___ b. Separados___ c. Unión libre___ d. Otros___
cual_____
6. Nivel educativo de tu padre: a. Primaria completa___ b. Primaria incompleta___ c. Secundaria Completa___ d. Secundaria Incompleta___
e. Técnico___ f. Tecnólogo___ g. Universitario___ h. Ninguno___
7. Nivel educativo de tu madre: a. Primaria completa___ b. Primaria incompleta___ c. Secundaria Completa___ d. Secundaria Incompleta___
e. Técnico___ f. Tecnólogo___ g. Universitario___ h. Ninguno___
8. Ocupación del padre: a. Empleado___ b. Trabajador independiente___
c. ninguno___
9. Ocupación de la madre: a. Empleada___ b. Trabajadora independiente___
c. ama de casa___ d. ninguna___

ANEXO 5

Para el diligenciamiento del APGAR por favor leer cada una de las preguntas con mucha atención y marcar con una X la casilla correspondiente: Casi siempre, a veces o casi nunca según su condición.

APGAR	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio.			
APGAR: Por cada ítem contenido en el siguiente formato debes seleccionar la opción que correspondas según su condición.			

ANEXO 6

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

EDAD (AÑOS)	Nº	%
13	4	1,4
14	7	2,4
15	25	8,4
16	31	10,5
17	67	22,6
18	83	28,0
19	79	26,7
ESTRATO	Nº	%
1	271	91,6
2	23	7,8
3	2	0,7
PROCEDENCIA	Nº	%
Rural	35	11,8
Urbano	261	88,2
ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltera	57	19,3
Unión Libre	227	76,7

Casado	12	4,1
AFILIACIÓN	Nº	%
Subsidiado	296	100
OCUPACION	Nº	%
Estudiante	137	46,3
Ama De Casa	146	49,3
Empleada	2	0,7
Trabajadora Independiente	1	0,3
Desempleada	9	3,0
NIVEL EDUCATIVO	Nº	%
Primaria Incompleta	20	6,8
Primaria Completa	16	5,4
Secundaria Completa	91	30,7
Secundaria Incompleta	132	44,6
Técnico	17	5,7
Tecnóloga	8	2,7
Universitaria	12	4,1
TOTAL	296	100

Fuente: Encuesta Sociodemográfica de las Adolescentes Embarazadas

TABLA 2. ANTECEDENTES DE EMBARAZOS PREVIOS, N° DE HIJOS Y ABORTOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

N° DE EMBARAZOS DE LAS ADOLESCENTES	N°	%
1	245	82,8
2	46	15,5
3	5	1,7
N° DE HIJOS NACIDOS DE LAS ADOLESCENTES	N°	%
0	256	86,5
1	35	11,8
2	4	1,4
3	1	0,3
ABORTOS	N°	%
SI	27	9,1
NO	269	90,9
TIPOS DE ABORTOS	N°	%
Espontaneo	26	8,8
Inducido	1	0,3
No Aplica	269	90,9
TOTAL	296	100

Fuente: Encuesta Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

TIPO DE FAMILIA	Nº	%
Flia. Extensa Completa	11	3,7
Flia. Nuclear Completa	36	12,2
Flia. Nuclear Reconstituida	3	1,0
Flia. Nuclear Modificada	31	10,5
Flia. Extensa Modificada	163	55,1
Flia. Pareja Sin Hijos	52	17,6
CICLO VITAL FAMILIAR	Nº	%
Comienzo De La Familia	55	18,6
Flia. Con Hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)	20	6,8
Flia. Con Hijos Preescolares	16	5,4
Flia. Con Hijos Escolares	29	9,8
Flia. Con Hijos Adolescentes	156	52,7
Flia. En Plataforma De Colocación	20	6,8
TOTAL	296	100

Fuente: Encuesta Socio familiares de las Adolescentes Embarazadas

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	Nº	%
Casados	44	14,9
Separados	118	39,9
Unión Libre	128	43,2
Otros: Viudo (A)	6	2,0
NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES	Nº	%
Primaria Incompleta	69	23,3
Primaria Completa	65	22,0
Secundaria Completa	69	23,3
Secundaria Incompleta	61	20,6
Técnico	12	4,1
Tecnólogo	2	0,7
Universitario	7	2,4
Ninguno	11	3,7
NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	Nº	%
Primaria Incompleta	65	22,0
Primaria Completa	68	23,0
Secundaria Completa	71	24,0
Secundaria Incompleta	64	21,6

Técnico	14	4,7
Tecnóloga	3	1,0
Universitaria	6	2,0
Ninguno	5	1,7
OCUPACIÓN DEL PADRE	Nº	%
Empleado	97	32,8
Trabajo Independiente	173	58,4
Ninguno	23	7,8
No Aplica	3	1,0
OCUPACIÓN DE LA MADRE	Nº	%
Empleada	58	19,6
Trabajo Independiente	76	25,7
Ama De Casa	154	52,0
No Aplica	3	1,0
Ninguno	5	1,7
TOTAL	296	100

Fuente: Encuesta Socio familiares de las Adolescentes Embarazadas

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Nº	%
Flia. Altamente Funcional	243	82,1
Flia. Moderadamente Disfuncional	34	11,5
Flia. Severamente Disfuncional	19	6,4
TOTAL	296	100

Fuente: Encuesta Sociodemográfica de las Adolescentes Embarazadas

TABLA 6. TRIMESTRE DE EMBARAZOS CURSADOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

TRIMESTRE DE EMBARAZO	Nº	%
Primer Trimestre	59	19,9
Segundo Trimestre	137	46,3
Tercer Trimestre	100	33,8
TOTAL	296	100

Fuente: Encuesta Sociodemográfica de las Adolescentes Embarazadas

TABLA 7. MESES DE EMBARAZOS AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

MESES DE EMBARAZO AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL	Nº	%
1	53	17,9

2	90	30,4
3	80	27,0
4	42	14,2
5	18	6,1
6	10	3,4
7	2	0,7
8	1	0,3
TOTAL	296	100

TABLA 8. CONTROLES PRENATALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

CONTROLES PRENATALES ASISTIDOS HASTA EL MOMENTO	Nº	%
1	88	29,7
2	61	20,6
3	40	13,5
4	34	11,5
5	31	10,5
6	25	8,4
7	10	3,4
8	2	0,7
9	5	1,7

TOTAL	296	100
--------------	------------	------------

Fuente: Encuesta Sociodemográfica de las Adolescentes Embarazada

TABLA 9. ANALISIS BIVARIADO ENTRE TRIMESTRE DE EMBARAZO Y EL ADECUADO CONTROL PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA - COLOMBIA 2017

TRIMESTRES DE EMBARAZO	CONTROL PRENATAL			
	Adecuado	%	Inadecuado	%
Primer trimestre	44	74,5	15	25,4
Segundo trimestre	26	19,0	111	81,0
Tercer trimestre	55	55,0	45	45,0
Total	125	42,2	171	57,7

Fuente: Carnet de asistencia a controles prenatales

TABLA 10. ANALISIS BIVARIADO ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADECUADO CONTROL PRENATAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS INSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA CARTAGENA – COLOMBIA 2017

TIPO DE FAMILIA	CONTROL PRENATAL			
	ADECUADO	%	NO ADECUADO	%
Funcional	107	44,0	136	55,9
Disfuncional	18	33,9	35	66,0
Total	125	42,2	171	57,7

Fuente: Encuesta Sociodemográfica de las Adolescentes Embarazadas.