

FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS INSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE  
LA E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS; CARTAGENA-  
COLOMBIA; 2015

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

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CARTAGENA  
2015

FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS INSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE  
LA E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS; CARTAGENA-  
COLOMBIA; 2015

INVESTIGADOR

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

Trabajo de investigación para optar el título de Enfermera (o)

ASESOR

CARMEN ELENA DIAZ MONTES  
Especialista en Salud Familiar  
Magister en Educación con Énfasis en Administración de Instituciones Educativas

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CARTAGENA  
2015

## TABLA DE CONTENIDO

<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE ANEXOS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>8</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>17</b>
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>7. DISCUSION .....</b>	<b>38</b>
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>47</b>
<b>9. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>10. AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>49</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>50</b>
<b>12. ANEXOS</b> <b>.....</b>	<b>58</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Ciclo vital individual de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias – Colombia 2015.....	68
Tabla 2. Ocupación de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias – Colombia 2015.....	68
Tabla 3. Régimen de salud de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	68
Tabla 4. Estado civil de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	69
Tabla 5. Escolaridad de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	69
Tabla 6. Nivel socioeconómico de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	69
Tabla 7. Trimestre de embarazo en el que se encontraban las adolescentes adscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	70
Tabla 8. Número de embarazos que han tenido las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	70
Tabla 9. Número de embarazos interrumpidos por las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015	70

Tabla 10. Enfermedades que padecían antes del embarazo las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias – Colombia 2015.....	71
Tabla 11. Enfermedades gineco-obstetricas que padecían durante el embarazo las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias – Colombia 2015.....	71
Tabla 12. Jefe del hogar en las familias de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	71
Tabla 13. Tipología familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	72
Tabla 14. Ciclo vital familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	72
Tabla 15. Funcionalidad familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	72
Tabla 16. Edad a la que tuvieron su primer hijo las madres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias – Colombia 2015.....	73
Tabla 17. Nivel educativo de las madres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	73
Tabla 18. Nivel educativo de los padres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	73
Tabla 19. Ocupación de las madres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	74
Tabla 20. Ocupación de los padres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia	

2015.....	75
Tabla 21. Estado civil de los padres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias-Colombia 2015.....	75
Tabla 22. Ingreso mensual familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	75
Tabla 23. Dependencia económica de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	76
Tabla 24. Conductas de riesgo para la salud de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.....	76
Tabla 25. Prevalencia de conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias Colombia 2015.....	78

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1:	
Consentimiento informado para mujeres embarazadas mayores de edad	59
ANEXO 2:	
Asentimiento informado para embarazadas menores de edad	60
ANEXO 3:	
Cuestionario: Características familiares de las adolescentes gestantes	61
ANEXO 4:	
Cuestionario: APGAR familiar	62
ANEXO 5:	
Cuestionario de factores y conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo	63
ANEXO 6:	
Tablas	68

## RESUMEN

**Introducción:** Una de las problemáticas que han afectado y siguen afectando la adolescencia a nivel mundial, es el embarazo a temprana edad, debido a la inmadurez en la que se encuentra la gestante y a las distintas condiciones sociales, familiares y económicas; por esta razón se hace necesario buscar soluciones para dicho evento, a través de la intervención sobre la población 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.

**Objetivo:** Describir los factores y conductas de riesgo que favorecen la morbilidad de las adolescentes embarazadas inscritas al programa Maternidad Segura en Cartagena de Indias.

**Metodología:** Estudio descriptivo, con una población 1284 adolescentes inscritas al programa Maternidad Segura en Cartagena; distribuidas en cinco Unidades permanentes de atención (UPAS); la muestra fue de 338 adolescentes gestantes; con un nivel de confianza 95% y error del 4%.

Para la recolección de los datos se utilizó el “Cuestionario de factores y conductas de riesgo en adolescentes durante el embarazo”, el “APGAR familiar” y un cuestionario sobre variables sociodemográficas y familiares. El análisis de la información se realizó utilizando Microsoft Excel Windows 13, mediante medidas de tendencia central, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** El promedio de edad entre las gestantes fue de 17 años, entre los factores de riesgos encontrados tenemos que, iniciaron vida sexual a los 15,4 años en promedio, un 65,6% eran amas de casa, un 79,1 % tenían pareja, nivel educativo con secundaria incompleta en un 56,6 %, pertenecientes a familias que presentaban algún nivel de disfuncionalidad, padres con bajo nivel educativo y separados. Las conductas de riesgos más prevalentes fueron no buscar información sobre los cuidados del embarazo, no realización de ejercicios y asistencia tardía al control prenatal.

**Conclusiones:** Entre los factores sociodemográficos y familiares de las adolescentes encuestadas, se encontró que la mayoría eran amas de casa, con secundaria incompleta y pertenecientes a un bajo nivel socioeconómico. Dichas adolescentes en su mayoría tienen pareja, sin embargo, se encontró un porcentaje significativo solteras que no cuentan con apoyo de una pareja. La mayoría proviene de familias cuyos padres son separados y con un bajo nivel educativo, con algún nivel de disfunción familiar, y son hijas de madres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia.

En cuanto a los factores de riesgo biológicos se observó que en su mayoría iniciaron su vida sexual a los 15,4 años de edad, embarazándose por primera vez a los 16,7 años, en su



mayoría se encontraban cursando su primera gestación, sin embargo un porcentaje importante manifestó haber interrumpido embarazos anteriores. Las enfermedades gineco obstétricas más frecuentes en la muestra estudiada fue la anemia, rescatando que la gran mayoría de las adolescentes manifestó no presentar ninguna alteración.

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

### **Abstract**

**Introduction:** One of the issues that have affected and still affect youngsters worldwide, is pregnancy at early age, due to how immature girls are, besides other different social, family and economic conditions; for this reason is it necessary to find solutions for this matter, through intervening the pregnant population, with the target of diminishing diseases or dead risks, taking into consideration all the complications and issues that pregnancy comes with.

**Objectives:** Describe matter and risk behavioral facts that enhance morbidity among pregnant youngsters who attend the E.S.E Hospital Local de Cartagena's "Maternidad Segura" program.

**Methodology:** Descriptive study, with a population 1,284 adolescents assigned to the Safe Motherhood Program in Cartagena; Distributed bathroom five Permanent Care Units (UPAS); the sample consisted of 338 pregnant adolescents; with a confidence level of 95% and 4% error.

For data collection it was used "risk behavior factor questionnaire" during pregnancy, "APGAR FAMILIAR" and another questionnaire that seeks about socio-demographic-family variables. The data analysis was made using Microsoft Excel Windows 13, through central trend measures, standard diversion, absolute/relative frequency:

It was obtained information about social/demographic/family features of teenagers pregnant, as well as the most outstanding behavior risk and factors in this group, finding most of the pregnant girls were 17 years old, beginning sexual life around 15,4 years average, a 65.6% were housewives, a 79.1% had a husband, education level (high school non-completed) by a 56.6%, belonging to families with some kind of malfunction, parents with a low educational level or divorced. Among those teenagers, the most usual risk behavior, it was discovered "not seeking for info about pregnancy controls", lack of exercise (to help with proper pregnancy development) and late attendance to medical/prenatal controls.

**Conclusions:** Between sociodemographic factors and relatives of the teenagers surveyed, it was found that most were housewives, with incomplete and belonging to a low socioeconomic school. These teenagers are mostly couples, however, a significant percentage single that do not have support of a partner is found. Most come from families whose parents are separated and with a low educational level, with some level of family dysfunction, and are daughters of mothers who had their first child during adolescence.

As for biological risk factors was observed that most began their sexual life to 15.4 years of age, getting pregnant for the first time to 16.7 years, most were enrolled in their first

pregnancy, however a significant percentage reported having stopped previous pregnancies. The most common gynecological obstetric diseases in the studied sample was anemia, rescuing the vast majority of teens said they did not possess any abnormality.

Key words: teenagers, pregnancy, family, morbidity (DeCS)

## 1. INTRODUCCIÓN

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.

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 ésta 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 (1).

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 (2).

Cartagena no está exenta de este problema, un estudio realizado en tres instituciones educativas de la ciudad de Cartagena 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 (2).

En el presente estudio se dan a conocer algunos de los múltiples factores y conductas de riesgo que favorecen la morbilidad de las adolescentes embarazadas de la ciudad de Cartagena, encontrando que no solo son aquellas acciones de la adolescente las que la ponen en riesgo de enfermarse durante la gestación, sino que también, existen factores que ya sean internos o externos, van directamente relacionados con el proceso que vive la adolescente durante su gestación; es de allí que tanto la edad de la adolescente, su acceso a los servicios de salud, nivel socioeconómico, estado civil, entorno familiar en términos de estructura, funcionalidad, nivel educativo, estado civil de sus padres y el hecho de ser hijas de mujeres que fueron madres en la adolescencia, son factores que influyen sobre la ocurrencia del embarazo y que juegan un papel muy importante en la forma como las adolescentes cuidan su salud y las ponen en riesgo de presentar alteraciones durante su gestación.

Es importante que el personal de enfermería y el resto de trabajadores del sector salud identifiquen los factores y conductas de riesgo y la estructura y 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, prever futuras complicaciones y mejorar la funcionalidad familiar teniendo en cuenta a las familias de las adolescentes, y diseñar programas encaminados a mejorar los estilos de vida de dicha población. De la misma forma la academia necesita de esta información para así 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

## 2. 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%. (3)

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). (4)

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. (5)

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 (1).

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. (6)

Según el estudio, “Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. Pereira, Colombia, 2009”, las adolescentes tenían una mediana de edad de 17 años, el 21.0% era menor de 15 años, el 95% de las gestantes adolescentes eran de estratos I y II, el 59% con escolaridad secundaria incompleta, el 79% primigrávidas. El 21% tenía bajo peso

pregestacional y el 45% bajo peso durante la gestación, el 15% mostró anemia, el 33% reportó infección urinaria, el 8.7% tenía riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, El 63.3% de las gestantes percibía algún grado de inseguridad alimentaria, que era severa en el 22.7% de los hogares. (7).

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. (2)

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 pueden afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia (10).

Los resultados arrojados por esta 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 las familias de las adolescentes, además que permite 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 inscritas al programa maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de indias; Cartagena – Colombia, 2015?

### 3. OBJETIVOS

#### **3.1 Objetivo general**

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

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar los factores de riesgo sociodemográficos y biológicos de las adolescentes embarazadas de Cartagena.

Identificar las características socio familiares de las adolescentes embarazadas de Cartagena.

Identificar las conductas de riesgo para la salud de las adolescentes embarazadas de Cartagena.



## 4. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 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 (3).

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 (2).

#### 4.2 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% (3).

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 (2).

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 (2).

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).

#### 4.3 Factores de riesgo para embarazo en Adolescentes

##### **Factor de riesgo**

Es la probabilidad de ocurrencia de un suceso que afecta de manera negativa a una o más personas expuestas (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**

Según un boletín informativo realizado por el Ministerio de salud en el año 2013, la situación del embarazo adolescente en Colombia presenta la siguiente radiografía: Por

estrato socio-económico, entre las adolescentes más pobres la tasa de embarazo se sitúa en el 30% mientras que en estratos altos está en 7% y el porcentaje de embarazo adolescente es mayor en la zona rural (26.7%) comparado con la zona urbana (17.35%) (23).

### **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 (24).

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 (25).

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) (25).

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 (26).

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 (27).

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 (28).

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% (28).

#### 4.4 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 (29).

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 (30).

Un estudio realizado en 190 adolescentes embarazadas entre 12 y 21 años de edad que acudieron a la consulta de control prenatal en centros de atención de ASSBASALUD ESE Manizales en el 2012, reveló que las familias de las adolescentes presentaron buena funcionalidad familiar en un 27,9%, disfunción moderada en un 26,8%, así mismo, un 34,7% manifestó tener buena relación con el padre, un 43,2% presentó buena relación con la madre. El estudio muestra también la manera en cómo las adolescentes percibían la educación recibida por sus padres, a lo que un 29,5% manifestó que era adecuada por parte del padre y un 46,3% que la educación por parte de su madre fue tolerante. Se encontró

además que existía violencia familiar en un 38,9% y que en un 28,4% ésta provenía del padre. Analizando 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 (31).

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% (32).

### **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<sup>63</sup> (33).

Un estudio realizado de salud familiar de adolescentes gestantes los resultados muestran que las 66 familias estudiadas tienen un promedio de cuatro a cinco personas (10), por otro lado los resultados de Veloza M. Arrojaron que la estructura familiar por tipologías mostró que predominan las familias nucleares (69 %), seguidas de las nucleares modificadas (19 %), familias atípicas (8 %) y familias extensas (4 %); llama la atención la presencia de mayor número de familias atípicas con respecto a las extensas (34).

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 (35).

### **Ciclo Vital Familiar**

El ciclo vital familiar de Mercer R.:

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).

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. (36)

### **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 (37).

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 (38).

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 (34).

### **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 (39).

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 (40).

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 (40).

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 (40).

#### 4.5 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 (41).



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 (42).

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 (42).

#### 4.6 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 (43).

##### **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 (44).

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 (45).

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 crómica: 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 constituye 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 (46).

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 (46).

### **Programa Maternidad Segura**

El programa maternidad segura que ofrece la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, es una estrategia que tiene como propósito garantizar a las mujeres embarazadas del distrito de Cartagena las mejores condiciones para su atención brindándole así una atención integral que cuenta con ecografía, consulta especializada, monitoreo fetal, laboratorio clínico, consulta por nutrición, psicología y la educación y asesoría para el embarazo parto y puerperio, a cada paciente, para lo cual dispone de áreas exclusivas en los centros de atención de la paciente obstétrica, con salas de espera, áreas de hospitalización y consultorios de uso exclusivo para dicha población.

La ESE garantiza la eliminación de cualquier barrera de acceso a los diferentes servicios que integran dicha estrategia; teniendo en cuenta que las pacientes que se inscriben al programa tienen la posibilidad de acceder a todos los servicios que oferta dicho programa de manera gratuita. Además, este programa cuenta con atención las 24 horas del día y una unidad móvil donde se pueden atender partos (47).

Este programa se desarrolla en los centros de salud de Canapote, Arroz barato, Pozón, Socorro y Bosque de la ciudad de Cartagena

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de investigación

Estudio de tipo descriptivo encaminado a identificar los factores y conductas de riesgo de las adolescentes embarazadas inscritas al programa Maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias; Cartagena- Colombia.

### 5.2 Población diana

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

### 5.3 Población accesible

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

### 5.4 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:

$$nA = no [1/1-R] \rightarrow nA = 304 [1/1-0.1] = 337$$

### 5.5 Método de Muestreo

Se realizó un muestreo bietápico; en la primera etapa se llevó a cabo un muestreo por conglomerados, a los cuales se les realizó una proporción para seleccionar cuantas adolescentes embarazadas participarían de cada una de los cinco Centros de Salud en donde se llevaría a cabo el programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local

Cartagena de Indias. En el siguiente cuadro (cuadro 1) aparece la forma como fueron seleccionadas las gestantes en cada institución.

**Cuadro 1 Distribución de las adolescentes y muestra a encuestar por cada centro de salud.**

<b>Centro de Salud</b>	<b>Número de Adolescentes inscritas en el programa</b>	<b>Fracción de muestreo %</b>	<b>Total de adolescentes a encuestar por Centro de Salud</b>
Pozón	518	40.2	136
Canapote	278	21.7	73
Socorro	203	15.6	53
Arroz Barato	143	11.2	38
Bosque	142	11.24	38
<b>Total</b>	<b>1284</b>	<b>100%</b>	<b>338</b>

En la segunda etapa, se aplicó un muestreo aleatorio simple, en donde realizó la elección al azar de las adolescentes participantes en el estudio a medida que llegaban a cada centro de salud para recibir atención en el control prenatal.

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

## **5.6 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:

- ❖ Adolescentes cuyos tutores legales no firmaron el consentimiento informado.
- ❖ Adolescentes que no desearon participar en el estudio.
- ❖ Adolescentes que presentaron alteraciones mentales.

### **5.7 Procedimiento para recolección de la información**

Antes de aplicar los instrumentos se le solicitó permiso a las directivas de la institución. Para el caso de las entrevistas, si éstas eran mayores de edad se les solicitaba firmar el consentimiento informado, e igualmente cuando éstas fueron menores de edad se le solicitó valoración psicológica que determinara su nivel cognitivo, se les exigió estar con un acompañante mayor de edad que sirviera de tutor legal para que ambos firmaran el consentimiento informado; de no contar con ello se reemplazó dentro del estudio hasta que se contaran con las condiciones contempladas en la resolución 08430/1993. Las encuestas fueron aplicadas por el grupo investigador en los horarios establecidos por la institución.

### **5.8 Instrumentos.**

#### **Cuestionario características familiares de las adolescentes gestantes. (Anexo 3)**

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 (48).

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 (48).

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (48).

Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (48).

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 (48).

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 (48).

Para el registro de los datos el APGAR familiar muestra el respectivo formato (48).

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 (48).

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 (48).

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 utilizó el Cuestionario de Factores y Conductas de Riesgo en Adolescentes Durante su Embarazo (CFYCRDE), el cual fue elaborado para una investigación realizada por la enfermera Ana Larios López, en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en la ciudad de Montemorelos-México.

El instrumento cuenta 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 (42).

A través de categorías se identificaron el estado marital, estado civil, ocupación, dependencia económica, patología previa y durante el embarazo, entre otros (42).

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, entre otras (42).

Es importante mencionar, que el instrumento consta de 42 reactivos, y aunque éste fue aplicado en su totalidad a cada adolescente, para efectos de la presente investigación, teniendo en cuenta las variables estudiadas; en la fase de análisis de la información, fue necesario omitir los datos de las preguntas 13, 14, 15, 16, 19, 20, 22; de la primera parte del cuestionario, correspondiente a factores de riesgo, y de la segunda parte no se tuvo en cuenta las conductas 12, 18, es decir, en total, se muestran los resultados de 33 ítems del cuestionario.



## **5.9 Análisis estadístico**

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

## **5.10 Consideraciones éticas**

El desarrollo de este estudio se basó en la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, el cual hace referencia 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”. A demás, 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 efectuó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

## 6. RESULTADOS

### **Factores de Riesgos:**

#### **Sociodemográficos**

La edad promedio fue de 17 años, en cuanto al ciclo vital individual, 1,78% (6) se encontraban en adolescencia temprana, un 23,96% (81) en adolescencia media y 74,26% (251) se encuentran en adolescencia tardía (Tabla 1). En relación a la ocupación (Tabla 2) se encontró que el 66,0% (223) eran amas de casa y 32% (108) eran estudiantes, un 1,2% (4) empleadas, y un 0,9% (3) estudia y trabaja. Al interrogar a las adolescentes sobre el acceso a los servicios de salud (Tabla 3), 97,34% (329), manifestaron pertenecer al régimen subsidiado, un 2,07% (7) al régimen contributivo y tan solo una minoría 0,59% (2) al régimen vinculado.

En cuanto al estado marital (Tabla 4) el 21% (71) se encontraban solteras, el 79% (267) tenían pareja, de las cuales el 76,0% (257) se encontraban en unión libre y un 3,0% (10) casadas. Respecto al nivel educativo (Tabla 5) el 1,8% (6) había cursado primaria incompleta, un 1,8% (6) primaria completa, el 56,5% (191) tenían secundaria incompleta, un 25,7% (87) tenían secundaria completa y un 14,2% (48) habían realizado estudios superiores. En relación al nivel socioeconómico (Tabla 6), 85,2% (288) pertenecían al nivel 1, un 13,3% (45) pertenecían al nivel dos y solo un 1,5% (5) al nivel tres.

#### **Biológicos**

En cuanto al trimestre de embarazo (Tabla 7), el 42,0% (142) se encontraban en el segundo trimestre de embarazo, 33,4% (104) en el tercer trimestre y el 33,1% (112) en el primer trimestre.

Se encontró que el promedio de edad de inicio de vida sexual fue de 15,4 años, la edad promedio del primer embarazo fue de 16,7 años. El 74,26% (251) tuvo un solo embarazo, mientras que el 18,64% (63) tuvo 2 embarazos, el 5,33% (18) de las adolescentes tuvieron 3 embarazos, el 1,18% (4) de las adolescentes tuvieron 4 embarazos y un 0,59% (2) de las adolescentes tuvieron 5 embarazos. (Tabla 8). El 11,57% (37) de las adolescentes reportó haber interrumpido algún embarazo, un 10,36% (35) tuvieron solo un embarazo interrumpido y el 1,78% (6) restante dos. Mientras que el 87,87% (297) no interrumpió ningún embarazo. (Tabla 9).

Al interrogar a las adolescentes sobre las patologías que han presentado antes del embarazo (Tabla 10) se encontró que un 1,2% (4) presentó desnutrición, un 2,1% (7) presentó alguna enfermedad del pulmón, un 0,3% (1), presentó hipertensión, el 6,8% (23) anemia. Un 89,6% (303) manifestaron no presentar patologías antes del embarazo.

Entre las enfermedades ginecosbstericas presentes en la población estudiada se encontró la anemia 13,6% (46) seguida de infecciones (ITS) 4,1% (14), sangrado

transvaginal 1,8% (6), estados hipertensivos gestacionales 0,3% (1), diabetes, 0,6% (2). Un 79,6% (269) manifestaron no haber presentado alteraciones durante el embarazo. (Tabla 11).

### **Características Socio familiares**

El promedio de integrantes de la familia fue de 4 personas. En relación al jefe del hogar (Tabla 12) se encontró que un 41,7% (141) el jefe del hogar era la pareja, seguido de la madre en un 19,5% (66), un 14,2% (48) fue el padre y un 5,3% (18) respondió que los abuelos, tío, o hermano mayor, mientras que un 19,2% (65) representa otros, incluidos los suegros, hermanos, cuñados, padrastro. Respecto al tipo de familia (Tabla 13) que más predominó fue la familia atípica con un 28,4% (96), seguida de la extensa modificada con un 26,9% (91), nuclear con un 16,6% (56), y pareja con 14,2% (48), 4,4% (15) nuclear modificada, 5,9% (20) familia extensa y 3,6% (12) familia nuclear reconstituida. En relación al ciclo vital familiar (Tabla 14), se encontró que un 49,7% (168) de las familias de las adolescentes se encontraba en plataforma de lanzamiento, mientras que un 26,9% (91) se encontraba en formación de la pareja, 8,0% (27) crianza inicial de los hijos, 6,2% (21) familia con adolescentes, 5,0% (17) familia con adultos, 3,6% (12) familias con hijos preescolares, y 0,3% (1) familia anciana. En relación a la funcionalidad familiar (Tabla 15), se encontró que un 49,4% (167) de las adolescentes tenían buena funcionalidad familiar mientras que un 27,2% (92), presentaron disfuncionalidad leve, un 16,0% (54) una disfuncionalidad moderada y solo un 7,4% (25) presentaron una disfuncionalidad severa. Al interrogar a qué edad tuvo la madre de la adolescente su primer hijo, un 64,5% (218) respondió que entre los 10 a 19 años y un 35,2% (119) respondió que entre los 20 a 30 años y el 0,3% (1) restante, entre los 31 a 40 años. (Tabla 16).

En cuanto al nivel educativo de los padres se encontró que las madres de las adolescentes, 5,62% (19) no realizaron estudios en ningún nivel, un 8,58% (29) habían cursado primaria incompleta, un 25,15% (85) primaria completa, un 25,44% (86) secundaria incompleta, 26,04% (88) habían cursado la secundaria completa, solo un 4,74% (16) realizaron estudios técnicos o superiores, el 4,44% (15) restante, las adolescentes desconocían el dato o su madre habían fallecido. (Tabla 17).

Para el caso de los padres, un 6,8% (23) no realizaron estudios en ningún nivel, 8,7% (27) cursaron primaria incompleta, 22,2% (75) primaria completa, 19,2% (65) secundaria incompleta, un 21,9% (74) cursaron secundaria completa, solo un 7,1% (24), realizaron estudios técnicos o superiores, el 13,6% (46) restante, las adolescentes desconocían el dato o su padre habían fallecido. (Tabla 18).

Al indagar sobre la ocupación de los padres, para el caso de la madre, el 61,2% (207) eran amas de casa, un 20,4% (69) eran empleadas, 16,6% (56) trabajan de forma independiente, 0,3% (1) desempleada, 1,5% (5) no aplica pues la madre había fallecido. (Tabla 19).

Al hablar del padre, el 56,2% (190) trabaja de forma independiente, un 28,4% (96) se encuentra empleado, el 2,4% (8) desempleado y el 1,5% (5) pensionado; el 7,1%

(24) la adolescente desconocía el dato o su padre y el 4,4% (15) no aplicaba pues había fallecido. (Tabla 20).

Se estableció que el estado civil de los padres, el 43,8% (148) de las adolescentes provienen de padres separados, el 12,4 (42) de padres casados, el 38,5% (130) de padres que conviven en unión libre y el 4,7% (16) restante, el padre o la madre era viudo. (Tabla 21).

En cuanto al ingreso económico mensual de las familias de las adolescentes reportado en la tabla 22, la mayoría 65,68% (222) cuentan con uno o dos salarios mínimos legales vigentes (SMLG), y un 19,53% (66) recibía menos de un salario mínimo; 14,79% (50) recibían más de dos salarios mínimos, y en promedio, 4 personas dependen de dicho ingreso económico. Al interrogar a las adolescentes sobre quien satisfacía sus necesidades económicas éstas respondieron que un 66,6% (225) la pareja, un 17,5% (59) los padres, un 15,7% (53) dependían económicamente de suegros u otros familiares y solo el 0,3% (1) dependía de ella misma. (Tabla 23).

### **Conductas de riesgo para la salud de las adolescentes embarazadas**

En las tablas (24 y 25) se observa la prevalencia de las conductas de riesgos durante el embarazo, donde se puede observar que la conducta de mayor prevalencia fue el no buscar información sobre los cuidados del embarazo 47,9% (162), Si buscan información 51,2% (173) y algunas veces buscan información 0,9% (3), en cuanto a la realización de ejercicios respiratorios que ayudan al desarrollo del embarazo se estableció que el 22,5% (76) no los realizaban, el 74,3% (251) Si y el 3,3% (11) algunas veces, en cuanto a la búsqueda de atención médica cuando sospecho que estaba en embarazo, el 34,9% (118) No busco atención médica, mientras que el 66,9% (220) si, otras conductas de importancia como la asistencia a control prenatal 28,1% (95) no asistió a consulta en el primer Trimestre, mientras que un 71,0% (240) si asistió, en referencia a la asistencia al control prenatal en el segundo trimestre el 11,6% (25), No asistió a consulta, mientras que el 88,4% (191) si en el tercer Trimestre (Última 2 semanas) el 23,8 % (5) no asistió a control prenatal y el 76,2% (16) sí. Respecto a la variable uso de Prendas ajustadas y zapatos altos arrojó que el 26,3% (89) usa prendas inadecuadas y el 71% (240) no las uso y el 2,66% (9) manifestó algunas veces usar prendas inadecuadas. En cuanto al control del peso corporal se obtuvo que el 24,3% (82), no controla su peso, mientras que el 75,8% (256) si, en cuanto a los ejercicios bruscos el 22,5% (76) No Evito Viajes o ejercicios bruscos, 74,3% (251) si, al analizar la automedicación los resultados muestran que el 21% (71) se auto medica mientras que el 75,7% (256) la evita y el 3,3% (11) algunas veces lo hace. Respecto a las situaciones estresantes durante el embarazo el 17,5% (59) no evita situaciones de estrés, el 14,8% (50), algunas veces las evita y la gran mayoría 67,8% (229) si las evita, en cuanto a la ingesta de complementos vitamínicos y hierro se reportó que el 16,3% (55) No toma complementos vitamínicos, Hierro, el 81,1% (274) si los toma y un 2,7% (9) algunas veces los ingirió, en relación a la alimentación adecuada arrojó que el 12,4% (42) No tiene una Alimentación Adecuada, el 7,7% (26) algunas veces se alimenta bien, y un gran porcentaje 79,9% (270) mantiene una alimentación

adecuada, En lo que respecta a la realización de exámenes de laboratorio, aplicación de vacunas y cuidado dental se observó que el 10,4% (35) no los realizó mientras que el 85,5% (289) si, y solo el 4,1% (14), algunas veces los realizo.

El estudio también determinó que solo el 9,3%(11) no asistió a consulta de control prenatal y el 91,8% (104), sí lo hizo. Al hablar de las consultas de control prenatal en el tercer Trimestre (8vo mes), un 8,2%(6) no asistió mientras que un 91,8% (67) sí (para el análisis de esta variable, se excluyó a las adolescentes gestantes que no aplicaban para la misma puesto que no habían llegado al tercer trimestre de embarazo).

En cuanto a la ingesta de alcohol durante la gestación; el 6,2% (21) manifestó que no evitó consumirlo, el 3,3% (11) algunas veces lo ingirió, mientras que el 90,5% (306) no consumió alcohol. La conducta que menos se presentó fue fumar, el 5,0% (17) dijo haber fumado, el 92,9%(314) evitó fumar y el 2,1% (7) fumó alguna vez durante el embarazo.

## 7. DISCUSION

### **Factores de riesgos Sociodemográficos**

La adolescencia es un periodo de transición en el cual se producen cambios importantes tanto a nivel fisiológico como emocional. Por lo general el adolescente tiende a descuidar su propia salud teniendo conductas que pueden deteriorar su estado anatómico funcional, si sumado a esto, la adolescente se encuentra embarazada los riesgos para la salud serán aún mayores. Se observó en el presente estudio un porcentaje significativo de adolescentes embarazadas que presentan factores de riesgo para su salud a nivel biológico, psicológico, social, y sumado a éstos, tienen conductas que pueden ser consecuentes a complicaciones en el embarazo y en el parto, situación que para un país en vía de desarrollo como Colombia constituye consecuencias tanto económicas como de retraso social (49).

Al respecto se observó que la edad del primer embarazo es de 16,7 años, coincidiendo con lo planteado por la encuesta de demografía y salud 2010 (46) que estableció que este ocurre entre los 17-20 años; cifras que han venido descendiendo desde 1990. Es conocido, que el inicio temprano de relaciones sexuales aumenta en las adolescentes el riesgo del embarazo, y una vez embarazada, una adolescente por su inmadurez psicológica tiende a tomar decisiones erradas con respecto a su gestación y en muchos casos piensan en abortar o lo hacen. Se puede decir, que la situación anteriormente mencionada, puede estar dada por desconocimiento sobre planificación familiar, y con aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva (50,51).

Por otro lado en cuanto a los ingresos socioeconómicos la adolescente embarazada se encuentra inmersa en un nivel socioeconómico bajo reportando ingresos de uno o menos de un salario mínimo. Dato similar a los obtenidos en diferentes investigaciones que reportan que el ingreso económico familiar de esta población es menor al salario mínimo, situación que influye negativamente sobre el hecho de que se presente el embarazo en adolescentes, ya que muchas ven en la pobreza una falta de oportunidades y deciden pensar antes en la maternidad (49, 51, 52).

En referencia al estado civil la mayor parte de las adolescentes manifestó vivir en unión libre datos contrarios a lo reportado por Parada A. en la que se encontró que la mayoría de las jóvenes embarazadas son solteras. Condición tal vez asociada a que las familias de la adolescente la obligan a vivir con la pareja, teniendo en cuenta que ésta constituirá una carga económica y compromiso familiar, en algunos casos es también debido a la incapacidad de la adolescente para resolver problemas y afrontar sus actos. Según Parada-Baños “El proyecto de vida de muchas adolescentes colombianas se dirige a conseguir una pareja que las ayude, mediante el embarazo, a salir de la situación de insatisfacción en la que se encuentran en el hogar, así como de las condiciones socioeconómicas en las que viven” (49).

El nivel de escolaridad de las adolescentes fue en su mayoría bachillerato incompleto, ésto puede deberse a que aún existen muchas barreras culturales que no permiten la aceptación de las adolescentes embarazadas dentro de una institución educativa, lo que las lleva a sentirse discriminadas y deciden desertar, y en muchos casos se encuentra que no todas cuentan con apoyo por parte de la familia. En lo que respecta a la ocupación de las adolescentes se encontró que en su mayoría son amas de casa, situación que coincide con otras investigaciones en las que se reporta que las adolescentes suelen ser amas de casa. Esto puede estar directamente relacionado con el nivel educativo, el hecho de no poder continuar con sus estudios y ser en su mayoría menores de edad, disminuye la posibilidad de acceder a un buen trabajo, lo que las obliga a quedarse realizando labores del hogar, lo que sumado a el bajo nivel económico, las pocas posibilidades de la adolescente de cuidarse durante el embarazo y estudiar, les deja pocas oportunidades, es así como las adolescentes con el rol de madres están obligadas a buscar ayuda de su pareja y/o de su familia, para incorporarse al trabajo o al estudio, por tener ante sí la responsabilidad de atender a su hijo (53).

Al referirnos al acceso a los servicios de salud, es importante mencionar dos aspectos, la posibilidad de afiliación y la utilización de los servicios de salud desde antes de embarazarse; puesto que de éstas también depende que el embarazo precoz pueda evitarse. Se observó que la mayoría de las adolescentes se encuentran afiliadas al régimen subsidiado 97,75%, caso contrario a lo que se muestra en la encuesta realizada por Fe-desarrollo, la cual revela que un 33,72% de las adolescentes embarazadas no cuentan con acceso a los servicios de salud. Esto resultados se deben a que las adolescentes del estudio pertenecen a estratos socioeconómicos bajos en donde la mayoría de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado además el sistema de salud ha modificado algunos aspectos que han permitido aumentar la cobertura de afiliación a la población y otro aspecto que influye es que las adolescentes encuestadas pertenecen al Programa Maternidad Segura el cual realizan búsqueda activa de las mismas con el fin de asegurar su atención, como forma de dar respuesta a la situación de salud en materia de salud sexual y reproductiva (54).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos se encuentran falencias en la forma en como las adolescentes utilizan los servicios de salud, y esto lo podemos observar por el alto porcentajes de adolescentes que no asistió a control prenatal durante el primer trimestre de embarazo a pesar de contar con afiliación, aunque los jóvenes cuentan con afiliación a un determinado régimen de salud, puede decirse que la forma en como los servicios llegan a ellos con frecuencia no es la adecuada en términos de información, la forma en como se les educa y comunican sus derechos sexuales y reproductivos no es óptima, y en la medida en que los y las adolescentes no conozcan a qué tienen derecho y que se brinda en materia de salud para ellos, muy difícilmente van a hacer uso adecuado de los mismos (55).

### **Características Socio familiares**

En relación al jefe del hogar, se encontró que en su mayoría el jefe del hogar era la pareja, contrario a lo que se encontró en el estudio realizado en Veracruz, en el cuál

la mayoría de las adolescentes respondieron que el jefe del hogar era el padre en un 40,2%, siguiendo de la madre, en un menor porcentaje la pareja y por último, otros familiares, esto se debe a que la mayoría de las adolescentes en estudio tienen pareja ya sea en unión libre o casadas, y la gran mayoría manifestó depender económicamente de su pareja, lo que conlleva a que lo vean como el jefe del hogar (56).

El promedio de integrantes de la familia fue de 4 personas, resultado similar al obtenido por Pérez B en su estudio, el cuál arrojó que de las 66 familias estudiadas en promedio tienen de cuatro a cinco personas (10).

El tipo de familia que más predominó fue la extensa modificada, caso contrario a lo que arrojó el estudio, realizado en los municipios de Cota, Chía y Cajicá, Cundinamarca, donde el tipo de familia que prevalece es la nuclear, con 48,5%, seguida de las atípicas, nucleares modificadas y nucleares reconstruidas, con un 39,3, (10) esto puede relacionarse con el hecho de que en las ciudades del interior del país las familias están estructuradas de manera distinta por motivos culturales, diferente a lo que sucede en la costa caribe, donde se encuentra un mayor número de familias en la que los hijos tras organizarse con sus parejas siguen conviviendo en casa de sus padres, como se evidencia en el estudio realizado en la ciudad de Santa Marta, donde “Las adolescentes entrevistadas pertenecían en un 46,7% a una familia extensa, el 26,7% a una familia nuclear, el 13,3% a una familia monoparental, y el 6,7% corresponden a una familia simple y compuesta respectivamente (57).

El hecho anterior conduce a que el mayor número de las familias del presente estudio, se encuentren en el ciclo vital familiar plataforma de lanzamiento, caso contrario a lo que sucede en el estudio realizado por Pérez en varios municipios de Cundinamarca, donde el mayor número de adolescentes pertenecían a familias que se encontraban en el ciclo vital de formación de la pareja (10).

Al aplicar el APGAR familiar a las adolescentes, se encontró que éstas en su mayoría presentaban disfuncionalidad familiar ya sea leve, moderada o severa, condición que afecta negativamente el desarrollo de las adolescentes y que ha de constituirse en un factor que influye sobre la ocurrencia del embarazo precoz, y sobre la morbilidad de la adolescente una vez ésta se ha embarazado, teniendo en cuenta también, que el hecho de la adolescente embarazarse ya constituye un cambio a nivel de organización y funcionamiento familiar, generando una crisis no normativa, o que no es propia del ciclo vital en el cual se encuentran las familias, dando origen a situaciones familiares que sugieren un riesgo para la salud de la adolescente, su hijo y la familia (58).

La importancia del entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo. En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos. Por otro lado se ha observado que la



evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales. (59)

La Edad en la que la madre de la adolescente tuvo su primer hijo fue en su mayoría de 10 a 19 años, dato que coincide con el estudio realizado por Molina, el cual reporto que el 54,8% de las madres de las adolescentes gestantes fueron madres adolescentes. Estudios han mostrado la relación que existe entre el ser hija de mujeres que fueron madres en la adolescencia y ser madre adolescente. Son diferentes las explicaciones que surgen en torno a este evento, como puede ser, el hecho de que aquellas mujeres que han sido madres adolescentes, le venden a sus hijas una buena imagen o una imagen positiva de ser madre adolescente, o puede ser porque los hijos en la mayoría de los casos son el reflejo o intentan seguir las actitudes de sus padres, lo que lleva a las adolescentes a copiar el comportamiento de sus madres. Por otro lado, las mayoría de las mujeres que fueron madres adolescentes, tienen un nivel educativo bajo, lo que lleva a las adolescentes a tener menos deseos de realizar estudios, aspecto que conlleva a encaminar la maternidad adolescente como la opción para su futuro (60,61, 62).

Otro factor que influye es el nivel educativo de los padres, en el presente estudio se encontró que la mayoría de los padres y madres de las adolescentes tienen muy bajo nivel de escolaridad, diversos estudios han demostrado que en la medida en que los padres de las adolescentes cuenten con un mayor nivel educativo, será más fácil para ellos el manejo de temas en materia de salud sexual y reproductiva con sus hijos e hijas, aquellas adolescentes con padres que cuenten con un mayor nivel educativo sentirán mayores deseos de realizar estudios, y de posponer la maternidad para una edad adecuada, y será mejor la forma en que las madres controlan la actividad sexual de sus hijas, tal como se muestra en los resultados del estudio realizado por Molina y González donde se comparó a las adolescentes con sus madres encontrando que “Éstas mujeres alcanzaron menor escolaridad, tuvieron mayor número de hijos, fueron menos exitosas en retener la pareja, menor calificación laboral, menos exitosas en lograr que sus hijas alcanzaran estudios superiores, cuando se comparan con las madres que iniciaron la maternidad después de los 20 años” (63, 64).

El estado civil de los padres de la adolescente también juega un papel muy importante, sobre la ocurrencia del embarazo adolescente, en el presente estudio se encontró que un gran porcentaje de las adolescentes son hijas de padres separados, resultado similar al encontrado en el estudio realizado por Molina y González, donde un 27,8% de las adolescentes son hijas de madres separadas o viudas y un 12,8% son madres solteras, es decir que un 40,3% no tenía figura paterna (62).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 mostró que la mujer colombiana está acudiendo en mayor proporción al divorcio, en relación a lo encontrado en encuestas anteriores; así, las mujeres separadas y divorciadas representan el 14%, superior al 12%, encontrado en el 2005. La feminización de la jefatura de los hogares ha aumentado de 30% en 2005 a 34% para el 2010 (65), al faltar la presencia del padre, en muchos hogares se presenta la jefatura femenina, factor que también es un influyente sobre la ocurrencia de embarazos en adolescentes, ya que la adolescente puede ir en busca de carencias afectivas por parte de una figura masculina (66)

### **Factores de riesgos Biológicos**

La edad de inicio de vida sexual es de 15,4 años, similar a los resultados mostrados por Arrieta J. Ramos C. Murillo (67), el cual reporto que el 71,3% tuvieron su primera relación sexual a los 15 años o antes; En cuanto a la edad promedio del primer embarazo se encontró que fue de 16,7 años, contrario a lo encontrado en un estudio realizado por el MSP (Ministerio de salud y protección social) y el UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) en la cual se reporta que la edad del primer embarazo de las adolescentes fue a los 20 años (68). En cuanto a número de embarazos arrojo que un 75,56% han tenido un solo embarazo mientras que en el estudio de Arrieta H. reporta que tan solo el 3,4% de las adolescentes encuestas reportaron haber tenido solo un embarazo, esto puede deberse a que las adolescentes con un embarazo anterior usan con mayor frecuencia los métodos de planificación familiar para prevenir un nuevo embarazo dado su ingreso a programas como los que presta las IPS (ESE Cartagena- Servicios de la unidad amigable) de la cual se tomó la muestra de las adolescentes participantes, estos programas buscan la atención integral de calidad para adolescentes y jóvenes en el primer nivel, disminuyendo las brechas y barreras de acceso a los servicios de salud, garantizando una atención con énfasis en la prevención y promoción de la salud, incluidos los derechos sexuales y reproductivos; es por esto que un número considerable de adolescentes han acogido el programa aunque todavía falta un gran porcentaje de esta población por vincularse al mismo (67)

Respecto a la interrupción del embarazo se observa que un porcentaje considerable de adolescentes han interrumpido por lo menos un embarazo, datos que están por encima de los datos encontrados por Arrieta H donde se puede evidenciar que de las adolescentes encuestadas el 2,4% había tenido abortos, de las cuales el 1,7% había abortado una vez, el 0,5% dos veces y el 0,2% tres veces (67).

Estos datos reflejan la creciente liberación sexual a la que están establemente expuestos/as los(as) jóvenes a través de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual y la falta de interés hacia la utilización de políticas existentes de salud sexual y reproductiva que están dirigidas a este grupo de edad. Además, cabe resaltar la relevancia que tienen las relaciones no

consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causal del embarazo en menores de 20 años (69)

Estos casos son realmente preocupantes debido a que el aborto provocado es más frecuente en las edades jóvenes por la poca preparación psicológica social y biológica que tiene esta población para enfrentar el nacimiento de un hijo, además este constituye un elemento fundamental que afecta la salud reproductiva de este sector de la sociedad, teniendo en cuenta que el aborto puede provocar futuras complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que van desde los accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis, hemorragias e incluso la muerte, hasta los más tardíos que favorecen la ocurrencia de un embarazo ectópico o la infertilidad. Por otro lado se debe tener en cuenta que en los países donde esta práctica está prohibida, se realizan de forma clandestina, en lugares de alto riesgo, y cada día estas mujeres arriesgan sus vidas (70,71).

### **Conductas de riesgo para la salud de las adolescentes embarazadas.**

El embarazo en adolescente es un problema de salud pública y de alto riesgo, en el cual existen conductas diversas que pueden desencadenar un resultado adverso, como son esas acciones que la adolescente realizó u omitió durante el embarazo y que se consideran un factor de riesgo para el resultado del mismo, en el presente estudio las conductas de mayor frecuencia fueron; el no buscar información sobre los cuidados del embarazo y la no realización de ejercicios respiratorios que ayudan al desarrollo del embarazo, hallazgos similares a los obtenidos por Larios A. (42) en su estudio en donde el 78,9% (71) no buscan información sobre los cuidados durante el embarazo y un 43,9% (64) no realizan ejercicios respiratorios; estas conductas se pueden presentar por las características propias de esta etapa, en la cual el adolescente tiene una actitud mesiánica que no le permite preocuparse por su salud además el bajo nivel social y educativo de las adolescentes limitan las oportunidades de estudio, logrando un nivel de escolaridad muy bajo y estas a su vez actúan como predisponente para el acceso a la información evitando que estas no se preocupen o indaguen sobre cómo deben ser los cuidados y conductas durante la gestación (72).

Por otro lado el 34,9% de las adolescentes no buscaron atención médica cuando sospecharon que están en embarazo, similar a lo reportado por Cobos L. (73) quien observó que el 70% de las gestantes no buscó atención médica inmediata; a esto se le suma la asistencia al control prenatal, el cual mostró un comportamiento preocupante debido a que un gran porcentaje de adolescentes no asistió a las consultas dentro del primer y tercer trimestre (Última 2 semanas), al respecto Córdoba R. (72) informa que el 55,14% de las gestantes adolescentes de su estudio no asistió a consulta de primer trimestre, mientras que Ferreira B. (74) señala que el 68,1% de las participantes en su estudio asistió a las consultas de noveno mes. En cuanto a la asistencia a las citas de control durante el segundo y tercer trimestre (séptimo y octavo mes) tuvieron mayor asistencia, dato contrario a lo encontrado por Ferreira B. (74) quien informa que el 23,07% asistió a consulta de segundo trimestre y 32,9% en el tercer trimestre. La marcada inasistencia a los controles en el

primer trimestre de embarazo obedece a que las adolescentes estudiadas se vinculan tardíamente al programa de control prenatal, inscribiéndose a éste generalmente durante el segundo o tercer trimestre, esto se debe a las características propias de este ciclo vital y al bajo nivel educativo de la población de estudio, aspectos que se constituyen en factores asociados al inicio tardío de los controles. La oportunidad de educación en muchas comunidades es menor para las mujeres y en nuestra sociedad, el embarazo en la adolescente reduce en mayor escala esta oportunidad. El bajo nivel social y cultural hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y esto es una desventaja para el acceso a la información y a los servicios de salud (72) otras de las razones por las que se da la vinculación tardía a los programas de Control prenatal es porque las adolescentes tienden a mantener la esperanza en que la ausencia de la menstruación sumado a la práctica de relaciones sexuales no protegidas solo es un simple atraso. El acudir a la consulta médica confirmará un embarazo que ellas niegan inconscientemente, porque están asustadas y angustiadas por la reacción de la familia. En general las adolescentes retrasan el momento de comunicar a sus padres que están embarazadas, después que pasa esta etapa generalmente ellas asisten a los controles reconociendo la importancia de este para el bienestar tanto de ellas como de sus hijos, además, en el desarrollo del control encuentran apoyo, confianza, información y conocimiento (75).

Las siguientes conductas o hábitos fueron medianamente frecuentes por ejemplo un considerable porcentaje 26,3% acusó el uso de Prendas ajustadas y zapatos altos, datos que no coinciden con el estudio de Romero L. (76). donde los resultados arrojaron que el 100% de las adolescentes gestantes no usan prendas inadecuadas, también este estudio encontró que dichas gestantes no cuidan de su peso el 81% (64% bajo peso y 17% sobre peso) y el 53% no se alimentaba adecuadamente, estos dos últimos datos se alejan de los resultados obtenidos en el estudio (24,3, y 12,4) respectivamente.

En cuanto al consumo de complementos Vitamínicos el 16,4% no los ingiere aunque el estudio realizado por Cobos L. (73) reporta un número mayor de embarazadas que no consumen estos complementos (35%). Estos datos se pueden explicar debido a que en esta edad las mujeres aún no solo no han alcanzado la madurez física, ni Psicológica sino mucho menos la madurez absoluta de su responsabilidad como adultos, más aun cuando están embarazadas, es por ello que continúan manteniendo costumbres y hábitos perjudiciales para su salud y la de su hijo (76).

En cuanto a la alimentación que es de vital importancia aún más en adolescentes embarazadas el 12,4% no tiene una alimentación adecuada mientras que Romero L. (76) reporta en su estudio que el 53% no se alimenta bien; en la adolescencia se tienden a asumir dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia característicos de la primera mitad del embarazo (75). En cuanto a la conducta de auto medicarse, los resultados muestran que 21% datos similares a los informados por Achachi M. (77) La prevalencia de automedicación durante la gestación de las adolescentes fue de 10,5% (IC95%: 7-14%), esta conducta se da por molestias discretas como las que produce un resfriado, alergias, o molestias propias del embarazo, dado que las adolescentes no buscan la prescripción médica y con esto evitan o se abstienen de tener que salir de la casa, también se dejan llevar por la

tradición de sus padres, vecino o cualquier otra persona distinta al profesional (77). Respecto a las situaciones de estrés los datos obtenidos muestran que el 17,5% no evita situaciones estresantes, resultados similares a los hallados por Muñoz M. y Oliva P. (78) el cual arroja que el 20,67% no evita situaciones de estrés, este mismo estudio expone que “La importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos” (78).

Las conductas que se presentaron con menor frecuencia están relacionadas con el no cumplimiento de las recomendaciones del personal de salud en cuanto a la realización de exámenes de laboratorio, aplicación de Vacunas y cuidado dental, el consumo de alcohol y cigarrillo. Un 10,4% de la población estudiada informa no seguir las recomendaciones dadas por los profesionales, resultados similares a los expuestos por Larios A. (42) que reporta que un 6,7% de las adolescentes gestantes no siguen las recomendaciones. Por otro lado en cuanto al consumo de alcohol y cigarrillo se informan porcentajes de 6,2% y 5,0 % respectivamente, contrario a lo reportado por Cardello C. (79) que informa que un 16,2% fumaba y el 8,2% consumía alcohol durante el embarazo. Estos datos son preocupantes porque aunque se presentan con poca frecuencia, son conductas dañinas para la salud del bebe aspecto que sumado a los riesgos propios de la adolescencia aumentan la probabilidad de resultados adversos para la salud de la madre y su producto. Además la adolescencia temprana es también una etapa de toma de riesgo y de experimentación con conductas adultas con una comprensión limitada del alcance del riesgo, sumada a sensaciones de invulnerabilidad y omnipotencia que afectan la posibilidad de implementar medidas de prevención. Por otro lado, situaciones de pobreza y abandono con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir, es por esto que el gobierno ha tomado una serie de medidas para contrarrestar esta situación y aun así les falta demasiado para llegar a la meta (69).

### **Enfermedades gineco-obstétricas presentes durante el embarazo**

Entre las principales enfermedades padecidas por las adolescentes se encuentra la anemia que ocupó el primer lugar seguido de las infecciones de transmisión sexual (ITS), resultados similares informa un estudio realizado por el Ministerio del Perú donde se halló que la anemia era la principal causa de morbilidad con un porcentaje de (28.4%) seguida de las infecciones urinarias con un (14.1%) y luego la hipertensión en el embarazo (5.4%) (75). Otros estudios reportan este mismo comportamiento en donde la anemia sigue siendo la complicación más frecuentes en el embarazo (80) sobre todo en adolescentes ya que los malos hábitos alimenticios propios de la edad contribuyen al desarrollo de dicha enfermedad (4) y además es esta etapa donde ocurre una mayor demanda debido al crecimiento y desarrollo de la adolescente que se enfrenta a la demanda nutricional por parte del feto (69).

En su investigación, Sáez muestra como complicaciones del embarazo: Infección vaginal, anemia e hipertensión, en ese orden de prevalencia (81).

Otro aspecto importante es el control prenatal a partir del cual se pueden identificar de forma precoz alteraciones en el embarazo y tratarlas de forma oportuna pero para ello se hace necesario que las adolescentes hagan adherencia a dicho control de forma temprana minimizando riesgos y complicaciones futuras, al respecto un estudio señala que un adecuado control prenatal por parte de las adolescentes tiene resultados obstétricos comparables a los de mujeres de mayor edad (69).

## 8. CONCLUSIONES

Una vez identificadas los factores sociodemográficos y familiares de las adolescentes encuestadas, se encontró que éstas en su mayoría tenían 17 años de edad, amas de casa, con secundaria incompleta y pertenecen a un bajo nivel socioeconómico, recibiendo menos de dos Salarios Mínimos Legales Vigentes por familia. Dichas adolescentes en su mayoría tienen pareja, sin embargo, se encontró un porcentaje significativo de adolescentes solteras que no cuentan con apoyo de una pareja.

Gran parte de las adolescentes pertenecen a familias extensas modificadas, consideran a su pareja como jefe del hogar; provienen de familias cuyos padres son separados y con un bajo nivel educativo, con algún nivel de disfunción familiar, y son hijas de madres que tuvieron su primer hijo durante la adolescencia.

En cuanto a los factores de riesgo biológicos se observó que las adolescentes en su mayoría iniciaron su vida sexual a los 15,4 años de edad, embarazándose por primera vez a los 16,7 años, en su mayoría se encontraban cursando su primera gestación, sin embargo un porcentaje importante manifestó haber interrumpido embarazos anteriores.

La mayoría de las adolescentes se encontraban en el segundo y tercer trimestre de embarazo con una mayor representación en el segundo trimestre, la patología más prevalente fue anemia, seguida de las ITS, sin embargo, vale la pena resaltar que la gran mayoría de las adolescentes manifestó no presentar ninguna alteración. Es importante mencionar que un mayor número de adolescentes manifestó cuidar su salud y no tener conductas de riesgo.

Respecto a las conductas de riesgo, se encontró que primaron: el no buscar información sobre los cuidados a realizar durante el embarazo y la no realización de ejercicios respiratorios que ayudan al desarrollo adecuado de la gestación. Además se encontró un dato preocupante con respecto a la asistencia temprana a control prenatal, ya que un gran porcentaje de adolescentes acuden de forma tardía al mismo.

Si bien, es claro que el embarazo en la adolescencia es una problemática actual para la cual aún no se encuentran soluciones radicales que permitan disminuir la prevalencia de este evento, es necesario que se implementen medidas, políticas y programas que permitan cuidar la salud de las mismas, lo que en última instancia se verá reflejado en el desarrollo económico, político y social de la región y por ende del país, en especial aquellas en donde la problemática es mayor.

## 9. RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud del Distrito de Cartagena, para que utilicen los resultados hallados en el estudio reorientando las intervenciones con el fin de dar respuesta a los problemas y necesidades identificadas.

A las instituciones de salud para que realicen procesos que permitan captar de forma temprana a las adolescentes gestantes para la asistencia a control prenatal.

Desarrollar estrategias intersectoriales que aseguren un cuidado integral y brinden apoyo permanente a la gestante adolescente y a sus familias, dado que en esta edad la gestante es mayormente influenciada por los factores que la rodean y que constituyen un riesgo para su salud, tanto a nivel biológico, psicológico y social.

Al sector educativo para que con ayuda del sector salud organicen campañas intersectoriales en las instituciones educativas con el fin de educar a las adolescentes gestantes sobre el uso de métodos de planificación familiar para prevenir nuevos embarazos. También brindar educación a los padres de familia sobre salud sexual y reproductiva a través de las escuelas de padres de tal forma que se logre la sensibilización hacia el tema del embarazo adolescente y se afronte el problema primeramente desde el ámbito familiar.

Los profesionales de salud que trabajan en consultas prenatales deben establecer planes de intervención encaminados a la madre adolescente y a su núcleo familiar, donde se les enseñe el cuidado de la salud, el adecuado manejo y prevención de los factores y conductas de riesgo.



## 10. AGRADECIMIENTOS

Brindamos nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la realización de este proyecto.

En primer lugar a Dios por iluminarnos y fortalecer nuestro espíritu para que cada día nos aferráramos más a esa meta de concluir con nuestro proyecto.

A nuestros padres por la ayuda incondicional que nos brindaron y por el ánimo que nos dieron cada vez que flaqueábamos.

Por último a nuestros amigos que día a día nos motivaron.

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. 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](http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm)
2. 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>
3. 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](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf)
4. 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](http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=60). Consultado: (08-08-2012)
5. 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>
6. Unfer V, Piazz 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](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342005000300004&script=sci_arttext)
7. Quintero R, Muñoz M, Álvarez L, Medina G. Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. Pereira 2009. Invest Educ Enferm. 2010; 28(2): 204-213. (Consultado 28-07-2015) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v28n2/v28n2a07.pdf>
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 Nolzco 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](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. Rev PerGinecolobstet. [En línea] 2010 [Consultado: 23-08-2012]; 56(1). Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a02v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a02v56n1.pdf)
14. 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](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.oij.org/file\\_upload/publicationsItems/document/EJ1264091957.pdf](http://www.oij.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](http://www.unimedicos.com/sitio/contenidos_mo.php?it=998) Consultado 23-08-2012).
18. Programa de salud ocupacional. Servicio nacional de aprendizaje – SENA-Regional Antioquia 2011. (<https://docs.google.com/document/d/1Yir2GI7hIVh->

[AVqEU2elyvFOHj0jts-3XEQRtBjF2E/edit?hl=es&pli=1](#). Fecha de acceso: 28-05-2015)

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](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. 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 Septiembre [fecha de acceso 22 mayo 2015]; 56 (3). Disponible en : [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300004)
22. 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](https://www.unicartagena.edu.co/odontologia/Prevalencia%20de%20embarazo%20no%20planificado%20en%20estudiantes%20universitarios.pdf).
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Freno al embarazo adolescente, meta de MinSalud, Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia No. 20 – marzo 5 de 2013 ([http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace\\_MinSalud\\_20.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_20.pdf). Fecha de acceso 28-07-2015).
24. 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/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
25. 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\\_GEIH.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/Manual_Recoleccion_GEIH.pdf). Consultado 24-04-2012)
26. Carrillo U. Mortalidad materna en Colombia: .0. *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](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732007000200008)

27. 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.
28. 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
29. 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>
30. Land H. Funcionalidad familiar. (<http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/search/label/Familia>. Consultado 15 de agosto de 2013)
31. Arias C, Carmona I, Castaño J, Castro A, Ferreira A, González A, et al. Funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud ESE Manizales (Colombia), 2012. Arch Med (Manizales) (En línea) 2013; (Consultado 28-07-2015); 13 (2): 142-59. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/106>
32. 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](http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm)
33. 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>.
34. Veloza M. Salud familiar en familias con adolescente gestante. Rev UN IMSS [en línea] 2012 [consultado 28 de julio de 2015]; 10 (1): 75-81. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35439/3651>
35. 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](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004)
36. Mercer R. Perspectivas teóricas sobre la 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>.
37. 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)
  38. 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>
  39. Acevedo Alarid JA. La herencia para Guanajuato en el 2012. (<http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/9024858>. Consultado 23 de abril de 2013)
  40. 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](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000600004)
  41. 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](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/8_Dra_Corona-10.pdf)
  42. 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.
  43. 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.espace.edu.ec/bitstream/123456789/733/1/56T00251.pdf>.
  44. Mal vino E. Morbilidad Materna Aguda Severa (near miss). Disponible en: [http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/RECOPILA\\_morbilidad.pdf](http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/RECOPILA_morbilidad.pdf). Fecha de acceso: 3 de septiembre de 2013
  45. 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](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01634.06.12.pdf).

46. 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>.
47. ESE Hospital Local Cartagena de Indias. ESE Cartagena de Indias busca atender cinco mil partos anuales con “Maternidad Segura”. (<http://www.esecartagenadeindias.gov.co/paginas/Noticias.php?id=111#>. Fecha de acceso 31 -07-2015).
48. 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>
49. Parada A. El embarazo adolescente le cuesta al país. UN Periódico. 20 de marzo de 2005. Sec Sociedad. ([Viernes 12 de Mayo de 2015]; Disponible en :<http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/72/05.htm>
50. Landoni A, Della M. Uso de métodos anticonceptivos e información sexual en relación con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 18 años, escolarizadas, de la ciudad de Buenos Aires. *Rev. Sarda* [Internet]. Año 2010; [Consultado 12 Mayo 2015]; Disponible en: [http://www.sarda.org.ar/profesionales/publicaciones/revista\\_sarda/2003/Usode\\_métodos\\_anticonceptivos\\_e\\_informacion\\_sexual\\_en\\_relacion\\_con\\_los\\_antecedentes\\_de\\_aborto\\_en\\_una\\_muestra\\_de\\_adolescentes\\_embarazadas\\_de\\_13\\_a\\_18\\_años\\_escolarizadas\\_de\\_la\\_ciudad\\_de\\_buenos\\_aires](http://www.sarda.org.ar/profesionales/publicaciones/revista_sarda/2003/Usode_métodos_anticonceptivos_e_informacion_sexual_en_relacion_con_los_antecedentes_de_aborto_en_una_muestra_de_adolescentes_embarazadas_de_13_a_18_años_escolarizadas_de_la_ciudad_de_buenos_aires)
51. Gómez C. Montoya L. Social, demographic, family and economic factors related to adolescent pregnancy in the urban area of Briceño, 2012. *Vélez Rev. salud pública*. [Internet] Año 2014.[ Consultado 13 Mayo 2015]; 16(3): 394-406, Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
52. Galindo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. *Rev. D y S*. [Internet]. Año 2012; [Consultado 14 Mayo 2015]; 69-133: Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n69/n69a06.pdf>
53. Alonso R. Campo A. González A. Rodríguez B. Medina L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales 2005. *Rev. MGI* [Internet]. Año 2008; [Consultado 14 Mayo 2015];21(5-6): 1-6: Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_5-6\\_05/mgi095-605.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi095-605.pdf)



54. Mantilla B. Directora. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud, Universidad Industrial de Santander, PROINAPSA-UIS; 2005. [Consultado 14 mayo 2015]; Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>
55. Blanco A. Mejía M. Mesa A. Montoya P. Moreno D. Pacheco C. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación Documento regional - 2010 Comité regional andino para la prevención del embarazo en adolescentes. (diciembre de 2010) [Consultado 14 Mayo 2015]; Disponible en: [https://www.google.com.co/?gfe\\_rd=cr&ei=q49iVbuHBdPJgAT1kIFg#q=+adolescentes+y+j%C3%B3venes+a+servicios+de+salud+Propuesta+para+su+identificaci%C3%B3n+y+superaci%C3%B3n+Documento+regional+-+2010+Comit%C3%89+regional+andino+para+la+prevenci%C3%93n+del+embarazo+en+adolescentes](https://www.google.com.co/?gfe_rd=cr&ei=q49iVbuHBdPJgAT1kIFg#q=+adolescentes+y+j%C3%B3venes+a+servicios+de+salud+Propuesta+para+su+identificaci%C3%B3n+y+superaci%C3%B3n+Documento+regional+-+2010+Comit%C3%89+regional+andino+para+la+prevenci%C3%93n+del+embarazo+en+adolescentes)
56. Atiaja T. La desintegración familiar y el origen de los embarazos no deseados en las adolescentes de la Parroquia Veracruz perteneciente a la provincia de Pastaza en el periodo noviembre 2011 a junio 2012. Trabajo de Grado (Lic. Trabajo social) universidad técnica de Ambato facultad de jurisprudencia y ciencias sociales, Carrera trabajo social.[Consultado 18 de Mayo 2015]; Disponible en: (<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7829/1/FJCS-TS-157.pdf>),
57. Ceballos G. Suárez Y. Arenas K. Salcedo N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida 2013. Rev. Psicología uniantioquia. [Internet]. Año 2013; [Consultado 15 Mayo 2015];5(2): 31-43: Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AdolescentesGestantes-4865210.pdf>
58. Montes M. Álvarez G. Argote L. Osorio A. Osorio O. Gravidez en la adolescencia: significado para la familia de hoy 2005.Rev. Fam. Saúde Desenv. [Internet]. Año 2006; [Consultado 16 Mayo 2015]; 8(1): 16-25: Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7994-22844-1-PB.pdf>
59. Muñoz M. Oliva M. Oliva P. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. REV CHIL OBSTET GINECOL C [Internet]. Año 2009; 74(5): 281 - 285 Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500003&script=sci_arttext)
60. Hoffman S, Foster E, Furstenberg F. Reevaluating the costs of teenage childbearing. Demography [En línea] 1993 Feb 30 (Fecha de acceso 28-05-2015); (30):1-13. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8500641>.
61. Manlove J. Early motherhood in an intergenerational perspective: the experiences of a British cohort. J Marriage Fam. Rev. Journal of Marriage and Family. [En



- línea] 2007. [Consultado 17 Mayo 2015]; 59(2): 263-279 Disponible en: [http://www.jstor.org/stable/353469?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/353469?seq=1#page_scan_tab_contents).
62. González E. Leal I. Molina T. Chacón P. Patrón intergeneracional del embarazo adolescente en las hijas de una cohorte de mujeres que controlaron su primer embarazo en un centro integral para adolescentes embarazadas. . Año 2013; [Consultado 17 Mayo 2015]; 78(4): 282 – 289 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v78n4/art06.pdf>  
[http://www.jstor.org/stable/353469?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/353469?seq=1#page_scan_tab_contents)
63. Valenzuela M. Ibarra A. Zubarew T. Correa L. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. Rev. Índex Enferm. Año 2013. [Consultado 17 Mayo 2015]; 22(1-2) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100011&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100011&script=sci_arttext)
64. Gómez C. Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev. Salud pública. Año 2014. [Consultado 17 Mayo 2015]; 16(3): 394-406, Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
65. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa L. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. (<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>. Consultado: 29-05-2015)
66. Flórez C. Núñez J. Teenage Childbearing in Latin American Countries. Disponible en: (<http://econpapers.repec.org/paper/idbwpaper/3131.htm>. Fecha de acceso: 28-05-2015. Fecha de acceso 24-05-2015)
67. Arrieta J, Ramos E, Murillo M, et al. Rev.cienc.biomed. Prevalencia De Embarazos En Adolescentes Escolares En La Ciudad De Cartagena. Febrero A Junio De 2010. [Internet]. 2010 [citado 22 mayo 2015]; 1 (2): 162 – 167. Disponible en:<https://juanfe.org/wp-content/uploads/2013/03/Embarazo-en-Adolescentes-Cartagena-2010.pdf>
68. Determinantes del aborto inseguro y barreras de acceso para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres colombianas. Ministerio de Salud y Protección social y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014; Citado 22 mayo 2015. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/SM%20-Determ%20aborto%20inseguro.pdf>
69. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima, Perú: Luis Távara Orozco; 2011

70. Enríquez B. Bermúdez R. Puentes E. Jiménez M. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. Año 2010; [Citado 2 Junio 2015]; 36(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200013)
71. Doblado N. De la Rosa I. Junco A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. Año 2010; [Citado 2 Junio 2015]; 36(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000300011&script=sci_arttext)
72. Córdoba R. Escobar I. Guzmán I. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ese san Sebastián de la plata, Huila, 2009. RFS a [Internet]. Año 2012 [31 de mayo] páginas 1-49. Disponible en: <file:///C:/Users/PC-1/Downloads/38-120-1-PB.pdf>
73. Cobos L. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal - Santa Elena 2012-2013. Trabajo de Grado (Lic. enfermería) universidad estatal península de santa Elena facultad de ciencias sociales y de la salud escuela de ciencias de la salud, carrera de enfermería. [consultado 29- Mayo-2015]; Disponible en : <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/998/1/LIBETH%20COBOS%20-%20TESIS.pdf>
74. Ferreira B. Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes[Internet] Disponible en: : <http://www.monografias.com/trabajos26/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml#ixzz3bOJxeNEq>
75. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev Chil Obstet Ginecol (en línea) 2012 (fecha de acceso 24 de mayo de 2015); 77(2). URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n2/art08.pdf>
76. Romero L. Prácticas saludable relacionadas a complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes atendidas en consulta externa del centro de salud Velasco Ibarra Machala. 2012. Trabajo de Grado (Lic enfermería) Universidad de Machala facultad de ciencias químicas y de la salud, Escuela de Enfermería Machala Ecuador. [consultado 29- Mayo-2015]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3337/1/166.pdf>
77. Achachi M. Automedicación en el embarazo como factor etiológico de abortos atendidos en el hospital provincial docente Ambato en el periodo septiembre diciembre del 2014. Trabajo de Grado (título de Médico) universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera de medicina. [consultado 28- Mayo-2015]; Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/9259> <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9259/1/Achachi%20Mel%C3%A9ndez%20Dar%C3%ADo%20Xavier.pdf>

78. Muñoz M. Oliva M. Oliva P. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. REV CHIL OBSTET GINECOL C [Internet]. Año 2009; 74(5): 281 - 285 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n5/art03.pdf>.
79. Cardello C. Consumo de sustancias psicoactivas y embarazo adolescente. Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (sedronar) Observatorio argentino de drogas. Dirección provincial materno infantil (DPMI) [Citado 29 Mayo 2015];5(1): 1-13: Disponible en : <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temasespecificos/Consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20y%20embarazo%20adolescente.pdf>
80. Domínguez R, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol (en línea) 2011 abril-junio (fecha de acceso 24 de mayo de 2015); 62 (2). URL disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342011000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200004)
81. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol (en línea) 2005 Mayo-agosto (fecha de acceso 24 de mayo de 2015); 31 (2). URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000200003&script=sci_arttext)

# ***ANEXOS***

## 10. ANEXOS

Anexo 1: 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 INSCRITAS AL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA DE CARTAGENA – COLOMBIA; 2015**, (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

Anexo 2: Asentimiento informado para embarazadas menores de edad

**ASENTIMIENTO DEL MENOR**

Estimada adolescente:

Queremos solicitar su colaboración en este proyecto sobre los Factores y conductas de riesgo para la salud en adolescentes embarazada. Este estudio se está realizando en los centros de salud de la ciudad de Cartagena que manejen el programa Maternidad Segura de la ESE Hospital Local Cartagena de indias.

Te agradeceríamos que apoyaras a tus padres y/o acompañantes en los cuestionarios sobre: Características familiares de las adolescentes gestantes; APGAR Familiar; Factores y conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo. Los cuestionarios **son totalmente anónimos.**

Cuando hayan contestado el cuestionario, guárdalo en el sobre, por favor y entregarlo a el/la encuestador(a). **Ninguna persona del centro de salud donde se te está atendiendo podrá ver lo que has respondido.**

Aunque confiamos en que aceptes colaborar con nosotros, te recordamos que la participación en este estudio es voluntaria. Si no quieres responde el cuestionario, entrégalo sin contestar dentro del sobre.

Gracias por tu ayuda y colaboración

Firma del Tutor Y C.C

\_\_\_\_\_

Firma de testigo

\_\_\_\_\_

Firma del menor \_\_\_\_\_

**Anexo 3: 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 \_\_\_\_\_
12. ¿A qué edad tuvo su madre el primer hijo?

Anexo 4: CUESTIONARIO DE 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"> <li>• El tiempo de estar juntos)</li> <li>• Los espacios en la casa)</li> <li>• El dinero</li> </ul>					



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

## Anexo 6: TABLAS

### Sociodemográficas de las adolescentes

Tabla 1. Ciclo vital individual de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Adolescencia temprana	6	1,78
Adolescencia media	81	23,96
Adolescencia tardía	251	74,26
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 2. Ocupación de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Ama de casa	223	66,0
Empleada	4	1,2
Estudia y trabaja	3	,9
Estudiante	108	32,0
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 3. Régimen de salud de las adolescentes adscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Vinculado	2	0,59
Contributivo	7	2,07
Subsidiado	329	97,34
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 4. Estado civil de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Casada	10	3,0
Soltera	71	21,0
Unión libre	257	76,0
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 5. Escolaridad de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Primaria incompleta	6	1,8
Primaria completa	6	1,8
Secundaria incompleta	191	56,5
Secundaria completa	87	25,7
Técnica	41	12,1
Universitaria	7	2,1
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 6. Nivel socioeconómico de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
1	288	85,2
2	45	13,3
3	5	1,5
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

### Factores biológicos para la salud de las de las adolescentes embarazadas

Tabla 7. Trimestre de embarazo en el que se encontraban las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

<b>TRIMESTRE DE EMBARAZO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 trimestre	84	24,9
2 trimestre	142	42,0
3 trimestre	112	33,1
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 8. Número de embarazos que han tenido las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	<b>N</b>	<b>%</b>
1	251	74,26
2	63	18,64
3	18	5,33
4	4	1,18
5	2	0,59
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 9. Número de embarazos interrumpidos por las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	<b>N</b>	<b>%</b>
0	297	87,87
1	35	10,36
2	6	1,78
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo



Tabla 10. Enfermedades que padecían antes del embarazo las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	SI	%	NO	%
Desnutrición	4	1,2	334	98,8
Pulmón	7	2,1	331	97,9
Presión	1	0,3	337	99,7
Anemia	23	6,8	315	93,2
<b>Otra</b>	10	3,0	328	97,0

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 11. Enfermedades gineco-obstetricas que padecían durante el embarazo las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	SI	%	NO	%
Sangrado transvaginal	6	1,8	332	98,2
Anemia	46	13,6	292	86,4
Diabetes	2	0,6	336	99,4
Infecciones its	14	4,1	324	95,9
Hipertensiòn	1	0,3	337	99,7
Otra	11	3,3	327	96,7

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

### Características socio familiares de las adolescentes embarazadas

Tabla 12. Jefe del hogar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

JEFE DEL HOGAR	N	%
Abuelos	14	4,1
Hermano mayor	1	,3
Madre	66	19,5
Otros	65	19,2
Padre	48	14,2
Pareja	141	41,7
Tío	3	0,9
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 13. Tipología familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Pareja	48	14,2
Familia nuclear	56	16,6
Familia nuclear modificada	15	4,4
Familia nuclear reconstituida	12	3,6
Familia extensa	20	5,9
Familia extensa modificada	91	26,9
Familia atípica	96	28,4
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 14. Ciclo vital familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Formación de la pareja	91	26,9
Crianza inicial de los hijos	27	8,0
Familia con hijos prescolares	12	3,6
Familia con hijos adolescentes	21	6,2
Familia con adultos	17	5,0
Familia en plataforma de lanzamiento	168	49,7
Familia anciana	1	,3
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 15. Funcionalidad familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Funcionalidad	167	49,4
Disfuncionalidad leve	92	27,2
Disfuncionalidad moderada	54	16,0
Disfuncionalidad severa	25	7,4
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario APGAR familiar

Tabla 16. Edad a la que tuvieron su primer hijo las madres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
10 a 19	218	64,5
20 a 30	119	35,2
31 a 40	1	,3
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 17. Nivel educativo de las madres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Iletrado	19	5,62
Primaria incompleta	29	8,58
Primaria completa	85	25,15
Secundaria incompleta	86	25,44
Secundaria completa	88	26,04
Técnico	15	4,44
Universitario completo	1	0,30
No aplica	1	0,30
No sabe	14	4,14
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 18. Nivel educativo de los padres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Iletrado	23	6,8
Primaria incompleta	27	8,7
Primaria completa	75	22,2
Secundaria incompleta	65	19,2
Secundaria completa	74	21,9
Técnico	14	4,1
Universitario	10	3,0
No sabe	46	13,6
No aplica	2	0,6
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 19. Ocupación de las madres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Ama de casa	207	61,2
Empleada	69	20,4
Trabajadora independiente	56	16,6
Desempleada	1	0,3
No aplica	5	1,5
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 20. Ocupación de los padres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Desempleado	8	2,4
Empleado	96	28,4
No aplica	15	4,4
No sabe	24	7,1
Pensionado	5	1,5
Trabajador independiente	190	56,2
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 21. Estado civil de los padres de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Casados	42	12,4
No aplica	2	,6
Separados	148	43,8
Unión libre	130	38,5
Viuda	15	4,4
Viudo	1	,3
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario Características Familiares de las Adolescentes Gestantes

Tabla 22. Ingreso mensual familiar de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
<1 *SMLV	66	19,53
1-2 SMLV	222	65,68
>2 SMLV	50	14,79
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

\*Salario mínimo legal vigente

Tabla 23. Dependencia económica de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

	N	%
Otros	53	15,7
Padres	59	17,5
Pareja	225	66,6
Usted misma	1	,3
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de factores de riesgo en adolescentes durante su embarazo

### Conductas de riesgo para la salud de las adolescentes embarazadas de Cartagena.

Tabla 24. Conductas de riesgo para la salud de las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015

Conducta de Riesgo		N	%
CCP 1er Trimestre	SI	240	71,0
	NO	95	28,1
	NA	3	
CCP 2do Trimestre	SI	191	88,4
	NO	25	11,6
	NA	122	
CCP 3er Trimestre ( 7mo mes)	SI	104	91,2
	NO	11	8,8
	NA	223	
CCP 3er Trimestre ( 8vo mes)	SI	67	91,8
	NO	6	8,2
	NA	265	
CCP 3er Trimestre( Ultima 2 semanas )	SI	16	76,2
	NO	5	23,8
	NA	317	
Cuida su peso durante el embarazo.	SI	256	75,8
	NO	82	24,3
Evita Fumar	SI	314	92,9
	NO	17	5,0
	AV	7	2,1
Evita tomar alcohol	SI	306	90,5
	NO	21	6,2

	AV	11	3,3
Alimentación adecuada	SI	270	79,9
	NO	42	12,4
	AV	26	7,7
Evita Automedicación	SI	256	75,7
	NO	71	21,0
	AV	11	3,3
Complementos vit,Hierro	SI	274	81,1
	NO	55	16,3
	AV	9	2,7
Evita situaciones de estrés	SI	229	67,8
	NO	59	17,5
	AV	50	14,8
Recomendaciones del personal de salud (Exámenes de LABVacunas, cuidado dental.)	SI	289	85,5
	NO	35	10,4
	AV	14	4,1
Busca información sobre los cuidados del embarazo	SI	162	47,9
	NO	173	51,2
	AV	3	0,9
Evito Viajes o ejercicios bruscos	SI	251	74,3
	NO	76	22,5
	AV	11	3,3
Realiza ejercicios respiratorios que ayudan al desarrollo del embarazo	SI	172	50,9
	NO	139	41,1
	AV	27	8,0
Busco atención médica cuando sospecho que estaba en embarazo.	SI	220	66,9
	NO	118	34,9
Uso de Prendas ajustadas y zapatos altos.	SI	89	26,3
	NO	240	71
	AV	9	2,66

Fuente: Cuestionario de conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo

Tabla 25. Prevalencia de conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes inscritas al Programa Maternidad Segura de la ESE Cartagena de Indias - Colombia 2015.

	<b>F</b>	<b>%</b>
No Busca información sobre los cuidados del embarazo	173	51,2
No Realiza ejercicios respiratorios que ayudan al desarrollo del embarazo	139	41,1
No Busco atención médica cuando sospecho que estaba en embarazo.	118	34,9
No asistió CCP 1er Trimestre	95	28,1
Uso de Prendas ajustadas y zapatos altos.	89	26,3
No Cuida su peso durante el embarazo	82	24,3
No asistió CCP 3er Trimestre (Ultima 2 semanas)	5	23,8
No Evito Viajes o ejercicios bruscos	76	22,5
No Evita Automedicación	71	21
No Evita situaciones de estrés	59	17,5
No toma complementos Vit, Hierro	55	16,3
No tiene Alimentación Adecuada	42	12,4
No asistió a CCP 2do Trimestre	25	11,6
No sigue las recomendaciones(Exámenes de LAB Vacunas, cuidado dental)	35	10,4
No asistió CCP 3er Trimestre ( 7mo mes)	11	8,8
No asistió CCP 3er Trimestre ( 8vo mes)	6	8,2
No Evita tomar alcohol	21	6,2
No Evita Fumar	17	5,0

Fuente: Cuestionario de conductas de riesgo en adolescentes durante su embarazo