

FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS DE CARTAGENA – COLOMBIA; 2015

INVESTIGADOR PRINCIPAL
CARMEN ELENA DIAZ MONTES

COINVESTIGADORES
YINA PATRICIA BARON GUTIERREZ
NAYRIS JUDITHCÁRDENAS ROBLES
GLADYS PAOLA FUENTES PERTUZ
MARIA CAMILA LORA ARCILA
XENIA MARGARITA SUÁREZ SOLÓRZANO

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARTAGENA /BOLIVAR

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Lista de tablas.....	0
Lista de figuras.....	0
Lista de anexos.....	0
Glosario.....	0
Resumen.....	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo general.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3. MARCO TEORICO.....	9
3.1 Adolescencia.....	9
3.2 Embarazo en adolescente.....	10
3.3 Factores de riesgo para embarazo en Adolescentes.....	11
3.4 Características familiares.....	13
3.5 Conductas de riesgo en el embarazo.....	16
3.6 Morbilidad Materna.....	17
4. METODOLOGÍA.....	20
4.1 Tipo de estudio.....	20
4.2 Población diana.....	20
4.3 Población accesible.....	20
4.4 Criterios de selección.....	20
4.5 Operacionalización de variables.....	21
4.6 Muestra.....	32
4.7 Método de muestreo.....	29
4.8 Instrumentos.....	33
4.9 Aspectos éticos.....	34
4.10 procedimiento y análisis de la información.....	35
4.11 Análisis estadístico.....	35
4.12 Resultados esperados.....	35
4.13 Divulgación de la información.....	35
4.14 Plan administrativo.....	36
4.15 Presupuesto.....	37
5. RESULTADOS.....	0
6. DISCUSIÓN.....	0
7. CONCLUSIONES.....	0
8. AGRADECIMIENTOS.....	0
9. BIBLIOGRAFÍA.....	39

ANEXOS.....42

RESUMEN

Introducción: Si bien es cierto que el embarazo en adolescente constituye una problemática a nivel mundial no podemos alejarnos de la realidad y mientras se buscan posibles soluciones para dicho evento es necesario intervenir sobre la población adolescente que ya está embarazada con el fin de disminuir los riesgos de enfermar y en el peor de los casos morir teniendo en cuenta las complicaciones que la gestación trae consigo para dicha población.

Objetivo: Describir los factores y conductas de riesgo que favorecen la morbilidad de las adolescentes embarazadas adscritas al programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, para el cual se tomará una población de 338 mujeres adolescentes gestantes adscritas al programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias; Cartagena-Colombia. Nivel confianza 95% y error del 5%.

Para la recolección de los datos se utilizará el “Cuestionario de factores y conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo”, “APGAR familiar” cuya validación mostró un índice de correlación de 0.80 y un cuestionario que indaga sobre las variables sociodemográficas y familiares. El análisis de la información se realizará utilizando Microsoft Excel Windows 13, mediante medidas de tendencia central, desviaciones estándar y frecuencias absolutas y relativas.

Palabras clave: Adolescente, Embarazo, Familia, Morbilidad. (DeCS)

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos éste afecta negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer, ocasionando alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad. Se calcula que aproximadamente quince millones de adolescentes dan a luz cada año en el mundo, es decir, que son responsables del 10% de todos los partos a nivel mundial, cifra que aumenta en los países en vía de desarrollo, ya que se estima que en estos países los partos en adolescentes corresponde al 17%. (1)

Según los resultados de la décima Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010), las mujeres menores de 20 años venían aumentando su tasa de fecundidad hasta el año 2005, pero actualmente parece que empezó de nuevo a disminuir: en 1990 se estimó alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89, en el 2005 se estima en 90 por mil y ahora es de 84 por mil. Los mayores porcentajes de embarazadas están en Bolívar Sur, Sucre, Córdoba (6 por ciento). Los menores se encuentran en San Andrés y Providencia (1.2 por ciento), Huila, Magdalena y Boyacá (2 por ciento) y en Medellín (2.2 por ciento). (2)

Según las estadísticas, Cartagena en el 2011 presentó un índice de embarazos en adolescentes del 21.7%, es decir que de cada 100 adolescentes 21 estaban en embarazo. A nivel nacional el promedio es del 19.5%, es decir que Cartagena está por encima de la media nacional. (3)

Las adolescentes por su inmadurez física y Psicológica están expuestas a mayores riesgos para desarrollar patologías durante el embarazo que muchas veces pueden llegar a desencadenar la muerte de esta o de su producto. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; aquellas por debajo de 15 años de edad aumentan en cinco veces el riesgo (4).

Según estudios realizados en diferentes regiones han explorado el impacto del embarazo en la adolescente sobre la morbilidad materna y neonatal. Al comparar las cifras con datos provenientes de mujeres adultas, se observa que las adolescentes presentan una mayor incidencia de complicaciones médicas que involucran tanto a la madre, como al niño; datos recientes indican que estos riesgos son especialmente relevantes para las adolescentes más jóvenes. Las adolescentes tienen 75% más riesgo de tener un parto prematuro que las mujeres adultas. (5)

Según el estudio, Adolescencia y embarazo: Aspectos perinatales y socioeconómicos, realizado en el hospital de Maternidad Rafael Calvo Cartagena Colombia, la vida obstétrica en promedio fue de 16 años. El 91% fueron primigestantes. Hubo complicaciones en el 27% de las embarazadas siendo las entidades patológicas más frecuentes: Enfermedad

hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas, hipodinamias, partos prematuros y desproporción cefalopelvicas. (6)

A pesar de la magnitud del problema, no es completamente claro si estos resultados dependen de factores biológicos o si son únicamente la consecuencia de factores sociodemográficos que se asocian con el embarazo en la adolescencia. (7)

Tanaka y Siqueira citado por Pérez B, reportan que, “El riesgo del embarazo en la adolescente es alto, y sucede en todos los niveles sociales, presentando, por otro lado, mayores riesgos en los niveles sociales de escasos recursos socioeconómicos, en los que esta carencia dificulta el acceso a las informaciones y a la asistencia adecuada”. (8)

Según un reciente estudio sobre “la dinámica social”, del Centro de Investigaciones de la Universidad Externado de Colombia, la adolescente embarazada se ve enfrentada al rechazo social, exclusión de su círculo de amigos, de su pareja. La presión social contra la adolescente embarazada desencadena consecuencias psicológicas para ella y con frecuencia la joven que no estaba preparada para ser madre, tiende a rechazar la idea de tener un bebé. Por esta razón, el 44,4% de las adolescentes han abortado en Colombia(9). Las familias de las adolescentes gestantes del presente estudio pertenecen a los estratos 1 y 2, situación ésta que puede llevar a muchos riesgos y dificultar el manejo de las situaciones familiares, y específicamente la situación del embarazo en la adolescencia. La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia. (10)

Los resultados arrojados por este proyecto de investigación permitirán al personal de enfermería y al resto de trabajadores del sector salud identificar los factores y conductas de riesgo y la funcionalidad familiar de las adolescentes embarazadas con el fin de orientar el cuidado y realizar intervenciones oportunas tendientes a disminuir los riesgos para la salud, prevenir futuras complicaciones y mejorar la funcionalidad familiar teniendo en cuenta a las familias de las adolescentes, y además que permita diseñar programas encaminados a mejorar estilos de vida. De la misma forma aportara a la academia información que permita retroalimentar las asignaturas dirigidas al cuidado de las adolescentes gestantes, el recién nacido y sus familias.

Igualmente este estudio tiene utilidad para la enfermería familiar, porque aporta información específica para el cuidado de enfermería hacia las personas y familias enfrentadas a múltiples factores de riesgo, tales como: Riesgos por grupo de edad, riesgos biológicos, sociales y familiares.

Sobre la base de lo planteado anteriormente, surge la pregunta problema ¿Cuáles son los factores y conductas de riesgo que favorecen la morbilidad materna de las adolescentes embarazadas de Cartagena – Colombia, 2015?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores y conductas de riesgo que favorecen la morbilidad de las adolescentes embarazadas adscritas al programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias; Cartagena – Colombia 2015

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar los factores de riesgo sociodemográficos y Biológicos de las adolescentes embarazadas de Cartagena.
- ✓ Identificar las características familiares de las adolescentes embarazadas de Cartagena.
- ✓ Identificar las conductas de riesgo para la salud de las adolescentes embarazadas de Cartagena.

3. MARCO TEORICO

3.1 Adolescencia

La OMS define como Adolescencia “a la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socioeconómica; considera que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente. Esta serie de cambios ocurre con una rapidez vertiginosa que se refleja tanto en la esfera anatomofisiológica, como social y cultural; es aquí donde se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. (11) Esta etapa de la vida está dividida en tres etapas que son:

Adolescencia inicial o temprana (10 a 14 años): Es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. (12)

Adolescencia media (12- 13 a 16 años): Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa. En el varón continua el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto. (12)

Adolescencia tardía (16 a 19 años): En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes: Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos, integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento y separación del tutelaje familiar. (12)

Se considera que a nivel mundial existen aproximadamente mil trescientos millones de adolescentes, es decir, que una de cada cinco personas está entre los 10 y 19 años de edad y que de este grupo, alrededor de quinientos quince millones son niñas. (1)

En Colombia, la población actual de adolescentes corresponde a 20% del total de la población, se estima que hay aproximadamente 9 millones de adolescentes, de los cuales 4.600.000 son mujeres. (7)

3.2 Embarazo en Adolescente

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). (13)

El embarazo adolescente: es aquella condición de gestación que ocurre durante la edad de la adolescencia, que comprende mujeres hasta 19 años de edad; independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se halla en aumento, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados (14).

Se calcula que aproximadamente quince millones de adolescentes dan a luz cada año en el mundo, es decir, que son responsables del 10% de todos los partos a nivel mundial, cifra que aumenta en los países en vía de desarrollo, ya que se estima que en estos países los partos en adolescentes corresponde al 17%. (1)

Gran Bretaña posee la tasa de embarazo adolescente más alta de la Unión Europea, con cerca de 90 mil adolescentes embarazadas cada año. A lo que se suman otras 100 mil niñas que deciden abortar. (15)

En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008, de 1000 mujeres embarazadas 76 son adolescentes, cifras que sitúan a este continente como el segundo en tener las tasas de fecundidad más altas en este grupo etario. (16)

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 2010: en 1990 se estimó una tasa de fecundidad alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89; en el 2005 se calculó en 90 por mil y para el 2010 fue de 84 por mil. (17)

Mientras que en el departamento de Bolívar, reportó que el 21,2 por ciento de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo; En este departamento el embarazo adolescente subió un punto porcentual con respecto al 2005 (17).

En la ciudad de Cartagena, es notorio el incremento de los embarazos en adolescentes menores de 15 años. Monterrosa y Arias, en un seguimiento realizado entre 1999 y 2005 en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, encontraron 878 partos en jóvenes con adolescencia temprana. (7)

Un estudio realizado en tres instituciones educativas de la ciudad de Cartagena en el año 2010 reportó que la prevalencia de embarazo fue de 4,4% (28), el 3,4% (22) había estado en embarazo una sola vez. El 2,4% (15) había tenido abortos, de las cuales el 1,7% (11) había abortado una vez, el 0,5% (3) dos veces y el 0,2% (1) tres veces. Al momento de realizar la encuesta tres adolescentes estaban embarazadas. (7)

Un estudio sobre Morbilidad materna en gestantes adolescentes realizado en el año 2006; informa que el embarazo en adolescentes se debe a múltiples factores entre los cuales se podrían mencionar la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva entre otros. (14)

3.3 Factores de riesgo para embarazo en Adolescentes

Riesgo

Alteración o fenómeno que aumenta la probabilidad de una pérdida derivada de algún peligro que pueda producir una lesión o enfermedad. (18)

Estado civil

El estado civil de una persona se define como su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley (19).

En un estudio realizado en el año 2009 acerca del estado civil a 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas antes, durante, después del nacimiento y actual se observó que predomina el estado civil soltero antes de dar a luz al primer hijo. Durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada (6,6%) (20).

Otro estudio realizado en Bogotá a adolescentes y mujeres hasta los 29 años nos muestra que la unión libre estable es el más frecuente (64%). El grupo de las adolescentes menores de 15 años tuvo una incidencia de madre - solterísimo significativamente mayor que el grupo de 20 a 29 años (41% contra 33%; $p=0,03$) (21).

Algunos autores reportan que éstas pacientes son el reflejo de los múltiples problemas sociales que enfrentan nuestras familias; ya que más, de un 50% de las pacientes tenían como estado civil la unión libre, que en la gran mayoría de ellas se convierten en madres adolescentes abandonadas (22).

Estrato Socioeconómico y Procedencia

Un estudio realizado a 360 mujeres entre madres adolescentes y adultas en tres instituciones de salud de la ciudad de Manizales arrojó que de aquellas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, el 36% eran hijas de obreros o empleados, mientras que el 40.1% eran de familias de subempleos o desempleados; con respecto al nivel educativo el 62% de las adolescentes estudiaron hasta la secundaria, el 19% estudió solo la primaria y el 43% abandonó la escuela antes de su primer embarazo. Al momento de la entrevista el 86% de las adolescentes eran amas de casa. (22)

Acceso a los servicios de salud

De forma más precisa al hablar de acceso a los servicios de salud se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra. En esa perspectiva Frenk (1985) propone que “se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención, acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios. (23)

En Colombia existe el Sistema General de seguridad social en Salud, dividido en tres regímenes de afiliación a dicho sistema, estos son:

El régimen contributivo: es el conjunto de normas que orienta y rige la afiliación de la población con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encuentran afiliadas a este régimen las personas con capacidad de pago y sus respectivos núcleos familiares. Se considera que las personas tienen capacidad de pago si son: patronos, empleados, trabajadores independientes o pensionados. Los afiliados a éste régimen se clasifican en cotizantes y beneficiarios. (24)

Régimen Subsidiado: es el conjunto de normas que orienta y rige la afiliación de la población sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encuentran afiliadas a este régimen los núcleos familiares sin capacidad de pago, quienes han sido identificadas (mediante la encuesta SISBEN) como población pobre y vulnerable. La cotización de estas personas es pagada, parcial o totalmente, por el Estado a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) (24).

Es importante que las adolescentes en gestación tengan acceso a servicios de salud óptimos, con el fin de prevenir los problemas de salud que se pueden presentar en ellas y en sus hijos.

En Colombia, según la Encuesta de Fedesarrollo, el 57,4% de las adolescentes con hijos no tiene ningún tipo de afiliación a servicios de salud, frente al 33,72% de las adolescentes embarazadas que tampoco lo tienen (25).

Un estudio descriptivo realizado en la ESE Alejandro Próspero Reverand para medir la prevalencia de embarazos en adolescentes, a partir de las adolescentes a quienes se les atendió el parto en esta misma institución, reveló que en su gran mayoría, un 85% están vinculadas al régimen subsidiado de salud, y una menor proporción, con un 15% no tienen un sistema de salud definido, y se atienden como vinculadas. La vinculación a un régimen de salud, provee servicios a la madre, porque generalmente, ella está como dependiente de su propio núcleo familiar, caso en el cual el hijo, quedaría desprotegido, situación que no ocurre cuando la adolescente tiene una pareja que trabaja, o está afiliada al régimen de seguridad social en salud por ella misma y su hijo se convierte automáticamente en su beneficiario. Este mismo estudio mostró que un 82% de las adolescentes atendidas han realizado control prenatal (26).

Por otro lado, en el protocolo de atención integral a la adolescente embarazada menor de 15 años se menciona que “Las chicas suelen no asistir a control prenatal o lo hacen tardíamente debido al desconocimiento de los recursos disponibles, a la falta de aseguramiento en salud o al retardo en el diagnóstico del embarazo”. Se ha encontrado 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 (27).

Este mismo documento muestra en qué lugares las adolescentes son atendidas durante el parto, estando los datos de la siguiente manera: Establecimiento de salud: 95,7%, en la casa 6,9% y en otros lugares 0,2% (27).

3.4 Características Familiares

Funcionalidad Familiar

Se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se dan en cada familia, lo que les proporciona identidad propia. Es el proceso para llegar a la salud familiar a través de las metas: Espiritualidad, estabilidad, crecimiento, control familiar, y las dimensiones: Coherencia, individuación, mantenimiento y cambio del sistema familiar (28).

De la misma forma la Medicina familiar define a la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros (29).

Un estudio realizado en 364 adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad que acudieron a la consulta externa del servicio en la Ciudad de León Guanajuato, entre enero de 2001 y enero de 2002 encontró disfunción familiar moderada con un 27%, severa 6% y normalidad 67%, teniendo en cuenta que los aspectos en los que se encontraron mayor alteración fueron en el de crecimiento y afecto. Este estudio reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en los adolescentes. Analizado este estudio se identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto (30).

En otro estudio realizado a 50 gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Universitario “Ramón Pando Ferrer” del Municipio Santa Clara, de la Provincia Villa Clara, cuyo rango de edad osciló entre los 10-19 años en el período comprendido entre abril de 2008 hasta marzo de 2009 se encontró que predominó la variable familia disfuncional. Desglosados por etapas los resultados mostraron que en la etapa media el 4.0% correspondió a la funcional, el 8.0% a la moderadamente funcional, el 22.0% a la disfuncional y el 10.0% a la severamente disfuncional. La etapa tardía mostró mejores resultados: el 18.0% registró familia funcional, el 20.0% moderadamente funcional, el 12.0% disfuncional y el 6.0% severamente disfuncional; de forma general, en la población estudiada predominó la variable familia disfuncional, que representó el 34.0% (31).

Tipología familiar:

La tipología familiar de Amaya P. (2000) es dada por modalidades de composición así:

- ✓ Familia nuclear: “Constituida por ambos padres biológicos y los hijos, presencia de dos generaciones de consanguinidad”.
- ✓ Familia nuclear modificada: “comprende las familias donde solo está el padre o la madre (hijos de diferentes uniones)”.
- ✓ Familia nuclear reconstruida: Familia donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.
- ✓ Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres generaciones (Ambos abuelos, ambos padres, hijos y nietos).
- ✓ Familia extensa modificada: “Aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos (tíos, primos de los padres, sobrinos), o figura la generación de los abuelos y nietos con o sin la presencia de los padres.
- ✓ Pareja: Compuesta sólo por dos personas, que mantienen una relación de tipo conyugal, están casados o en unión libre. No hay presencia de hijos, padres u otros miembros ya sean consanguíneos o no. Puede ser un núcleo gestante. Familia atípica: No se enmarca en las anteriores. Pueden ser parejas o grupos con o sin lazos consanguíneos (32).

Un estudio realizado de madres adolescentes entre 12 y 20 años, primigestas o multigestas informo, que el número de integrantes de las familias varía entre dos y hasta 16 y el 62% pertenecen a familias nucleares (33).

El tamaño de la familia puede ser otra importante característica del comportamiento reproductivo de las madres que influya en el comportamiento reproductivo de las hijas a través de la socialización. Una de las más importantes razones que las hijas de madres adolescentes llegan a ser madres adolescentes es porque crecen en familias grandes con muchos hermanos (34).

Ciclo Vital Familiar

1. Parejas casadas sin hijos.
2. Familias con hijos pequeños (hijo mayor hasta 30 meses).
3. Familias con hijos preescolares (hijo mayor de 31 meses a 6 años).
4. Familias con hijos escolares (hijo mayor de 7 a 13 años).
5. Familias con hijos adolescentes (hijo mayor de 14 a 20 años).
6. Familias con centros de lanzamiento (desde el primer hijo dejando el hogar, hasta el último hijo que deja el hogar),
7. Familias en edad madura (desde el nido vacío hasta la edad de la pensión).
8. Familias que envejecen (desde la pensión hasta la muerte de uno o ambos esposos).⁵⁸

Este modelo es una herramienta para predecir lo que la familia experimentará en cada ciclo de su vida, la mayor debilidad que tiene este modelo es el hecho de haberse desarrollado en un momento de la historia en donde la familia nuclear tradicional era enfatizada de manera diferente a la tipología de la familia actual (35)

Ingreso Socioeconómico Familiar

En general, el ingreso del hogar se define como la suma de los ingresos de todos sus miembros y los que se captan de manera conjunta, tanto en efectivo como en especie (35).

En un estudio realizado a 396 adolescente primigestantes con edades entre 13 y 19 años, de cualquier edad gestacional, informo una fuerte asociación del embarazo en adolescentes con el nivel socioeconómico bajo $RM = 5.71$. El nivel socioeconómico, el hacinamiento y la escolaridad fueron los factores más fuertemente asociados con el embarazo en adolescente (36).

Otro estudio con madres adolescentes entre 12 y 20 años, primigestas o multigestas reportó, que las familias cuentan con un ingreso mensual promedio de \$1000.00, obtenido

en un 74% por el padre como único ingreso económico de la familia, en un 35% la madre trabaja fuera del hogar.(33)

Herencia de la maternidad adolescente

Del latín *haerentia*, la herencia, es el conjunto de los bienes, derechos y obligaciones que, cuando una persona muere, transmite a sus herederos o legatarios. Herencia es, por lo tanto, el derecho de heredar (recibir algo de una situación anterior). Otro uso del término herencia está vinculado a los rasgos culturales, sociales o económicos que influyen en un momento histórico y que tienen su origen en etapas previas. La herencia, también está compuesta por los rasgos morales, ideológicos o de otro tipo que, tras caracterizar a una persona, es posible advertirlos en sus descendientes (37).

La investigación sobre el embarazo adolescente se ha concentrado más sobre las complicaciones médicas durante el embarazo, las causas psicosociales y las consecuencias en la vida de las adolescentes, pero también es necesario llamar la atención sobre el rol que juega la familia, especialmente, la madre en el evento. El tiempo de tener un hijo puede ser una de las elecciones más primordiales que los individuos hacen, debido a las serias implicaciones que tiene para el bienestar material y psicológico tanto de los padres como de los hijos. La maternidad adolescente ha recibido gran atención consecuencia del embarazo adolescente en sí, sugiere que las políticas dirigidas a mejorar las circunstancias de los hijos nacidos de madres adolescentes serán también exitosas en reducir los resultados para los hijos. Una de las consecuencias asociadas con maternidad adolescente más conocida es que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa un ciclo de desventajas. La explicación del fenómeno puede deberse a diversos procesos tales como herencia biológica o genética, actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socioeconómicas (38.)

La socialización es un importante mecanismo que puede producir una asociación entre el comportamiento reproductivo entre madres y sus hijas. Las hijas de madres adolescentes pueden sostener actitudes, valores o preferencias que son favorables a la maternidad temprana y esto, porque reproducen los comportamientos de sus madres. Probablemente las madres que fueron madres adolescentes sean más favorables a mantener actitudes positivas hacia la maternidad adolescente y ellas transmiten estas actitudes a sus hijas a través del proceso de socialización (38).

El control social es otro mecanismo importante que puede explicar la transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente. La forma como las madres sean capaces de controlar los comportamientos relacionados con el pololeo y la actividad sexual de sus hijas, influye en cuan rápidamente ellas llegan a ser madres. Las madres jóvenes y particularmente las madres solteras son menos capaces de controlar los comportamientos de la adolescente por lo tanto las hijas están en más riesgo de comprometerse en comportamientos sexuales de riesgo y experimentar la maternidad adolescente. La separación de los padres es otro indicador de que las madres no sean capaces de supervisar adecuadamente el comportamiento sexual de las hijas (38.)

3.5 Conductas de riesgo en el embarazo

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser bio- psico-sociales. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia (39)

Según un estudio de la universidad autónoma de nuevo león de la facultad de enfermería subdirección de posgrado e investigación las Conducta de Riesgo, son las acciones que la adolescente realizó u omitió durante el embarazo y se consideran un factor de riesgo para el resultado del mismo (40)

El mismo estudio permitió conocer la prevalencia de los factores y conductas de riesgo en el embarazo de las adolescentes menores de 20 años, Los factores de mayor prevalencia en las adolescentes fueron patología obstétrica (60%), mayormente la infección de vías urinarias (16.6%), patología previa (34.4%), específicamente la anemia (15.6%); dentro de las conductas de riesgo que prevalecieron fueron el uso de ropa inadecuada (78.9%), no buscar información sobre el cuidado del embarazo (65.6%), no control de peso (61.4%), no evitar estados de estrés (53.4%), no caminatas o ejercicios favorables (43.9%), y la inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo (26.7%). también se puede observar que la prevalencia específica de parto distócico en presencia de baja escolaridad y de uso de ropa inadecuada es mayor que cuando no existen estos factores de riesgo. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia de parto distócico es 7 veces mayor en presencia de baja escolaridad y 1.4 veces mayor cuando existe uso de ropa inadecuada. Por otro lado se observa que la prevalencia específica de mortalidad neonatal es mayor en presencia de patología previa y cuando no se evitan estados de estrés. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia mortalidad neonatal es 3.2 veces mayor cuando existe patología previa y 3.0 veces mayor cuando no se evitan estados de estrés. Este estudio muestra que la prevalencia específica de aborto es mayor en presencia de inasistencia a control prenatal en el primer trimestre del embarazo y en presencia de patología previa. A través de la razón de prevalencia se puede observar que la prevalencia de aborto es seis veces mayor cuando existe inasistencia a control prenatal y 2.4 veces mayor cuando existe patología previa (40)

3.6 Morbilidad Materna

Morbilidad

Dato estadístico que sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. Además ayuda a comprender la evolución, avance y/o retroceso de un evento en salud, así como también las razones de surgimiento y las posibles soluciones (41).

Morbilidad Materna

Es toda complicación que pone en riesgo la vida de la enferma durante la gestación o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su manejo, con exclusión de las causas incidentales o accidentales.(42)

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado el embarazo adolescente como de mayor riesgo para la salud de la mujer y la de su hijo/a (con grandes probabilidades de presentar complicaciones y de morir durante el embarazo, parto o puerperio (43)

La morbilidad materna es principalmente dada por la inmadurez física, ya que esto la coloca en un mayor riesgo. Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-puerperio. Dentro de las cuales se encuentran (19 – 20): (14).

- ✓ La anemia micro citica hipo crónica: se distingue como una de las complicaciones más frecuente en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuye al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo.(14)
- ✓ La escasa ganancia de peso materno: el estado nutricional materno es un importante factor que incide sobre el crecimiento prenatal y el peso en el recién nacido; la gestante adolescente al estar creciendo y por no haber completado su madurez fisiológica, sus requerimientos nutricionales son mayores que los de la mujer adulta y estos, a su vez, compiten con las necesidades de obtener nutrientes para el crecimiento del feto. Se ha demostrado que la ganancia de peso durante el embarazo es un indicador importante para predecir la futura salud del recién nacido; si esta ganancia es escasa, es obvio que el neonato tendrá más vulnerabilidad a cualquier mortalidad que pueda presentarse.(14)
- ✓ La infección urinaria: es encontrada frecuentemente en el embarazo adolescente, la gran mayoría de los estudios la ubican entre los primeros lugares dentro de las complicaciones.(14)
- ✓ La leucorrea y las vulvovaginitis están entre las afecciones en las adolescentes; es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales, incluyendo las de transmisión sexual.(14)
- ✓ Los estados hipertensivos gestacionales: constituye la principal enfermedad propia de la gestación, sobre todo en los embarazos adolescentes ocurridos a menor edad. La pre eclampsia es más frecuente en las embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas; en el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se

involucra una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped; además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas. Este mecanismo común podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que se muestran en mayor frecuencia en las adolescentes: estados hipertensivos gestacionales, prematuridad y retardo de crecimiento intrauterino.(14)

- ✓ Amenaza de parto y parto pre término: A la prematuridad contribuyen una serie de condiciones presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones. Muchos autores encuentran a estas entidades como una de las problemáticas del embarazo en edades temprana, algunos lo ubican como la complicación más frecuente, sobre todo si la gestante es menor de 15 años y finalmente otros no hay diferencia con los grupos controles.(14)
- ✓ El trabajo de parto prolongado: Se asoció principalmente a distocias de posición, desproporción cefalopelvicas y dilatación estacionaria. Además la gestante adolescente constituyen un riesgo para que el nacimiento de los bebés se realice por inducción, ya que se plantea que al existir poco desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal es necesario que el parto se desencadene artificialmente si espontáneamente esto no ha ocurrido, máxime cuando el embarazo se produce cerca del comienzo de la menarquia.(14)

Complicaciones del puerperio: cabe mencionar que la anemia ocupó en primer lugar; luego se encuentra la endometritis que puede relacionarse con el elevado número diagnóstico de infección vaginal, pero también con la mayor frecuencia de desgarros genitales, anemia, y desnutrición, factores que crean un terreno propicio para las infecciones en la paciente obstétrica(14).

En Colombia, a pesar de tener un 93% de partos institucionales, la morbimortalidad materna y perinatal es alta, lo que lleva a pensar en problemas de calidad en la atención en salud. Se ha estimado que entre un 90 y 95% de las muertes maternas son potencialmente evitables. De hecho, la atención materna es un marcador de la calidad de la atención en el ámbito de la salud pública (44).

Aunque se han logrado importantes progresos en reducción de la mortalidad materna en zonas urbanas, en áreas rurales los registros indican que se está lejos de los objetivos, y de los resultados obtenidos en países industrializados (44).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo encaminado a identificar los factores y conductas de riesgo de las adolescentes embarazadas en la ciudad de Cartagena.

4.2 POBLACION DIANA

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad de la ciudad de Cartagena durante el año 2015.

4.4 MUESTRA: Se realizó el cálculo de muestra considerando un error de 4, un nivel de confianza del 95% y una prevalencia de 79%.

$$n = \frac{(p \times q) \times t^2}{E^2} \text{ Siendo } q = 1 - p; t = 1,96. = 304$$

$$N = 1.284$$

$$Z = 95\% (1,96)$$

$$P = 0,79$$

$$Q = p - 1 = 0,21$$

$$e = 4\% (0,04)$$

R= proporción por perdida

$$n(1/1-R) \quad \text{Tamaño muestral} \quad 337,793221$$

Obteniéndose un tamaño de muestra de 304 adolescentes a encuestar. Adicionándole un porcentaje de pérdida del 10% el tamaño de muestra definitivo es:

$$nA = n \cdot [1/1-R] \rightarrow nA = 304 [1/1-0.1] = 337$$

4.5 Método de Muestreo

Se realizará un muestreo bietápico; en la primera etapa se realizará un muestreo por conglomerados, a los cuales se les realizará una proporción para seleccionar cuantas Adolescentes embarazadas participarían de cada uno de las cinco unidades permanentes de atención (UPA) en donde se lleva a cabo el programa Maternidad Segura. En el siguiente cuadro (cuadro 1) aparece la forma como serán seleccionados las gestantes en cada institución.

Cuadro 1

Unidad permanente de Atención (UPA)	Número de Adolescentes inscritos en el programa	Fracción de muestreo %	Total de adolescentes a encuestar por UPA
UPA 1	518	40.2	136
UPA 2	278	21.7	73
UPA 3	203	15.6	53
UPA4	143	11.2	38
UPA 5	142	11.24	38
Total	1284	100%	338

En la segunda etapa, se aplicará un muestreo aleatorio simple, en donde realizará la elección al azar de los participantes en el estudio a medida que lleguen a ser atendidas en la institución.

Para la recolección de los datos se utilizará el “Cuestionario de factores y conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo” y el “APGAR familiar” y un cuestionario que indaga sobre las variables sociodemográficas y familiares.

4.3 POBLACION ACCESIBLE

Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad adscritas al programa Maternidad Segura de la E.S.E Hospital local Cartagena de Indias en la ciudad de Cartagena durante el año 2015.

4.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Demográficos y sociales:

- ❖ Edad: 10 a 19 años

Clínicos:

- ❖ Embarazadas

Geográficos:

- ❖ Vivir en el perímetro urbano de Cartagena

Criterios de exclusión:

- ❖ Que presente patologías previas al embarazo.
- ❖ Adolescentes cuyos tutores legales no firmen el consentimiento informado.
- ❖ Adolescentes que no deseen participar en el estudio.
- ❖ Adolescentes que presenten alteraciones mentales.

4.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
SOCIODEMOGRAFICAS	Características que podemos observar, codificar o cuantificar en los sujetos. Contribuyen a generar un resultado determinado en la población humana teniendo en cuenta su volumen, crecimiento y características en un momento dado.	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos 	Cuantitativa	Razón
		Nivel educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa 	Cualitativo	Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> • Técnico • Universidad incompleta • Universidad completa 		
		Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Estrato 1 • Estrato 2 • Estrato 3 	Cualitativo	Ordinal
		Ciclo vital individual	<p>Adolescencia temprana (10 a 13 años)</p> <p>Adolescencia Media (14 a 16 años)</p> <p>Adolescencia tardía (17 a 19 años)</p>	Cualitativo	Ordinal

		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Separada • Viuda • Unión libre 	Cualitativo	Nominal.
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleada • Trabajo independiente • Estudiante • Estudia y trabaja 	Cualitativo	Nominal.
		Acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Contributivo • Subsidiado • Vinculado 	Cualitativo	Nominal
SOCIOFAMILIARES	Son todas aquellas características observables que son propias de un grupo familiar y que cambian de acuerdo a cada familia.	Tipología familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Unipersonal • Familia Nuclear • Familia Extendida nuclear • Familia Mono parental. • Familia Compuesta 	Cualitativo	Nominal.

		Ciclo vital familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Formación de la pareja • Crianza inicial de los hijos • Familia con niños preescolares • Familia con niños escolares • Familia con hijos adolescentes. • Familia plataforma de lanzamiento. • Familia de edad media • Familia anciana • Viudez 	Cualitativo	Ordinal
		Funcionalidad familiar	<p>Buena función familiar</p> <p>Disfunción familiar leve</p> <p>Disfunción familiar</p>	Cualitativo	Ordinal

			moderada Disfunción familiar severa		
		Ingresos económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de un salario mínimo vigente • Entre 1 y 2 salarios mínimos vigentes. • Más de 2 salarios mínimos vigentes. 	Cuantitativo	Nominal
		Nivel educativo de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Illetrada • Primaria Incompleta • Primaria Completa 	Cualitativo	Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria Incompleta • Secundaria Completa • Técnico • Universidad Incompleta • Universidad Completa 		
		Ocupación de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleado • Trabajador Independiente • Desempleado 	Cualitativo	Nominal
		Estado civil de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Separado • Viudo • Unión libre 	Cualitativo	Nominal
		¿A qué edad tuvo la madre su primer hijo?	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 10 y 19 • Entre 20 y 30 • Entre 31 y 40 	Cuantitativo	Ordinal

<p>MORBILIDAD MATERNA</p>	<p>Es toda complicación que pone en riesgo la vida de la enferma durante la gestación o dentro de los 42 días posteriores al nacimiento, debido a cualquier etiología relacionada o agravada por el embarazo o como consecuencia de su manejo, con exclusión de las causas incidentales o accidentales</p>	<p>Trimestre de embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre. • Segundo trimestre. • Tercer trimestre. 	<p>cualitativo</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Alteraciones durante la gestación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Infección Urinaria. • Sangrado transvaginal (amenaza de aborto) • Infecciones ginecológicas • Estados hipertensivos gestacionales. 	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional. • Otra 		
FACTORES DE RIESGO	Riesgo Alteración o fenómeno que aumenta la probabilidad de una pérdida derivada de algún peligro que pueda producir una lesión o enfermedad. (18)	Edad de inicio de su vida sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • 10-13 años • 14-16 años • 17-19 años 	Cuantitativo	Intervalo
		Edad a la que tuvo su primer embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • 10-13 años • 14-16 años • 17-19 años 	Cuantitativo	Intervalo
		Número de embarazos que ha tenido.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno. • Dos • Tres. • Cuatro o más 	Cuantitativo	Ordinal
		Patologías asociadas en embarazos anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> • Infección Urinaria • Anemia 	Cualitativo	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones vaginales • Estados hipertensivos gestacionales • Infecciones (ITS) • Sangrado transvaginal (amenaza de aborto) • Diabetes gestacional. • Escasa ganancia de peso. • Otra. 		
		Antes de embarazarse tenía alguna de las siguientes enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición • Del pulmón • De la presión • Anemia • Ninguna • Otra (especifique) 	Cualitativo	Nominal

		Dónde atendió su parto.	<ul style="list-style-type: none"> • En hospital /clínica • En consultorio particular • En el hogar 	Cualitativo	Nominal
		Tipo de parto que tuvo.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal sin problemas • Vaginal instrumentado • Cesárea 	Cualitativo	Nominal
		Peso en Kg. de su hijo(a) al nacer.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 2.5 Kg • De 2.5 Kg a 3.75 Kg • Mayor de 3.75Kg 	Cuantitativo	Ordinal

		Ha tenido embarazos interrumpidos (abortos)	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Uno • Dos • Tres • Cuatro o más. 	Cuantitativo	Ordinal
CONDUCTAS DE RIESGO	Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser bio- psico- sociales. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia (39)	Asistencia a controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No Aplica • ¿Asistió a consulta de control prenatal durante los tres primeros meses? • ¿Asistió a consulta de control prenatal durante el 5to y 6to mes? • ¿Asistió a consulta de control 	Cuantitativo	Ordinal.

			<p> prenatal durante el 7mo mes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Asistió a consulta de control prenatal durante el 7mo mes? • ¿Asistió a consulta de control prenatal durante el 8vo mes? • ¿Asistió a consulta de control prenatal entre las 2 últimas semanas del embarazo?. 		
		Cuidar de su peso durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal
		Fumar durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal

		Consumo de Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces 	Cualitativo	Nominal
		Cuida de su alimentación durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal
		Evita la Automedicación durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal
		Suplementos vitamínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces 	Cualitativo	Nominal
		Procuro estar relajada o estresada durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces 	Cualitativo	Nominal
		Sigue las indicaciones y recomendaciones del médico y la enfermera, durante el control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces 	Cualitativo	Nominal
		Busca información por	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal

		su propia cuenta sobre el desarrollo del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas Veces 		
		Evita viajes o ejercicios bruscos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal
		Realiza caminata o ejercicios respiratorios que ayudan al embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces 	Cualitativo	Nominal
		¿Cuándo se dio cuenta que estabas en embarazo busco atención medica inmediatamente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal
		¿Siguió utilizando ropa ajustada y tacones altos durante el embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Algunas Veces 	Cualitativo	Nominal

4.6 INSTRUMENTOS.

Cuestionario características familiares de las adolescentes gestantes. (Anexo 1)

Este cuestionario fue elaborado por el grupo de investigación, de acuerdo a los intereses del mismo; El cual está compuesto por 11 ítems, dentro de los cuales se encuentran quien es el jefe del hogar, como está constituida la familia, el nivel educativo y ocupación de los padres, entre otras; A partir de los cuales se determinara el ciclo vital y la tipología familiar.

APGAR familiar (Anexo 4)

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor, estas cinco funciones son: Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. (45)

Un atractivo adicional de esta escala es que también funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Ello permite al profesional de salud asimilar mejor los contenidos propuestos, recordando mejor la función familiar a la que cada pregunta del test hace referencia. (45)

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado. (45)

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades. (45)

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común. (45)

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, particularmente cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la auto-administración. (45)

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra el respectivo formato. (45)

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. (45)

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, alcanzando los 20 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca

1: Casi nunca

2: Algunas veces

3. Casi siempre

4: Siempre

Luego se procede a sumar todos los resultados y se divide entre el número de personas que respondieron el cuestionario; la interpretación se dará de la siguiente manera:

Escala de calificación de la funcionalidad familiar de acuerdo al APGAR familiar. (45)

FUNCIÓN	PUNTAJE
Buena función familiar	18 - 20
Disfunción familiar leve	14 - 17
Disfunción familiar moderada	10 - 13
Disfunción familiar severa	9 o menos

Cuestionario de factores y conductas de riesgo en adolescentes (Anexo 5)

Para evaluar la morbilidad se utilizará el Cuestionario de Factores y Conductas de Riesgo en Adolescentes Durante su Embarazo (CFYCRDE) con un total de 42 reactivos; 22 reactivos que corresponden a los factores de riesgo presentes durante el embarazo como son años cumplidos, años de escolaridad, ingreso económico mensual, número de personas que dependen del ingreso, inicio de vida sexual, edad del primer embarazo, número de embarazos, duración del último embarazo y peso al nacer del producto del último embarazo. (40)

A través de categorías se identificaron el estado marital, estado civil, ocupación, dependencia económica, patología previa y durante el embarazo, entre otros. . (40)

Los restantes 20 reactivos valoran las conductas de riesgo presentes durante el embarazo en la adolescente; en donde los primeros cinco reactivos corresponden a la conducta de asistencia a control prenatal y son de tipo dicotómico y los últimos 15 reactivos valoran con respuestas (sí, no y algunas veces), conductas como vigilancia del peso, consumo de tabaco y alcohol, cuidado en la alimentación, automedicación, uso de prendas ajustadas, etc. (40)

4.9 Aspectos éticos

El desarrollo de este estudio se basa en la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, el cual se refiere a las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud”, especialmente a lo concerniente al Artículo 5, donde se especifica que “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”. Además, se basa también en el Artículo 6 el cual informa que se “contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación”; dando cumplimiento a éste, se realiza la lectura y explicación del respectivo consentimiento ya sea a las adolescentes cuando son mayores de edad, o a los respectivos padres cuando esta sea menor de edad, con el consentimiento requerido, posteriormente firmado por cada uno de ellas. Según el Artículo 11, la investigación se clasifica en categoría A. Investigación sin riesgos, ya que no se efectúa ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

4.10 Procedimiento para recolección de la información

Antes de aplicar los instrumentos se le solicitará permiso a las directivas de la institución e igualmente los entrevistados deberán firmar el consentimiento informado y cuando este sea menor de edad se le solicitará valoración psicológica que determine su nivel cognitivo y la firma de su tutor legal, de no contar con ello se remplazará dentro del estudio hasta que se cuenten con las condiciones contempladas en la resolución 08430/1993. Las encuestas serán aplicadas por el grupo investigador en los horarios establecidos por la institución.

4.11 Análisis estadístico

Los datos serán almacenados y analizados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel Windows 13 del cual se obtendrán tablas y gráficas, así como los diferentes estadísticos tales como medidas de tendencia central, desviaciones estándar y frecuencias absolutas y relativas.

4.12 Resultados esperados

Con la realización de la presente investigación, se establecerán los factores y conductas de riesgo para la salud de las adolescentes embarazadas que asisten a una institución materna de la ciudad de Cartagena; lo cual permitirá a las directivas de la institución y a su personal

médico utilizar esta información para ofrecer un mejor cuidado, encaminado a la prevención de estas complicaciones.

4.13 Divulgación de la información

Los resultados arrojados por este estudio, serán entregados a la institución encargada de velar por el cuidado de las adolescentes embarazadas, de igual manera estos resultados se darán a conocer en el desarrollo de congresos y con la publicación de un artículo en una revista indexada de circulación nacional o internacional.

4.14 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES “FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE CARTAGENA – COLOMBIA; 2015”

AÑO	2012	2013				2014	2015			
Periodo	4T	1T	2T	3T	4T		1T	2T	3T	4T
Actividad										
Elaboración del proyecto										
Presentación de anteproyecto ante el comité										
Prueba piloto										
Recolección y análisis de la información										
Segunda Presentación ante el comité										
Presentación del informe final										

4.15 Presupuesto 2013 - 2015

FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Se realizará con recursos propios del grupo de investigadores

RUBROS	JUSTIFICACIÓN	CONTRAPARTIDA	TOTAL
Materiales	Insumos para papelería e impresión	\$ 500.000	\$ 500.000
Salida de campo	Transporte y refrigerio de los estudiantes que recolectaran la información.	\$ 300.000	\$ 300.000
Material bibliográfico	Compra de artículos científicos como soporte al proyecto.	\$ 200.000	\$ 400.000
Publicaciones	Traducción a diversos idiomas de los artículos científicos productos de la investigación.	\$ 200.000	\$ 200.000
TOTAL			\$ 1.200.000

PERSONAL

TIPO DE PERSONAL	NOMBRE	JUSTIFICACIÓN	CONTRAPARTIDA
Investigador principal	Carmen Elena Díaz Montes	Diseño, análisis, elaboración del informe	\$ 2.500.000
Coinvestigador	Yina Barón	Diseño del estudio, aplicación del instrumento y validación	\$ 300.000
Coinvestigador	Nayris Cárdenas	Diseño del estudio, aplicación del instrumento y validación	\$ 300.000
Coinvestigador	Gladys Fuentes	Diseño del estudio, aplicación del instrumento y validación	\$ 300.000
Coinvestigador	María Lora	Diseño del estudio, aplicación del instrumento y validación	\$ 300.000
Coinvestigador	Xenia Suárez	Diseño del estudio, aplicación del instrumento y validación	\$ 300.000
TOTAL			\$ 4.000.000

Total rubros	\$ 1.200.000
Total personal	\$ 4.000.000
TOTAL	\$ 5.200.000

9. BIBLIOGRAFIA

1. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista colombiana de enfermería [en línea] 2007 [consultado: 08- 08- 2012]; (7): 151-160. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf,
2. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Disponible en:http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=60. Consultado: (08-08-2012)
3. Cartagena pondrá en marcha estrategias para reducir embarazos en adolescentes. El Heraldo 2012 Agosto 1; Sec Región. Disponible en: <http://www.elheraldo.co/region/cartagena-pondra-en-marcha-estrategias-para-reducir-embarazos-en-adolescentes-76978>
4. Cabezas E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Citado por Nolzco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev de posgrado de la VI cátedra de medicina [en línea] 2006 [consultado 15-08-2012]; 156: 13-18. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm
5. Unfer V, Piazzè Gar nica J, Di Benedetto MR, Castabile L, Gallo G, Anceschi MM. Pregnancy in adolescents. Citado por Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Rev Colomb Obstet Ginecol [en línea] 2005 [Consultado 15-08-2012]; 56(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342005000300004&script=sci_arttext
6. Barrios J, Ramos A. Adolescencia y embarazo: Aspectos perinatales y socioeconómicos. Hospital de Maternidad Rafael Calvo C. Cartagena Colombia. RevColombObstetGinecol [en línea] 1993 [consultado 11-08-2012]; 44(2): 101- 6. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=293129&indexSearch=ID>
7. Arrieta J, Ramos E, Murillo M, Mercado K, Silgado O, Velásquez K, et al. Prevalencia de embarazos en adolescentes escolares en la ciudad de Cartagena. Febrero a junio de 2010. Rev.cienc.biomed.[En línea] 2010 [consultado 23-08-2012]; 1(2).Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/Biomedicas/Biomedicavol10210/Prevalenciadeembarazos.htm>
8. Amaya P. Familias de ancianos y escolares del sector de La Estrella, Ciudad Bolívar (fase diagnóstica). Citado por Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes, Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichan, unisabana. [En línea] 2009 [consultado 15-08-2012]; 3 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/issue/archive>

9. Amaya P. Measuring family health perception of poor pregnancy women in Bogotá. Citado por Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes, Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichan, unisabana. [En línea] 2009 [consultado 15-08-2012]; 3 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/issue/archive>
10. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes, Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Aquichan, unisabana. [En línea] 2009 [consultado 15-08-2012]; 3 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/issue/archive>
11. Díaz A, Sanhueza R, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Citado por Nolazco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev de posgrado de la VI cátedra de medicina [en línea] 2006 [consultado 11-08-2012]; 156: 13-18. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm
12. Camejo R. La adolescencia y sus etapas. [En línea]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>. Consultado: El 16 de septiembre de 2013.
13. Gutiérrez M. Hemorragias en el embarazo. RevPeRGinecolobstet. [En línea] 2010 [Consultado: 23-08- 2012]; 56(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a02v56n1.pdf
14. Nolazco M, Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev de posgrado de la VI cátedra de medicina [en línea] 2006 [consultado 15-08-2012]; 156: 13-18. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm
15. Zambrano N. Causas de desnutrición en las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta externa del hospital “José Garcés Rodríguez”, Cantón salinas, provincia de Santa Elena 2011-2012. La libertad, 2012. Trabajo de grado (Licenciado en enfermería) Universidad estatal península de Santa Elena. Facultad de ciencias sociales y de la salud, Escuela de ciencias de la salud carrera de enfermería. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/880/1/ZAMBRANO%20REYES%20NELLY.pdf>
16. Rodríguez J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Editorial: Noviembre de 2008. Disponible en: http://www.oj.org/file_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf
17. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2010. Citado por Fundación unimedicos. Embarazo en adolescentes. (http://www.unimedicos.com/sitio/contenidos_mo.php?it=998 Consultado 23-08- 2012).
18. Douglas M, Anderson M, Keith J. Diccionario Mosby medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6° ed. España: Elsevierimprimit; 2003

19. Colombia. Senado de la República de Colombia. Decreto 1260 de julio 27 de 1970, del estado civil de las personas. Diario Oficial No. 33.118 del 5 de agosto de 1970.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1970/decreto_1260_1970.html
20. Salazar A, Acosta M, Lozano N, Quintero M. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. Persona y Bioética [en línea] 2009 [consultado 24 abril de 2013]; Disponible en:
<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/968/1309>
21. Díaz S, González F, Martínez I, Medina D, Muentes O. Prevalencia de embarazo no planificado en estudiantes universitarios: Adolescentes y adultos jóvenes del área de la salud de la universidad de Cartagena y su relación con el conocimiento de los métodos de planificación familiar. Trabajo de grado (odontólogo(a)). Universidad de Cartagena. Facultad de odontología. Disponible en:
https://www.unicartagena.edu.co/odontologia/Prevalencia_de_embarazo_no_planificado_en_estudiantes_universitarios.pdf.
22. Echeverry C, Grajales C. Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales durante febrero a julio de 2003. [trabajo de investigación]. Manizales: Universidad de Caldas; 2003. Disponible en:
<http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio%20Web%20ObGyn/Proyecto%20Investigacion%20madre%20adolescente.htm>
23. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Universidad autónoma de Barcelona. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès); 2010. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>
24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Manual de Conceptos Básicos y de Recolección. Gran encuesta integrada de hogares I trimestre. (http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Manual_Recoleccion_GEH.pdf. Consultado 24-04-2012)
25. Carrillo U. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Rev. Cienc. Salud. 2007 [consultado 05-09-2012]; 5 (2): Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732007000200008
26. Contreras J. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E. Bogotá, 2009. Trabajo de grado (magister en salud pública). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Disponible en
<http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf> pág. 24.

27. Moreno D. Atención integral de la adolescente menor de 15 años embarazada. En XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría. Cartagena: ALAPE 14-18 de noviembre de 2012. p 1- 52
28. Martínez C, García A. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. Revista Universidad Nacional 2009 [consultado 5 de septiembre de 2012]; 29 (1). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35856/37065>
29. Land H. Funcionalidad familiar. (<http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/search/label/Familia>. Consultado 15 de agosto de 2013)
30. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada Rev. Medí. Familiar. [en línea] 2004 [15 de agosto de 2013]; 47 (1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un041g.pdf>
31. Espín R, León C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Acta Médica del Centro, [en línea] 2010 [consultado 15 de agosto de 2013]; 4 (2). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm
32. Amaya P. Conceptualización de familia. Citado por Betancourt L. Riesgo familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna, Villamaría, Caldas, Colombia. Tesis (Maestría en Enfermería) Enfermería universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Manizales, d.c. 2011, [consultado 07-04-2015]; Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/5418/1/dianapaolabetancurthloaiza.2011.pdf>.
33. Gutiérrez T, Pascacio E, De la Cruz A, Carrasco E. Situación socio familiar y nivel de autoestima de la madre adolescente. Rev Enferm IMSS [en línea] 2002 [consultado 5 de agosto de 2013]; 10 (1): 21-25. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/2002/1_21-25.pdf.
34. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. chil. obstet. Ginecol [en línea] 2007. [consultado 10 de septiembre de 2012]; 7(6) .Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004
35. Robles M. Determinación del ingreso familiar. Encuesta integrada de hogares 1997 – 1998.paraguay. (<http://www.eclac.cl/deype/mecovi/docs/TALLER13/17.pdf>. Consultado 31 de agosto de 2013)
36. Carreón J, Mendoza H, Pérez C, Gil I, Soler E, González R. Factores socioeconómicos asociados al Embarazo en adolescentes. Revista Medicina Familiar [en línea] 2004 [consultado 10 de mayo de 2013]; 6 (3): p 1-5.

- Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>
37. Acevedo Alarid JA. La herencia para Guanajuato en el 2012. (<http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/9024858>. Consultado 23 de abril de 2013)
 38. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. chil. obstet. Ginecol [en línea] 2007 [Consultado: 23 de abril 2013]; 72(6). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004
 39. Corona F, Peralta E. prevención de conductas de riesgo. REV. MED. CLIN. CONDES [en línea] 2011 [3 de septiembre de 2013]; 22 (1): 68 - 75. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/8_Dra_Corona-10.pdf
 40. Larios A. Prevalencia de factores y conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes. Nuevo León, 2002. Trabajo de grado (Magister en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Consultado el 30 de mayo de 2013.
 41. Ortiz L. Perfil Epidemiológico de la Población. Citado por Sanunga Silva L. análisis del consumo de medicamentos en el área de emergencia del hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román-Riobamba. Riobamba. Trabajo de grado (Químico Farmacéutico(a)). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de ciencias. Escuela de Bioquímica y Farmacia. Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/733/1/56T00251.pdf>.
 42. Mal vino E. Morbilidad Materna Aguda Severa (near miss). Disponible en: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/RECOPILA_morbilidad.pdf. Fecha de acceso: 3 de septiembre de 2013
 43. Comité Ejecutivo Nacional Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza Lima. Grupo de trabajo para la prevención del embarazo adolescente seguimiento concertado. Disponible en http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01634.06.12.pdf.
 44. Stephens IA. ICU admissions from an obstetrical hospital. Canadian Journal of Anaesthesia 1991; 38:677–681. Citado por Mariño C, Vargas D. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el instituto materno infantil – hospital la victoria. Bogotá, 2010 trabajo de grado (especialista en obstetricia y ginecología) Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/2519/1/597843.2010.pdf>.
 45. Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA, 2006. [30 de mayo de 2013]; 1(1):48 – 57. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>

ANEXOS

10. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO: CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES

1. Jefe del hogar:
- a. Padre
 - b. Madre
 - c. Abuelos
 - d. Hermano mayor
 - e. Tío (a)
 - f. Pareja
 - g. Otros
3. Ciclo vital familiar _____
4. Tipología Familiar _____
5. Trimestre de embarazo _____

2. Integrantes de la familia.

Integrante	Edad	Parentesco

6. Nivel socioeconómico _____

7. Régimen de salud: Contributivo ____ Subsidiado ____ vinculado ____

8. Nivel educativo de los padres

Padre _____ Madre _____

9. Ocupación de los padres

Padre _____ Madre _____

10. Estado civil de los padres

Padre _____ Madre _____

11. ¿A qué edad tuvo su madre el primer hijo?

Anexo 2

Consentimiento informado a mujeres embarazadas mayores de edad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ afirmo que he sido informado por los y las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena acerca de la investigación **FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE CARTAGENA – COLOMBIA; 2013**, (estrategia que brinda apoyo a la población adolescente gestante con riesgo de enfermar); autorizo mi participación en dicha investigación y en todas las actividades realizadas en esta. Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí y los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida privacidad y solo serán usados con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación de los instrumentos renunciar de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí en la atención brindada a mí y a mi hijo en los servicios de salud.

El investigador responsable de la investigación es: Carmen Elena Díaz Montes CC: 45.508.796. Cualquier inquietud solicitar información en: 6698181 de la facultad de Enfermería.

FIRMA Y C.C

Firma de investigador principal _____

Investigador responsable: Carmen Elena Díaz Montes

Consentimiento Informado Para Embarazadas Menores De Edad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con C.C
N° _____ firmando abajo y habiendo recibido toda la información sobre
la finalidad del trabajo a realizar, consciente y conocedor de mis derechos y de los de mi
hija y/o mi representada, relacionados en este documento y en calidad de representante
legal, ESTOY DE ACUERDO EN QUE MI HIJA Y/O
REPRESENTADA _____ identificado

con T.I N° o R.C. _____, participe en la investigación
desarrollada por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Cartagena:
**FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE CARTAGENA – COLOMBIA;
2013**, (estrategia que brinda apoyo a la población adolescente gestante con riesgo de
enfermar).

COMPRENDO QUE

ESTE ESTUDIO NO IMPLICA NINGÚN TIPO DE RIESGO PARA MÍ HIJA Y EL Ó
LA BEBE ASI COMO:

1. Se le garantiza al adolescente participante y a su representante legal, recibir
respuestas a cualquier pregunta, duda o aclaración, con respecto a, los procedimientos,
riesgos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la cual se está
participan.
2. Se le asegura plenamente que no serán identificados, y que se mantendrá el carácter
confidencial de la información relacionada con las declaraciones.
3. En el evento en que existan gastos adicionales, la participante NO incurrirá en las
mismas, ya que estos serán asumidos por el presupuesto de la investigación
4. Se le proporcionara información actualizada durante y después del proceso
investigativo, en relación con la temática del mismo.
5. La o el adolescente participante y su representante legal, son conscientes y tienen el
conocimiento que los resultados podrían ser utilizados en publicaciones y/o estudios
futuros.

Hago constar que Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y DESEO Y
AUTORIZO A MI HIJA a que participe en el desarrollo de esta investigación de forma
VOLUNTARIA.

Cartagena Bolívar. _____ de 2013

Firma del Representante Legal Firma menor de edad Participante

Firma de investigador principal _____

Investigador responsable: Carmen Díaz.

Anexo 4

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia) <ul style="list-style-type: none"> • El tiempo de estar juntos) • Los espacios en la 					

casa) • El dinero					
----------------------	--	--	--	--	--

Anexo 5

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DURANTE SU EMBARAZO

I. FACTORES DE RIESGO

1. Años cumplidos.

2. Estado marital

1. Con pareja

2. Sin pareja

3. Estado civil -----

4. Años de escolaridad.

5. Ocupación.

1. Ama de casa

2. Empleada

3. Estudiante

4. Estudia y trabaja

5 Otro (especificar)

6. ¿De quién depende usted económicamente?

1. De sus padres

2. De su pareja

3 De Usted misma

4.Otro (especifique)

7. Ingreso mensual familiar, (salarios mínimos)

8. Número de personas que dependen del ingreso familiar.

(Pregunte en forma sencilla y anote la respuesta en el lugar correspondiente cuidando No dejar espacios en blanco, ya que no existen respuestas buenas o malas).

9. ¿A qué edad inició su vida sexual?

10. ¿A qué edad se embarazó por primera vez?

11. ¿Antes de embarazarse tenía alguna de las siguientes enfermedades?

1. Desnutrición

2. Del pulmón
 3. De la presión
 4. Anemia
 5. Ninguna
 6. Otra (especifique)
12. ¿Cuántos embarazos ha tenido (considerando el actual)?
13. ¿Cuántos meses duró su último embarazo?
14. ¿Dónde atendió su parto?
1. En hospital /clínica
 2. En consultorio particular
 3. En el hogar
15. ¿Qué tipo de parto tuvo?
1. Vaginal sin problemas
 2. Vaginal instrumentado
 3. Cesárea
16. Procedimientos utilizados durante el parto.
1. Se usaron fórceps
 2. ¿Le pusieron puntos en su vagina?
 3. Le acomodaron a su bebé para que pudiera nacer
 4. Otros (especifique)
17. ¿Tuvo alguna infección ginecológica antes de su embarazo?
1. Sí.
 2. No
 3. No sabe
18. ¿Tuvo alguna enfermedad (gineco-obstétrica) durante ese embarazo?
1. No
 2. Sangrado transvaginal (amenaza de aborto)
 3. Anemia
 4. Diabetes.

5. Infecciones (ITS)

6. Hipertensión

7 Otra (especifique)

19. ¿Cuánto pesó en Kg. su hijo(a) al nacer?

20. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

1. Ninguno

2. Uno

3. Dos

4. Tres

5. Cuatro o más.

21. ¿Cuántos embarazos interrumpidos (abortos)?

1. Ninguno

2. Uno

3. Dos

4. Tres

5. Cuatro o más.

22. ¿Número de hijos que fallecieron en el primer año de vida?

1. Ninguno

2. Uno

3. Dos

4. Tres

5. Cuatro o más.

II. CONDUCTAS DE RIESGO

(Marque con una "X" la respuesta que haya elegido la entrevistada)

PREGUNTA	RESPUESTAS		
1 ¿Asistió a consulta de control prenatal durante los primeros 3 meses de su embarazo en alguna	SI	NO	ALGUNAS VECES

unidad médica?			
2. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre 5 y 6 meses?			
3. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre el séptimo mes?			
4. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre el octavo mes?			
5. ¿Asistió a consulta de control prenatal entre las dos semanas antes del nacimiento del bebé?			
6. ¿Cuidó que su peso al final del embarazo estuviera alrededor de los 12 kilos?			
7. ¿Evitó fumar durante el embarazo?			
8. ¿Evitó consumir alcohol durante el embarazo?			
9. ¿Cuidó de que su alimentación tuviera carne (pollo, pescado, res), cereal (frijol, arroz, habas), leche y huevo durante el embarazo?			
10. ¿Evitó tomar la automedicación?			
11. ¿Tomó los complementos vitamínicos o hierro durante el embarazo?			
12. ¿Evitó el uso o contacto de sustancias que pudieran afectar el embarazo? (cloro, ácido muriático, tener, etc.)			
13. ¿Procuró estar relajada y tranquila evitando situaciones de estrés durante su embarazo?			
14. ¿Siguió todas las indicaciones y recomendaciones por el médico y la enfermera, como acudir a realizarse los exámenes de laboratorio, vacunas y cuidado dental?			
15. ¿Buscó información por su propia cuenta sobre el desarrollo y			

cuidados del embarazo?			
16. ¿Evitó viajes o ejercicios bruscos que pusieran en riesgo la vida de su hijo?			
17. ¿Realizó caminatas o ejercicios respiratorios que ayudaran al desarrollo del embarazo?			
18. ¿Usted hizo preparativos para recibir su bebé en casa por ejemplo: le consiguió ropa, pañales, y un espacio, le buscó nombre.			
19. ¿Cuándo sospechó o se dio cuenta que estaba embarazada buscó atención médica?			
20. ¿Siguió utilizando prendas ajustadas y zapato alto durante su embarazo?			