

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTROL
PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Por

FERNANDO ADRIAN GUERRERO CARRIZALES

MARIA DE LOURDES RANGEL MARISCAL

IRMA LETICIA SILOS IRACHETA

Asesor de Tesis

MCE. MARIA ABIGAIL HILARIO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el título de
LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Monterrey, Nuevo León, México, Octubre, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTROL
PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Por

FERNANDO ADRIAN GUERRERO CARRIZALES

MARIA DE LOURDES RANGEL MARISCAL

IRMA LETICIA SILOS IRACHETA

Asesor de Tesis

MCE. MARIA ABIGAIL HILARIO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el título de
LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Monterrey, Nuevo León, México, Octubre, 2014

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTROL
PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Aprobación de Tesis

ME. Juana Maria Candía Castro
Presidente

LEO. Ma. Ysela Castillo Sifuentes
Vocal

MCE. Maria Abigail Hilario Castillo
Secretario

MES. Alma Rosa Rodríguez García
Suplente

MES. Carlos Fernando Pérez López
Suplente

Agradecimientos

Le agradecemos a Dios por habernos permitido vivir hasta este día, habernos guiado a lo largo la vida, por ser nuestro apoyo, luz y camino de felicidad. Por darnos la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

Nos complace a través de este trabajo exteriorizar nuestro sincero agradecimiento a la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente, a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo, ética y sus conocimientos nos han servido para ser útiles a la sociedad. Especial reconocimiento merece el interés mostrado por nuestro trabajo y las sugerencias recibidas de la profesora MCE. Maria Abigail Hilario Castillo quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado el realizar esta tesis, nos ha brindado el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminado además con la que estamos en deuda por el ánimo infundido.

A las maestras Juana María Candía Castro, Ma. Ysela Castillo Sifuentes y Alma Rosa Rodríguez por la motivación para la formación y la conclusión de los estudios profesionales, además por sus enseñanzas durante este proceso.

Fernando, Lourdes y Leticia

Dedicatorias

El presente proyecto de investigación se lo dedicamos a nuestras familias que gracias a su apoyo hemos podido concluir con nuestra carrera profesional.

A nuestros padres por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A nuestros Hermanos por estar siempre presentes y acompañándonos, todo el resto de nuestras familias y amigos que de alguna manera siempre estuvieron brindando su apoyo y sabiduría para terminar nuestro proyecto de investigación.

A nuestros hijos, que son el motivo y la razón que nos ha llevado a seguir superándonos día a día, para alcanzar nuestras más apreciados ideales de superación, ellos fueron quienes en los momentos más difíciles nos dieron su amor y comprensión para poderlos superar, dejaremos a cada uno de ellos una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo lograrlo.

Fernando, Lourdes y Leticia

Tablas de Contenidos

	Pagina
Capítulo I	
Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Justificación	5
Objetivos	6
Capítulo II	
Marco Conceptual	7
Antecedentes de la investigación	7
Bases Teóricas	12
Definición de términos	25
Operacionalización de variables	26
Capítulo III	
Metodología	28
Tipo de Estudio	28
Nivel de Investigación	28
Diseño de la Investigación	28
Población	29
Muestra	29
Tipos de Muestreo	29
Criterios de Inclusión	29
Criterios de Exclusión	29

	Pagina
Técnicas e Instrumentos de Recolección de los Datos	30
Técnicas de Procesamientos y Análisis de los Datos	30
Validez y Confiabilidad	30
Ética del Estudio	31
Capítulo IV	
Aspectos Administrativos	32
Recursos Necesarios	32
Recursos Materiales	32
Recursos Espaciotemporales	32
Recursos Humanos	32
Cronograma de Actividades	33
Capítulo V	
Resultados	34
Confiabilidad de los Instrumentos y Análisis e Interpretación de los resultados	34
Características de los participantes	34
Nivel de Cumplimiento	36
Capítulo VI	
Discusión	42
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencia Bibliográfica	46

	Pagina
Anexos	52
Anexo I Consentimiento Informado	53
Anexo II Cedula de datos	54
Anexo III Cuestionario sobre Nivel de Cumplimiento de las Actividades del Control Prenatal de la Adolescente por el Profesional de Enfermería	55

Lista de Tablas

Tabla	Pagina
1 Datos Descriptivos	34
2 Estado Civil	35
3 Actualmente estudia	35
4 Estudios Actuales	35
5 Clasificación Total del Nivel de Cumplimiento	36
6 Nivel de Cumplimiento en el Primer Trimestre	37
7 Actividades del Segundo Trimestre del Embarazo	38
8 Actividades del Tercer Trimestre del Embarazo	39
9 Segunda parte de las Actividades del Tercer Trimestre del Embarazo	40
10 Clasificar el Nivel de Cumplimiento del Control Prenatal por Trimestre del Embarazo	41

RESUMEN

FERNANDO ADRIAN GUERRERO CARRIZALES
MARIA DE LOURDES RANGEL MARISCAL
IRMA LETICIA SILOS IRACHETA
Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente
Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Título del Estudio: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Número de Páginas: 57

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Área de Estudio: Centro de Salud

Objetivo y Método de Estudio: El objetivo del estudio fue describir el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería. Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal. Este estudio se conformó por n= 41 púerperas adolescentes que asistieron a la consulta de un centro de salud de Monterrey, Nuevo León. Se aplicó un cuestionario formulado por los investigadores en base a lo estipulado en el Modelo de Atención Obstetricia de la Secretaría de Salud, con alfa de Cronbach de .90, consta de cuarenta actividades que se realizan en el control prenatal, con cinco opciones de respuesta.

Resultados y Conclusiones: Los datos sociodemográficos: 43.9% son solteras, 85.4% no estudian. Por otra parte se observa que el 65.9 % del profesional de enfermería tiene nivel de cumplimiento de casi siempre en el control prenatal en general, 68.3% refiere que se la habla sobre los beneficios del hierro y ácido fólico en el primer trimestre, 63.4% se le notifica sobre signos y síntomas de alarma durante el segundo trimestre y 43.9 % se le informo y capacito en cuanto a la lactancia materna en el último trimestre. Sin embargo este estudio evidencio: que el 61% no confirma embarazo con fecha ultima de menstruación, que el fondo uterino nunca se realiza en el 17.7% así mismo el tercer trimestre nunca se checa posición del bebe. El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana.

Palabras Clave: control prenatal, adolescente, profesional de enfermería y nivel de cumplimiento

FIRMA DEL ASESOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El embarazo en edades tempranas es un problema social, de salud pública y alcance mundial que afecta a todos los estratos sociales debido a la insuficiente educación sexual y de acceso a métodos para el control de natalidad (Pérez, Núñez & Alonso, 2010). La atención obstétrica de estas futuras madres adolescentes, en colaboración del equipo multidisciplinario que incluyen: médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, va encaminada a fomentar una conducta social adecuada, así como prestar atención a los aspectos físicos, emocionales y sociales que conforman la sociedad (Colmenares, Montero, González & Reina, 2010).

La población de madres adolescentes en los últimos años ha tomado mayor importancia y cada vez es más notoria en nuestro país. El embarazo a edad temprana es un factor de riesgo para el recién nacido debido a la inmadurez y falta de conocimientos de los padres adolescentes, esto gracias al proceso de formación y desarrollo el cual influye de manera directa en la adaptación del rol maternal, evidenciándose por la poca experiencia que tiene para cumplir las necesidades básicas del recién nacido dentro de las cuales podemos encontrar: alimentación, higiene, afecto, sueño, signos de alarma y prevención de accidentes, los cuales ponen en riesgo el desarrollo armónico e integral del recién nacido (Martínez & Medina, 2009).

En el 2012 en México nacieron 472,987 niños cuyas madres eran menores de 19 años, más de la mitad de los mismos no fueron planeados y actualmente se registran altos porcentajes de embarazos en adolescentes. El porcentaje de nacimientos registrados en Nuevo León de madres jóvenes ha ido aumentando; de 14.8% que se registraba en el 2004 a 17.1% en 2011; se describe que el 25% de los hijos nacidos vivos pertenecían a mujeres entre 12 a 19 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013).

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional a lado de personas, familias o comunidades y son responsables de ofrecer cuidados específicos, basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud (Zarate, 2004). La enfermería materno infantil se define como la proveedora de todos los cuidados durante y después del embarazo tanto para la madre como el niño. Tiene como propósito el prevenir complicaciones o enfermedades que puedan interferir en el funcionamiento normal del ciclo reproductivo, el embarazo y el nacimiento. El objetivo de esta disciplina es educar a las mujeres embarazadas sobre su estado fisiológico dándole consejos y recomendaciones para que esta etapa de su vida sea grata sin ninguna anomalía tanto para ella, como para el feto y evitar así complicaciones a la hora del parto (Serrat, 2011).

El presente trabajo se realizó a través de un estudio retrospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de describir el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería. Se utilizó un instrumento diseñado por los autores; el cual fue sometido a prueba para su validez y confiabilidad.

Planteamiento del Problema

El profesional de enfermería se enfrenta a limitaciones en su trabajo cotidiano, lo que genera desmotivación y en algunas ocasiones falta de compromiso con las instituciones pero principalmente con el usuario. El objetivo de la salud prenatal está enfocada a la salud de la madre y el hijo, con énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos, que conlleve a la identificación de sucesos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como detectar riesgos o la necesidad de una atención médica específica y especializada (Hernández, 2012). La enfermera responsable del control prenatal, debe de contar con los elementos teóricos y con las habilidades cognitivas que le permitan la adecuada interpretación de los datos obtenidos con la finalidad de identificar oportunamente alguna anomalía en el embarazo y actuar de manera oportuna. Dicho profesional debe considerar, el riesgo de muerte materna en adolescentes, ya que representa el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años (Tapia, Jiménez & Pérez 2012).

La enfermera obstétrica tiene como función distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones; es necesario que la adolescente embarazada tenga garantizado el acceso a servicios de salud congruentes; los profesionales de la salud deben considerar cuestión prioritaria el cuidado prenatal, como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer (Fernández, Torrecilla, Morales & Báez, 2011).

Las adolescentes menores de 16 años tienen un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. La tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente 50% superior que la de los hijos en las mujeres de 20 a 30 años. Los expertos en salud refieren que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especializada durante el embarazo, parto y puerperio

para preservar su propia salud y la de sus bebés (Organización Mundial de la Salud. [OMS], 2009).

Por cada adolescente que muere en el parto, hay muchas más que padecen lesiones, infecciones y discapacidades prolongadas, como la fistula obstétrica (OMS, 2012). En los últimos años se han incrementado los embarazos en las adolescentes de manera alarmante y ocupan un espacio importante en la agenda pública en nuestro país. El embarazo adquiere distintos significados que implican la reproducción de riesgos maternos, transgresión y respuesta a la carencia afectiva donde además de ser un problema de salud, la gestación a edades tempranas implica un problema social con múltiples repercusiones en la vida de la adolescente y del recién nacido (Climent, 2009).

Diversas investigaciones han documentado que las adolescentes en esta etapa, carecen de educación sexual-afectiva, lo cual juega un rol importante en el embarazo del adolescente y por lo tanto en ellas existen mayores posibilidades de tener un segundo embarazo no deseado (Gamboa & Valdés, 2013). La atención prenatal ha constituido una parte integral de los servicios de salud que se prestan en áreas urbanas. Recientemente hay una mayor accesibilidad para aquellas poblaciones dispersas o muy alejadas, favoreciendo el incremento en el uso del control prenatal (García, 2011).

Por lo antes mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería?

Justificación

Actualmente, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública que trae como consecuencia complicaciones para la salud de la madre y el niño. Según la OMS, 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años son madres. En América Latina de cada 1000 mujeres embarazadas, 76 % son adolescentes lo cual conduce a la formación de hogares disfuncionales (Noguera & Alvarado, 2012).

La cobertura, calidad de la atención prenatal y el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materna e infantil; son por lo tanto, datos que se requieren para la evaluación de la situación general de la salud de la población, por otra parte, se debe recordar que el embarazo constituye una situación especial en la adolescente que está asociada con riesgos que incrementen en la probabilidad del daño o muerte tanto para el recién nacido y la futura madre adolescente (Castaño, 2009).

La adolescencia es un período de vida importante que lo que ocurra en su salud, será decisivo en su calidad de vida futura. Los jóvenes a menudo se enfrentan a situaciones de riesgo que pueden dejar secuelas para el resto de su vida. Una de estas, es el inicio precoz de su vida sexual activa que con frecuencia es el resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Tal liberación, expone a los jóvenes a la posibilidad de un embarazo que con frecuencia no es buscado ni esperado (Huanco, Ticona, Ticona & Huanco, 2012).

El personal de enfermería debe realizar un abordaje general cuyo objetivo sea primeramente la prevención de un embarazo y en caso de no ser así, brindar cuidado oportuno y de calidad a las adolescentes embarazadas (Rondón & Salazar. 2010). Es de ahí la importancia de describir el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería.

Objetivos

Objetivo General

Describir el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería.

Objetivos Específicos

Identificar los datos sociodemográficos de la adolescente embarazada.

Señalar las actividades que realiza el profesional de enfermería en el control prenatal de la adolescente.

Clasificar el nivel de cumplimiento del control prenatal por trimestre del embarazo.

Capítulo II

Marco Conceptual

Antecedentes de la Investigación

A continuación se citan diversos estudios que dan sustento al problema a investigar.

Prías y Miranda (2009). Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. Desarrollado en Colombia, describieron e interpretaron las experiencias relacionadas con los sentimientos e ideas experimentadas por las adolescentes al conocer su estado de embarazo. Realizaron un estudio descriptivo de abordaje cualitativo y se seleccionaron 22 participantes con los siguientes criterios: gestantes menores de 19 años que asistieron regularmente a control prenatal y aceptaron participar en el estudio. La entrevista duró aproximadamente entre 40 a 70 minutos. El embarazo en la adolescente es un evento traumático que moviliza sentimientos displacenteros y abrumadores; en el momento en que la adolescente se da cuenta del embarazo, emergen sentimientos como: miedo, tristeza, dolor, sufrimiento, culpa, vergüenza, decepción, frustración y baja autoestima. Las ideas que surgieron en la adolescente de su estado fueron: negación, evasión, incertidumbre, duda, arrepentimiento junto con deseos de abortar, los cuales no aparecen cuando la adolescente cuenta con el apoyo de su compañero o sus padres. Las adolescentes necesitan apoyo por el hecho de estar sensibles, lábiles e inseguras, situación que requiere que el equipo de salud muestre competencias en el área humanística.

Colmenares, Montero, Reina y González (2010). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. Determinaron en Venezuela, la relación que existe entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y el conocimiento de la embarazada sobre los

riesgos fisiológicos. El diseño fue cuantitativo no experimental, transversal y descriptivo, se estudiaron a 16 enfermeras con 41 adolescentes. El cuestionario que se utilizó para la enfermera consta de 42 ítems, con confiabilidad de 0.93 y para la embarazada 29 ítems, con confiabilidad de .79 según alfa de Cronbach. El 70 % se dedica al hogar y el 58.5 % tenía conocimiento sobre los riesgos fisiológicos. Se recomienda desarrollar actividades educativas en base a factores de riesgo fisiológico, y así mismo, evaluar la habilidad de la madre para aplicar el aprendizaje obtenido durante las sesiones educativas.

Blossiers, (2010). Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal un estudio cualitativo. Exploro en Perú la interacción entre el personal de salud y las adolescentes gestantes a partir de los significados de la sexualidad, el embarazo y el control prenatal en un Hospital Nacional de Lima. Se realizó un estudio cualitativo que incluyó observaciones de la interacción durante la consulta y entrevistas a profundidad a gestantes adolescentes (14), personal de salud (9) y a un grupo focal de gestantes. Existen percepciones y valoraciones socioculturales que no favorecen la comunicación entre ambos. El personal de salud argumenta que tener experiencias sexuales precoces significa que las jóvenes asumen el papel de adultas; consideran que las jóvenes no estaban preparadas biopsicológica y socialmente para ser madres. En esta concepción, el cuerpo de las jóvenes es concebido como un medio de control, intervención y poder ante la presencia del ginecoobstetra. Sin embargo, para las jóvenes embarazadas representa valorar su cuerpo como futura madre. Los significados del control prenatal para el personal de salud se orientan hacia los aspectos biomédicos desde el enfoque de riesgo, enfatizando en el contagio de enfermedades de transmisión sexual; en cambio para las adolescentes, es importante el trato por el personal de salud, que es diferenciado según el sexo del personal de salud, en donde de acuerdo a las adolescentes, las mujeres ofrecen un trato acogedor y cálido, sin descuidar los

aspectos cognitivos y científicos; mientras que los varones, en la mayoría de los casos, tienen una interacción más operativa y cognitiva. La interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el sexo del personal de salud y tiene significados diferentes para las gestantes, por lo que debe tenerse en cuenta esta información para mejorar la atención en el control prenatal de las adolescentes.

Domínguez y Herazo, (2011). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Llevaron a cabo un estudio en Colombia de corte transversal. Estimaron las diferencias entre los subgrupos de adolescentes embarazadas de 13 a 15 años; y de 16 a 18 años, con respecto a las complicaciones presentes durante el embarazo en la ciudad de Cartagena. Realizaron un estudio de corte transversal en 100 adolescentes embarazadas. Se exploraron variables sociodemográficas, estado nutricional, afiliación al servicio de salud, ocupación, prácticas de salud, ocupación, prácticas de salud sexual, reproductiva y control prenatal. Con respecto a las complicaciones durante el embarazo y parto, se indagó en las historias clínicas sobre la presencia de anemia, infección urinaria y vaginal, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, hipertensión y semanas de embarazo. El promedio de edad fue de 15 ± 1.2 años. En lo que respecta al estado nutricional, el 41.1% de las adolescentes entre 16 a 18 años, y el 28.1% de las jóvenes en adolescencia temprana presentaron bajo peso. El 100% de gestantes asistió al control prenatal y el 100% de recién nacidos fueron dados de alta como vivos. En relación con las complicaciones durante el embarazo y parto, las adolescentes de menor edad presentan mayor riesgo de preeclampsia que las de mayor edad, así mismo, se observa que las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pre término y parto por vía cesárea. Se concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a un mayor riesgo de complicaciones.

Jiménez, Peralta, Hinojosa, García, Castillo y Miranda (2012). Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal.

Describieron en México, los beneficios y barreras percibidos por la adolescente embarazada en el control prenatal. Realizaron un estudio descriptivo transversal y correlacional. La muestra se conformó por 120 sujetos en edades de 13 a 19 años. El promedio de edad fue de 17 ± 1.5 años, el promedio de edad gestacional fue de 31 ± 7.6 semanas, el 56% con secundaria, 77.4% vive con su pareja y el 4.3% con trabajo remunerado de medio tiempo. El 82.6% era su primer embarazo, el promedio de edad del primer embarazo fue a los 16.5 años, el 81.3% tiene dos hijos, 43.7% de las mujeres que ha tenido más de un embarazo no ha acudido a consulta clínica, el 64.3% a tenido hijo por cesárea. Refieren que los problemas más frecuentes en el embarazo son sangrado antes del parto 18.8%, presión alta 18.8% e infecciones 31.3%. Los beneficios identificados fueron un bebe sano, seguido de cómo proteger la salud. Las principales barreras percibidas son el tiempo en la sala de espera, las horas en la clínica y no encontrar cita. Se deben buscar estrategias de promoción de la salud, de los beneficios a corto y largo plazo al llevar a cabo el control prenatal y que este no sea tardío para evitar complicaciones en la madre y el hijo para fomentar hábitos saludables.

Monthiba y Maputle (2012). Factores que contribuyen al embarazo en la adolescente en el distrito de Capricornio en la Provincia de Limpopo. Identificaron los factores que contribuyen en el embarazo en las adolescentes, en Sudáfrica. Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo, la muestra se conformó con 100 embarazadas que acudieron a control prenatal con edades entre 13 a 19 años, el cuestionario constaba de 23 preguntas que se dividieron en tres partes: aspectos demográficos, factores que contribuyen en el embarazo del adolescente y comportamiento sexual. El 24% de los encuestados tenían entre 15 a 16 años y el 76% tenían entre 17 a 19 años. Los hallazgos revelan que el 60% de los encuestados comenzó a tener relaciones sexuales entre 13 a 15 años, el 44% dependía de los ingresos de los padres y el 16% recibió un subsidio social. El aumento en el número

de embarazos de adolescentes está causando gran preocupación y se está convirtiendo en un tema crítico. Esta situación requiere la atención urgente de todos los sectores de la sociedad para evitar que la vida de la familia se desintegre por completo.

Nwaru, Wu y Hemminki (2012). Determinantes del cuidado prenatal en la China rural: el rol del cuidado. Evaluaron e identificaron como se relacionan el control prenatal, las dudas acerca del embarazo y progreso del embarazo a través de los exámenes de rutina en China. Veinte municipios fueron divididos en dos grupos: uno control y pruebas de rutina. Las mujeres del grupo control recibieron la atención prenatal de rutina, aplicaron un cuestionario de 60 ítems sobre conocimientos, actividades y prácticas relacionadas con el control prenatal, parto y después del parto, la atención prenatal se consideró a partir del quinto mes. En el segundo grupo se evaluó el contenido de la atención de dos maneras: consejos o instrucciones recibidas y procedimientos de rutina y pruebas recibidas; además, se preguntó si recibieron asesorías sobre nutrición en el embarazo, enfermedades, problemas durante el embarazo y cuidados del niño después del nacimiento. Las pruebas de rutina se dividieron en tres áreas: presión arterial, análisis de sangre y ultrasonido. La recepción de las recomendaciones se clasificaron en tres categorías: atención suficiente, insuficiente y no hay información. El rango de edad de las mujeres estudiadas fue de 14 a 41 años tenían en promedio un solo hijo, solo el 42% de las mujeres inician el control prenatal antes del tercer mes, 64% tenían atención adecuada, 17% recibieron información adecuada sobre nutrición, enfermedades, problemas relacionados con el embarazo y cuidado infantil después del nacimiento. El 60% tenían conocimientos insuficientes, 14% tenían pruebas de presión arterial, análisis de sangre y ecografía. Las variables socio demográficas y socioeconómicas influyen en la atención prenatal, ésta determina los factores a los que la mujer se expone durante los embarazos; además, pueden ser indicadores de calidad de la atención.

Bases Teóricas

A continuación se describen algunos conceptos que guían el presente trabajo de investigación. Se tomo como base lo propuesto en el Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica diseñado por la Secretaría de Salud (SS) en el 2005.

La enfermera obstétrica es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y respeto a la interculturalidad de tal forma que asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles. Entre sus actividades se encuentran confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante las siguientes acciones: integrar historia clínica gineco-obstétrica, lo que comprende aplicar técnicas y procedimientos. Realizar el interrogatorio general y obstétrico. Efectuar exploración física general y ginecológica. Realizar somatometría. Determinar las cifras de las constantes vitales. Valorar altura del fondo uterino. Realizar las maniobras de Leopold. Auscultar la frecuencia cardíaca fetal. Valorar el estado nutricional de la madre. Solicitar exámenes básicos de laboratorio. Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas. Referir oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la embarazada ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones: programar el número de consultas de acuerdo con el estado

general, edad gestacional y características individuales y familiares. Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento. Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo. Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos. Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico e identificar cambios en el estado emocional que requieran de atención especializada. Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido. Promover la adquisición de hábitos higiénicos dietéticos saludables durante el embarazo. Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual. Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna. Promover la integración de la pareja en el programa de atención prenatal. Brindar consejería a la pareja sobre aspectos de planificación familiar.

Identificar, utilizar o implementar las redes de apoyo familiar y de la comunidad para la atención del parto. Realizar los acuerdos con la comunidad para la creación de las redes de apoyo. Realizar los trámites correspondientes, para que las embarazadas potenciales a utilizar las redes de apoyo cuenten con los medios necesarios para el uso de éstos. Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto. Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, porque cuenta con los conocimientos y aptitudes para: valorar inicialmente las condiciones maternas y fetales a través de registrar e interpretar las cifras de los signos vitales (T/A, FC, FR y Temperatura). Efectuar las maniobras de Leopold. Auscultar y medir la frecuencia cardíaca fetal. Valorar la dinámica uterina. Identificar los periodos clínicos del trabajo de parto. Valorar las condiciones de las membranas ovulares. Valorar el grado de encajamiento. Identificar oportunamente signos y síntomas que indiquen el

inicio del trabajo de parto. Identificar factores de riesgo durante todo el proceso. Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alto riesgo. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante la presencia inminente de complicaciones durante el parto y en caso necesario asistirle durante su traslado.

La Adolescencia

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. Comprende entre los 10 a 19 años, se diferencia en tres períodos que son: adolescencia temprana (10 a 13 años): biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía, psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años): cuando ha completado prácticamente su desarrollo y crecimiento somático; también, es el período de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades, se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años). Por lo general, casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia a las relaciones íntimas y el grupo de amistades, va perdiendo jerarquía; además,

desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (Contreras, 2011).

Los cambios físicos en la adolescencia son de orden endócrino con la evolución de los caracteres sexuales en la pubertad en ambos sexos y diferencias físicas; dentro de la esfera psicológica, se inicia una madurez psicológica con el despertar sexual que ocasiona en los adolescentes busquen un afecto mal comprendido en una relación de noviazgo y por ende un inicio de vida sexual, lo que puede conllevar al embarazo en la adolescencia (Secretaría de Salud [SS], 2012).

El embarazo en la adolescente es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen (Weber,2011). El embarazo en la adolescencia tiene diferentes connotaciones que van desde un embarazo prematuro, embarazo temprano hasta no deseado o no planeado; en la actualidad, se está revisando la terminología, puesto que según algunas posturas se dice que a la luz de los derechos sexuales, reproductivos y de la perspectiva de género, luce incompleto y se omite un actuar importante en la ocurrencia del fenómeno: el hombre adolescente (Gamboa & Valdés, 2013).

El embarazo no planeado durante la adolescencia es considerado ante la sociedad como inmoral debido a que se exige la unión matrimonial previa y el embarazo resultante dentro de esta unión; es decir, la sociedad critica que las adolescentes tengan vida sexual activa porque la consideran extemporánea e inadecuada, según los valores sociales y morales del mundo adulto (Armendáriz & Medel, 2010).

En la adolescente menor de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal; se exageran los temores por el trabajo del parto, se preocupan más por sus necesidades personales y no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. La mayoría de los embarazos son a consecuencia de

abuso sexual, se vuelven dependientes de su madre, sin lugar para la pareja, aunque ella exista realmente, no identifican a su hijo como un ser independiente de ellas, no asumen su crianza, lo que generalmente queda a cargo de los abuelos (Contreras, 2011).

En la adolescencia media, entre los 14 a 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que dramaticen la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como poderoso instrumento que le afirme su independencia de los padres; por lo general, oscilan entre la euforia y la depresión; además, temen el trabajo del parto y la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo importante para ellas la presencia de un compañero; si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo (Chávez, 2012).

En la adolescencia tardía, a partir de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja, jugando el papel de madre joven (Suarez & Zamora, 2013). La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes; en resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará influenciada por la etapa de su vida por la que transita y si es realmente una adolescente aún, necesitará ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida (Noguera & Alvarado, 2012).

Los factores de riesgo del embarazo precoz comprenden: edad de la menarquía, deseo de independencia, ignorancia de su anatomía, fisiología,

desconocimientos de métodos preventivos, soledad, baja autoestima, embarazo anterior, uso, abuso de drogas y por último, los familiares que incluyen: la inestabilidad familiar, padres con enfermedad crónica, algún familiar que haya vivido un embarazo precoz, falta de comunicación, liberación de costumbres, estrato social, presión grupal o pareja, carencia de oportunidades reales, medios de comunicación social, falta de políticas coherentes, abuso sexual, prostitución y pornografía en adolescentes (López, 2011).

Complicaciones del embarazo de la adolescente

Las adolescentes embarazadas tienen una tasa más alta de complicaciones médicas; tales como: la preeclampsia, eclampsia, hipertensión, anemia, diabetes gestacional, infecciones del tracto genitourinario, placenta previa, parto prematuro, infecciones de transmisión sexual y pueden culminar hasta la muerte, por lo tanto es de vital importancia que la atención de la adolescente embarazada esté centrada en forma holística, no sólo para ella sino también para su futuro hijo y dicha atención se brinde con la mejor calidad posible (Al –Sahab, Heifetz, Tanim, Bohr & Connolly, 2012).

La atención de calidad es la que identifica y realiza las necesidades de salud; educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento, de los individuos o de la población de una forma total. Con el embarazo en la adolescencia, nos referimos a la totalidad de embarazos ocurridos en mujeres que aún no son adultas y desde el punto de vista biopsicosocial todavía no están aptas para la maternidad (Hernández, 2012).

En los últimos años, el embarazo en la adolescencia ha sido etiquetado como un problema de salud pública, debido a que se concentra en grupos de población que presentan condiciones socioeconómicas bajas, no cuentan con el apoyo y la atención necesarios. Se ha asociado con el aumento de desenlaces adversos como puede ser

productos de bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte materna y perinatal (Bárcena, Lanchipa & Ramírez, 2012).

Norma 007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

A efecto de reforzar la atención prenatal, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró estrategias de Salud Materno Infantil; en México, estas estrategias se encuentran contenidas en la Ley General de Salud, dentro de la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 de la Secretaría de Salud, la cual señala que el control del embarazo normal se llevará a cabo mediante un mínimo de cinco consultas; dicho principio es obligatorio en todas las unidades de salud del sector social y privado del país que brindan atención obstétrica.

El control prenatal debe hacerse de la siguiente manera: la primera consulta en el transcurso de las doce semanas, la segunda consulta entre las 22 a las 24 semanas, la tercera consulta entre la semana 27 a la 29, la cuarta consulta entre la 33 a la 35 y la última entre la 38 a las 40 semanas. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de las 42 semanas.

Los objetivos del control prenatal son: brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y del niño, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, aliviar molestias y síntomas menores del embarazo, preparar a la embarazada para el nacimiento y la crianza del recién nacido; prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo y detectar alteraciones en la salud materna y fetal. La gran mayoría de las embarazadas tiene una idea elemental de todo este proceso; el cual, puede ir desde identificarlo como una enfermedad hasta considerarlo como una etapa normal que no requiere atención médica, por lo que no creen necesaria la asistencia al control prenatal si se sienten bien.

Características del Control Prenatal

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materno/ fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

a) Precoz: debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

b) Periódico: para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento; también, favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materno/ fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

c) Completo: las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional (Leyva & Miranda, 2010).

Se ha identificado que las barreras presentes en el proceso de atención de control prenatal son: acceso deficiente a causa de restricciones económicas de la persona, capacidad insuficiente, requerimientos complicados para acceso al sistema de atención a la salud; es decir, que no es cordial para el usuario, negación ó falta de percepción de la gestación, actitudes o creencias personales acerca de la importancia de la atención prenatal. Falta profundizar en el conocimiento y explicación de las creencias o motivos propios del sujeto, en este caso la embarazada, que le conducen hacia la ejecución de conductas de asistencia al control prenatal; esto imposibilita el

diseño de programas de intervención que mejoren el uso de la atención prenatal por las mujeres que lo buscan tardíamente o que no lo hacen (Zingman, 2010).

La evidencia muestra que la mejor estrategia es la prevención, prevenir es menos costoso que curar y es un hecho innegable que el embarazo de la adolescente constituye un fenómeno de gran consumo de recursos públicos, por tanto entre más se caracterice este hecho y las intervenciones en salud se centren en los determinantes identificados, los recursos se distribuirán de forma más equitativa lográndose la eficacia y la eficiencia en los servicios de salud. Aún en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas (Jiménez, Peralta, Hinojosa, García, Castillo & Miranda, 2012).

Cuidado de enfermería en control prenatal

Otro aspecto fundamental que concierne a ésta área es el cuidado enfermero, entendiéndose como el cuidado que la enfermera presta a la futura madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio. La enfermera materno infantil establece en las gestantes y sus familias una relación de confianza y entendimiento, reconoce necesidades y problemas, actúa en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad. El fin de la asistencia es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas de salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible; en el sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres. No sólo se debe interesar por su salud física y bienestar, sino que debe fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares; el

cuidado de la salud que recibe la gestante durante el embarazo comienza con la asistencia prenatal (Blossiers, 2010).

Dentro de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) en el dominio conocimiento y conducta de la salud en la clase de control del riesgo y seguridad, aparece el resultado control del riesgo: embarazo no deseado (1907), en la cual las acciones personales para prevenir o reducir la posibilidad de un embarazo se centran por parte del personal de enfermería en: reconocer el riesgo de embarazo no deseado, supervisar las consecuencias personales asociadas con un embarazo no deseado, comprender los procesos fisiológicos de la concepción, desarrollar estrategias efectivas de prevención del embarazo, adaptar las estrategias de prevención del embarazo, comprometerse con estrategias de prevención, seguir las estrategias seleccionadas de prevención de embarazo, utilizar sistemas de apoyo para fomentar la estrategia de prevención, utilizar los recursos sociales disponibles, identificar los métodos apropiados de control de la natalidad, conseguir material y dispositivos anticonceptivos, utilizar métodos anticonceptivos de forma correcta y utilizar los servicios sanitarios de forma congruente a sus necesidades (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2009).

Así mismo, las intervenciones dirigidas a la consecución de este objetivo están referidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), las cuales comprenden: instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo, animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales, animar a los padres a que asistan a clases prenatales, instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo, vigilar el estado nutricional, vigilar las ganancias de peso durante el embarazo, remitir a la paciente a programas de alimentación complementaria, mujeres, preescolares y niños; si procede, instruir a la paciente en los ejercicios y reposo adecuados durante el embarazo, instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada en función del

peso anterior al embarazo, comprobar el ajuste psicosocial de la paciente y la familia durante el embarazo, valorar la presión sanguínea, controlar los niveles de glucosa y proteína en orina, vigilar el nivel de hemoglobina; observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema, explorar los reflejos de tendones profundos, instruir a la paciente sobre los signos de peligros que impliquen la notificación inmediata, medir la altura del fondo y compararlo con la edad gestacional, determinar los sentimientos de la paciente acerca del embarazo no deseado, determinar si el embarazo no deseado ha sido aprobado por la familia, ayudar en la toma de decisiones para seguir adelante o renunciar al niño, asesorar a la paciente acerca de los cambios en la sexualidad durante el embarazo, determinar el sistema de apoyo social, ayudar a la paciente a desarrollar y utilizar el sistema de apoyo social, asesorar a la paciente sobre los modos de adaptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo, ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan al embarazo, ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo, discutir los cambios de imagen corporal con la paciente, instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetales, comprobar la frecuencia cardíaca fetal, enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal, enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo, instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto, remitir a la paciente a un programa para dejar de fumar; si corresponde, instruir a la paciente acerca de los efectos dañinos que tienen en el feto el alcohol y las drogas, incluyendo los fármacos de venta libre, remitir a la paciente a un programa de tratamiento de dependencia de drogas; si es el caso, instruir a la paciente sobre los teratógenos ambientales que habrá de evitar durante el embarazo, determinar la imagen que tiene la madre del niño aún por nacer, guiar a la paciente en la percepción de la imagen del niño aun por nacer; si procede, dar a los padres la oportunidad de oír los tonos cardíacos fetales lo antes posible , dar a los

padres la oportunidad de ver la imagen por ecografía del feto, determinar antes del nacimiento si los padres ya disponen de nombres para los dos géneros, remitir a la paciente a las clases de preparación para el alumbramiento, remitir a la paciente a clases de cuidados de bebés/maternidad, si procede (Bulechek, Butcher & McCloskey, 2009).

Diversas investigaciones refieren que el embarazo en América Latina es contra productivo por numerosas razones, entre las que destacan: mayores riesgos de salud para madres y bebés, debilita la inserción, el logro escolar y se asocia a la incorporación precaria en el mercado de trabajo. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales, tienen menos recursos y capacidades para enfrentar los desafíos que implica la crianza, dificultad para consolidar una familia, reproducción intergeneracional de la pobreza, son más vulnerables a la violencia, a la coerción o la influencia de otros y la desaprobación con castigos formales o informales (Rodríguez, 2012).

Existen factores que influyen para que la adolescente viva un embarazo no planeado, los cuales comprenden: nivel económico y social. Las condiciones económicas de las madres adolescentes son más críticas que las de las jóvenes que no han estado embarazadas. Algunos estudios sugieren que la identificación y satisfacción con una religión y con valores religiosos las lleva a un estado de satisfacción personal que actúa como una influencia protectora del inicio de relaciones sexuales a temprana edad, influencia del grupos de amigos; se refugia en amigos y por ley natural de ahí progresa hacia una relación amorosa, donde generalmente, inician su vida sexual a edad temprana, de la cual pueden surgir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, la influencia de los medios de comunicación donde se promueve la relación amorosa sin un sentido de respeto hacia la persona, donde no se referencia el respeto por el cuerpo, por la

determinación individual ni por la salud mental; los factores personales, familiares y sociales, bajo nivel de aspiraciones profesionales, escaso conocimiento de métodos anticonceptivos, poca habilidad al controlar sus emociones y baja autoestima (Torices & Ávila, 2012).

Los factores familiares incluyen disfunción familiar, escaso apoyo afectivo, baja escolaridad de los padres y violencia intrafamiliar. En los factores sociales se encuentran los mitos y tabúes acerca de la sexualidad, el nivel socioeconómico bajo, los estilos de vida observados por las adolescentes, los problemas de alcoholismo, drogadicción en la comunidad y los mensajes subliminales manejados por los medios de comunicación (Pasqualini & Llorens, 2010).

Cuando la adolescente se enfrenta al embarazo no planeado, su primera reacción es de negación y enojo al concientizar el aumento de responsabilidades por la dificultad de hacer compatible el rol de madre con el de estudiante; además, vive un proceso de ajuste de identidad sobre decidir continuar con el embarazo o cambiar su rol y planear estrategias o acciones, en las cuales decide continuar o no con el embarazo. El abortar o tener un hijo generalmente es un dilema por muchas adolescentes, con frecuencia se presenta una actitud de rechazo por miedo a la respuesta de la familia (Torices & Ávila, 2012).

Definición de Términos

Adolescencia: período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 a 20 años (Quesada, Romero, Prieto & Rodríguez, 2010).

Nivel de cumplimiento: son las actividades que se llevan a cabo como consecuencia de una obligación profesional (Arispe, Salgado, Tang, González & Rojas, 2011).

Control prenatal: se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo, obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (NOM-007-SSA-2010).

Profesional de Enfermería: persona que ha concluido sus estudios en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente (Burgos & Paravic, 2009).

Operacionalización de Variables

Tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente y Estadística
Dependiente Nivel de cumplimiento	Son las actividades que se llevan a cabo como consecuencia de una obligación profesional.	Es la frecuencia de las actividades que realiza el profesional de enfermería para la prevención y mantenimiento de la salud de las adolescentes embarazadas.	Ordinal Donde se clasificó la frecuencia de las actividades Siempre= 100 Casi siempre= 68-99% Algunas veces=34-67% Casi nunca = 1-33% Nunca= 0%	Cuestionario sobre nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente el profesional de enfermería (CNCCPAE) Frecuencias y Porcentajes.
Control Control prenatal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	Es el número de consultas que asistió la adolescente embarazada con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar los factores riesgo.	Nominal Número de consultas	Cedula de datos Promedio, moda, mediana, varianza y desviación estándar.

Control Adolescente embarazada	Embarazo que se produce en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 a los 19 años.	Son las mujeres de 10 a 19 años que asistieron a control prenatal.	Nominal	Cedula de datos Frecuencia y porcentaje
Control Condición Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición civil de las adolescentes embarazadas	Nominal Soltero Casado Unión Libre Viuda Divorciada	Cedula de datos Frecuencia y porcentaje
Control Ocupación	Ejecución de tareas que implica un esfuerzo físico o mental y que tiene por objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	Tareas que desarrolla la adolescente embarazada para atender sus necesidades humanas	Nominal Ama de casa Obrera Empleada Estudiante	Cedula de datos Frecuencia y porcentaje
Independiente Profesional de Enfermería	Es un enfermero con título y cédula para el ejercicio de la enfermería.	Profesional de enfermería con título y cédula profesional que presta servicio a la adolescente embarazada en un centro de salud.	Nominal Enfermera(o) que presta su servicio en la consulta prenatal	Cedula de datos Frecuencia y porcentaje

Capítulo III

Marco Metodológico

En este capítulo se describe el diseño de investigación del estudio, población, técnica de muestreo y tamaño de muestra que fue estudiado así como los criterios de inclusión; además se incluye, la descripción de los instrumentos que se utilizaron, el procedimiento para la obtención de información, consideraciones éticas además de las estrategias que se aplicaron en el análisis de los datos.

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo retrospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal. Cuantitativo ya que se midió estadísticamente las variables. Descriptivo porque se limitó a describir, documentar sin realizar algún otro tipo de análisis y transversal ya que se midió en un sólo momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Nivel de Investigación

Según sus variables es una investigación simple; su nivel de medición y análisis de la información es descriptiva.

Diseño de la Investigación

El diseño del estudio es descriptivo porque tiene por objetivo describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de forma natural (Pólit & Hungler, 2000). En este estudio; se describen las características sociodemográficos de las adolescentes embarazadas, el nivel cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería. Se realizó de forma transversal ya

que la obtención fue en un sólo momento a través de dos instrumentos que son una Cédula de identificación (Anexo II) y un Cuestionario sobre nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería (CNCCPAE) (Anexo III).

Población y Muestra

El tipo de población fué accesible ya que en este estudio se conformó por puérperas adolescentes que asistían a la consulta de un centro de salud de Monterrey, Nuevo León, que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento firmado (Anexo I). Durante los meses de mayo a junio de 2014. El tamaño de la muestra fué no probabilístico, por conveniencia a los que después de firmar el consentimiento informado se les aplicó una cédula de identificación y posteriormente el cuestionario sobre nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería.

Tipos de Muestreo

El muestreo fue intencional, ya que sólo se evaluó a 41 puérperas adolescentes que firmaron el consentimiento informado para participar en dicho estudio.

Criterios de Estudio

Inclusión: todas las adolescentes que cumplieran con el número de citas (cinco) de control prenatal con una enfermera(o) profesional y que acudió a la primer consulta posterior al parto. Previo consentimiento informado.

Exclusión: Puérperas adolescentes que no desearon participar en el estudio.

Eliminación: Todas los cuestionarios incompletos.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se les invitó a participar en el estudio a las puérperas adolescentes, previo consentimiento informado, firmado (Anexo I). Al aceptar se inicio a tomar las mediciones las cuales fueron registradas en los formatos establecidos, agradeciendo por su participación en el estudio. Se aplicaron dos instrumentos diseñados por los investigadores; el primero la cedula de datos contiene edad, estado civil, grado de estudios de la puérpera adolescente y número de consultas. El segundo, el cuestionario sobre nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería (CNCCPAE), consta de cuarenta actividades que se realizan en el control prenatal, en el cual cuentan con cinco opciones de respuesta que van de 0 a 4, donde 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = algunas veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre. Donde se clasificó la frecuencia de las actividades en siempre = 100%, casi siempre = 68-99%, algunas veces = 34-67%, casi nunca = 1-33% y nunca = 0%.

Se solicitó la autorización para la realización del estudio a los Comités de Ética e Investigación de la institución. Al aceptar participar, se iniciaron la toma de las mediciones las cuales fueron registradas en los formatos establecidos agradeciendo por su participación en el estudio.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos

Los resultados del estudio fueron analizados, utilizando el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versión 19.0 para *Windows*. Se utilizó estadística descriptiva como media, moda, mediana, varianza, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Validez y Confiabilidad

El cuestionario sobre nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería (CNCCPAE), fué sometido a

técnica Delphi por una ronda de tres expertos: Maestro de Enfermería, Enfermera Materno Infantil y Sub Jefe de Enfermería.

Ética del Estudio

El estudio se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA, 1987).

Respecto al Artículo 14, fracción I, V, VI, VII y VIII se contó con el consentimiento informado por escrito de todos los participantes de la investigación, el estudio contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética de la Institución.

De acuerdo al Artículo 16 se protegió la privacidad del participante, los instrumentos de papel y lápiz no contuvieron el nombre del participante.

En cuanto al Artículo 17, fracción II se consideró una investigación de riesgo mínimo. Se respetó el Artículo 20 mediante la participación voluntaria de cada participante. De acuerdo al artículo 21 fracción I, VI, VII, VIII, a los participantes se les explicó el objetivo y justificación de la investigación, garantizando dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración del procedimiento, contaron con la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo decidieron.

Capítulo IV

Aspectos Administrativos

Recursos Necesarios

Recursos Materiales

Revistas Científicas, libros de metodología de la investigación, USB (3), copias, folders, plumas, libretas, lápices, computadoras (3), horas en internet, impresiones, paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0 para Windows.

Recursos Espaciotemporales

Para la realización del trabajo, las reuniones se llevaron a cabo en la biblioteca de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente. El tiempo estimado para la realización del trabajo sin incluir los días de asesoría, fueron reuniones de una vez por semana, para la corrección del trabajo, así como la obtención de la información.

Recursos Humanos

Tres investigadores de tiempo completo y un asesor:

Guerrero Carrizales Fernando Adrian, Rangel Mariscal María de Lourdes y Silos Iracheta Irma Leticia. Asesor: MCE María Abigail Hilario Castillo.

Recursos Financieros

Los pasajes y asesorías de la investigación fueron autofinanciados por los investigadores.

Capítulo V

Resultados

Análisis e Interpretación de Resultados

El presente capítulo describe la confiabilidad del instrumento, las características de los participantes y las variables de interés, mediante la estadística descriptiva.

Confiabilidad del Instrumento y Características de los Participantes

El alfa de Cronbach del Cuestionario sobre nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería (CNCCPAE), mostró consistencia interna aceptable de .90 (Burns & Grove, 1997). La muestra se conformó por 41 adolescentes en etapa de puerperio. La tabla 1 muestra la edad y el número de consultas con datos descriptivos. El promedio de edad de las participantes fue de 13.95 ± 1.942 años.

Tabla 1 *Datos Descriptivos*

Variables	\bar{X}	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo	Rango
Años cumplidos	15.93	1.942	13	19	66
Número de consultas	6.46	1.535	3	10	77

Fuente: CD. Junio, 2014

n=41

La tabla 2. Indica el estado civil de las participantes donde el 43.9% (18) son solteras.

Tabla 2. *Estado Civil*

Estado Civil	<i>f</i>	%
Soltera	18	43.9
Casada	8	19.5
Unión libre	15	36.6
Total	41	100

Fuente: CD. Junio, 2014

n=41

Tabla 3. Se señala si actualmente estudian o no las participantes en las que el 82.9% (34) no estudian.

Tabla 3. *Actualmente estudia*

Actualmente Estudia	<i>f</i>	%
No estudia	34	82.9
Estudia	7	17.1
Total	41	100

Fuente: CD. Junio, 2014

n=41

La tabla 4. Se observa los estudios actuales de las participantes, el 82.9% (34) no estudian nada.

Tabla 4. *Estudios Actuales*

Estudios actuales	<i>f</i>	%
Nada	34	82.9
Secundaria	2	4.9
Preparatoria	1	2.4
Carrera técnica	2	4.9
2Profesional	2	4.9
Total	41	100

Fuente: CD. Junio, 2014

n=41

Al preguntar sobre algún tipo de riesgo que presentó al final del segundo trimestre hasta el parto o puerperio, las adolescentes manifestaron no tener ningún tipo de riesgo en el 100% (41) de los casos. La tabla 5. Se observa la clasificación total del nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería, el 65.9% (27) tiene cumplimiento de casi siempre.

Tabla 5. *Clasificación Total del Nivel de Cumplimiento*

Nivel de Cumplimiento	<i>f</i>	%
Algunas veces	2	4.9
Casi siempre	27	65.8
Siempre	12	29.3
Total	41	100

Fuente: CNCCPAE, Junio, 2014

n= 41

Tabla 6. Se enuncia el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente por el profesional de enfermería. Las actividades que siempre realiza son: hablarle sobre los beneficios del hierro y ácido fólico con 68.3% (28), respectivamente y las que nunca realiza es confirmar el embarazo con la fecha última de menstruación con 61% (25), esto durante el primer trimestre.

Tabla6. Nivel de Cumplimiento en el primer trimestre

	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Actividades del Primer Trimestre										
Confirma embarazo con FUM	25	61	7	17.1	4	9.8	1	2.4	4	9.8
Signos vitales			1	2.4			15	36.6	25	61
Interrogatorio general			2	4.9	4	9.8	13	31.7		
Exámenes de laboratorio	3	7.3	4	9.8	5	12.2	19	46.3	10	24.4
Programa citas según estado de salud y edad gestacional					3	7.3	14	34.1	24	58.5
Beneficios Hierro	1	2.4			1	2.4	11	26.8	28	68.3
Ácido fólico	1	2.4			2	4.9	10	24.4	28	68.3
Efectos nocivos: tabaco, alcohol y drogas					2	4.9	12	29.3	27	65.9
Ambiente familiar del recién nacido	5	12.2	6	14.6	22	53.7	4	9.8	4	9.8
Hábitos dietéticos	2	4.9			6	14.6	27	65.9	6	14.6
Complicaciones: sangrado anormal			2	4.9	6	14.6	21	51.2	12	29.3

Fuente: CNCCPAE, Junio, 2014

n= 41

La tabla 7. Expone las actividades que cumple la enfermera en el control prenatal de la adolescente durante el segundo trimestre del embarazo. Las actividades que se cumplieron siempre son: notificar sobre signos y síntomas de alarma con 63.4% (26) y la actividad que nunca se realizó con 17.1%(7) fué medir fondo uterino.

Tabla 7. *Actividades del Segundo Trimestre del Embarazo*

Actividades del Segundo Trimestre	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Fondo uterino	7	17.1	5	12.2	4	9.8	12	29.3	13	31.7
Tipo de riesgo en el embarazo					4	9.8	19	46.3	18	43.9
Complicación referida al médico	4	9.8	4	9.8	9	22	10	24.4	14	34.1
Signos y síntomas de alarma			2	4.9	4	9.8	9	22	26	63.4
Actividad física en el embarazo	1	2.4	2	4.9	24	58.5	12	29.3	2	4.9
Actividades recreativas			3	7.3	29	70.7	6	14.6	3	7.3
Actividades sexuales	2	4.9	2	4.9	3	7.3	26	63.4	8	19.5
Signos: aumento de proteínas en orina, edema e HTA							23	56.1	18	43.9
Síntomas: dolor de cabeza, zumbido de oídos y destellos					3	7.3	19	46.3	19	46.3
Sangrado transvaginal, parto prematuro	1	2.4	2	4.9	10	24.4	20	48.8	8	19.5

Fuente: CNCCPAE, Junio, 2014

n= 41

La tabla 8. Se muestra la primera parte de las actividades comprendidas en el tercer trimestre del embarazo las que siempre se realizan son informó y capacitó sobre lactancia materna con 43.9%(18), habla sobre el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto o cesárea 41.5%(17).

Tabla 8. *Actividades del Tercer Trimestre del Embarazo*

	Nunca		Casi Nunca		Algunas Veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Actividades del Tercer Trimestre										
Informó y capacitó sobre lactancia materna	2	4.9			3	7.3	18	43.9	18	43.9
Proporcionó información de igual manera a la pareja	4	9.8	3	7.3	11	26.8	13	31.7	10	24.4
Cómo inicia el trabajo de parto	2	4.9	1	2.4	6	14.6	23	56.1	9	22
Factores de riesgo y trabajo de parto	2	4.9	2	4.9	3	7.3	24	58.5	10	24.4
Posición de lateral izquierda	2	4.9	9	22	5	12.2	39	22	9	22
Inicio de la lactancia materna posterior al parto o cesárea	2	4.9	1	2.4	3	7.3	18	43.9	17	41.5
Complicaciones de tipo vaginal	1	2.4			9	22	20	48.8	11	26.8
Grietas en los pezones			1	2.4	3	7.3	21	51.2	16	39
Orientó sobre complicaciones como fiebre	2	4.9			3	7.3	21	51.2	15	36.6
Tipo de dolor	1	2.4	1	2.4	8	19.5	22	53.7	9	22

Fuente: CNCCPAE, Junio, 2014

n= 41

Tabla 9. Segunda parte de las actividades del tercer trimestre del embarazo que indica que los porcentajes más altos se encuentran en casi siempre en las siguientes actividades: causas de sufrimiento del bebe 48.8%(20), como se sintió en el embarazo 46.3% (19) y los métodos anticonceptivos que pueden utilizar como pareja 53.7%(22).

Tabla 9 Segunda parte de las actividades del tercer trimestre del embarazo.

Actividades del Tercer Trimestre	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estimulación temprana del recién nacido	1	2.4	4	9.8	16	39	14	34.1	6	14.6
Sufrimiento del bebé	2	4.9	4	9.8	6	14.6	20	48.8	9	22
Ambiente familiar del recién nacido	5	12.2	6	14.6	22	53.7	4	9.8	4	9.8
Cómo se sintió durante el embarazo	3	7.3	4	9.8	9	22	19	46.3	6	14.6
Posición del bebé	7	17.1	5	12.2	6	14.6	11	26.8	12	29.3
Escuchó corazón del bebé	6	14.6	4	9.8	5	12.2	15	36.6	11	26.8
Métodos anticonceptivos de la pareja	3	7.3			3	7.3	22	53.7	13	31.7

Fuente: CNNCCPAE, Junio, 2014

n= 41

Tabla 10. Se describe el nivel de cumplimiento del control prenatal por trimestre del embarazo. Las actividades más del primer trimestre son las que más se realizan con 43.9%(18), tercer trimestre casi siempre se realizan con 61% (25) y seguidas por el segundo trimestre con 58.8% (24).

Tabla. 10. *Clasificar el nivel de cumplimiento del control prenatal por trimestre del embarazo.*

Nivel de cumplimiento	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Algunas veces	2	4.9	2	4.9	4	9.8
Casi siempre	21	51.2	24	58.8	25	61
Siempre	18	43.9	15	36.6	12	29.3

Fuente: CNCCPAE, Junio, 2014

n= 41

Capítulo VI

Discusión

La presente tesis se fundamentó en las principales actividades que debe realizar el profesional de enfermería en el control prenatal de la adolescente embarazada las cuales fueron sustentadas en la Norma 007- SSA2-1993. Para dar respuesta al objetivo general se determinaron tres objetivos específicos; el primero consistió en identificar los datos sociodemográficos de la adolescente embarazada, en los que se reportó lo siguiente: el promedio de edad fué de 15.93 años, 43.9% solteras y 85.4% no estudia. Lo cual, concuerda con lo reportado por Domínguez y Herazo (2011), en que el promedio de edad fue de 15 años. Discrepa con Prías y Miranda (2009), Jiménez y cols. (2012), así mismo Monthiba y Maputle, (2012) en los que reportan mayor edad de los participantes. A su vez difiere con lo reportado por Jiménez en que el 77.4% vivía con su pareja y nuestro estudio el 43.9% son solteras.

El segundo objetivo señala las actividades que realizó el profesional de enfermería en el control prenatal de la adolescente dividido por trimestre donde encontramos que en el primer trimestre son: hablarle sobre los beneficios del hierro y ácido fólico en el 68.3%; segundo trimestre, las que siempre se realizan son: notificar sobre signos y síntomas de alarma 63.4% y en el tercer trimestre es: informar y capacitar sobre lactancia materna en el 43.9 %. Este estudio se asemeja al estudio de Colmenares, Montero, Reina y González, (2010) en donde se evidencia que el 58.5% de las adolescentes tienen conocimiento sobre los riesgos fisiológicos. Con respecto a lo reportado por Jiménez, et.al., (2012), difiere ya que ellos mencionan que los problemas más frecuentes son sangrado antes del parto e hipertensión arterial en el 18.8% y en el estudio más del 60% refieren que se les habló sobre los signos de alarma. Además discrepa con lo reportado por Nwaru, Wu y Hemminki, (2012), en donde se menciona que el 17% recibe información adecuada acerca de problemas en el embarazo y cuidado

después del nacimiento ya que en este estudio se reportan porcentajes por encima del 50%.

El último objetivo específico consistió en clasificar el nivel de cumplimiento del control prenatal por trimestre del embarazo en el cual se encontró que el nivel de cumplimiento, en mayor porcentaje en cada uno de los trimestres se encuentra en casi siempre; primer trimestre con 51.2%, segundo trimestre 58.5% y tercer trimestre 61%. Lo cual a través de la revisión bibliográfica que se realizó no se encontraron estudios que reporten o argumenten el nivel de cumplimiento del control, por tal motivo no se puede realizar alguna comparación en este aspecto.

Conclusiones

Las participantes de este estudio tenían en promedio 15.93 años, 43.9% son solteras y el 82.9% no estudiaban. En cuanto al nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente que realiza el profesional de enfermería en general se encuentra en casi siempre en el 65.9% de los casos, el 68.3% refiere que se la habla sobre los beneficios del hierro y ácido fólico en el primer trimestre, el 63.4% se le notifica sobre signos y síntomas de alarma durante el segundo trimestre y el 43.9% se le informó y capacitó en cuanto a la lactancia materna en el último trimestre. El trimestre que más porcentaje obtuvo en siempre fue el primero con el 43.9%. Sin embargo este estudio evidenció: que el 61% no confirma embarazo con la fecha de la última menstruación, que la medición del fondo uterino nunca se realiza, en el 17.7% y así mismo el tercer trimestre nunca se valora la posición del producto.

Los cuidados que realizan los profesionales de enfermería van encaminados a construir creencias y actitudes que realizan con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar, envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona. El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndola en un proceso de comprensión y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado.

Recomendaciones

Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades involucradas y al personal de enfermería involucrados en este estudio, para detectar las áreas de oportunidad en el control prenatal, para que la adolescente reciba una atención integral.

Realizar estudios donde se explore el nivel de estrés y ansiedad en la adolescente durante el embarazo.

Publicar el presente estudio de investigación en alguna revista indexada y presentarlo en algún foro de investigación.

Llevar a cabo un estudio donde se valore el nivel de conocimiento del control prenatal del personal de enfermería y su impacto en la atención de la adolescente embarazada.

Referencias Bibliográficas

- Al-Sahab, B., Heifetz, M., Tamim, H., Bohr, Y. & Connolly, J., (2012). Prevalence and characteristics of teen motherhood in Canada. *Matern Child Health J.* Vol. 16: 228-234.
- Armendáriz, A. & Medel, B. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. *Synthesis.* 19-24.
- Arispe, C., Salgado, M., Tang, G., González, C. & Rojas, J.L. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev. Med. Hered;* Vol. 22(4): 169-175.
- Barcena, O., Lanchipa, J. & Ramírez, C., (2012). Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010. *Revista Médica Basadrina.* Vol. 6. (2): 4-7.
- Blossiers, C., (2010). Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio Cualitativo. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública.* Vol. 27(3): 337-344.
- Bulechek, G. Butcher, H. & McCloskey, (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* Elsevier –Mosby, 5ª. Edición.
- Castaño, K., (2009). Calidad de la atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios de Bogotá D.C. Colombia. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería de la Universidad Javeriana: 5-93.
- Climent, G., (2009). Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. *Cuadernos FHyCS-UN Jun,* 37: 221-242.

- Colmenares, Z., Montero, L., Reina, R. & González, Z., (2010). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente Embarazada. *Enfermería Global*; N°18: 1-10.
- Contreras, J., (2011). Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008-2009. Tesis para optar el título de Magister en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. 1-72.
- Chevéz, D., (2012). Cuidado de la familia al binomio Madre adolescente - Recién Nacido. Lambayeque. Tesis para optar el grado de magister en enfermería, de la Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo, escuela de posgrado, Perú. 1-95.
- Domínguez, R. & Herazo, Y. (2011). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena Colombia 2009, estudio de corte transversal. *Revista de Colombia de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 62 (2): 141-147.
- Fernández, I., Torrecilla, M., Morales, A. & Báez, E., (2011). Intervención educativa en adolescentes con riesgo de embarazo. *Revista de Enfermería*. Vol. 27:4-11.
- Gamboa, C. & Valdés, S., (2013). El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, iniciativas presentadas y opiniones especializadas. LXII, Legislatura cámara de Diputados. Dirección general de servicios de documentación, información y análisis.
- García, J., (2011). Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. *Reduca* 3(3): 153-175.
- Hernández, A., (2012). Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal. *Revista cultura del cuidado*. Vol. 9 (1):55-61.

- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2010). Metodología de la Investigación. Mac Graw Hill. México, 4ª. Edición.
- Huanco, D., Ticona, M., Ticona, M. & Huanco, F., (2012). Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev. Chil. Obstet ginecol; Vol 77(2): 122-128.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI], (2013). Estadísticas a propósito del día de la madre, datos de Nuevo León: 1-14.
- Jiménez, A., Peralta, E., Hinojosa, L., García, P., Castillo, Y. & Miranda, C. (2012). Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. Ciencia UANL. 57:81-92.
- Leyva, M. & Miranda, M., (2010). Apego al personal de enfermería materno infantil del IMSS a la NOM-007 en el control prenatal en San Luis Potosí. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí: 1-96.
- López, Y. (2011). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Revista Cubana de Enfermería. Vol. 27 (4): 337-350.
- Martínez, A. & Medina, L., (2009). Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería de la Universidad Javeriana: 1-106.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby. 4ª. Edición.
- Mothiba, T. & Maputle, M., (2012). Factors contributing to teenage pregnancy in the Capricorn district of the Limpopo Province. Recuperado de www.curationis.org.zadoi: 10. 4102/curationis.v35i1.19.

- Noguera, N. & Alvarado, H., (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. Vol. 7: 151-160.
- Nwaru, B., Wu, Z. & Hemminki, E. (2012). Determinants of the use of prenatal care in rural China: the role of care content. *Maern Child Health J*. Vol. 16: 235-241.
- Organización Mundial de la Salud, [OMS], (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de la OMS*, Vol.87: 405-448.
- Organización Mundial Guía de la Salud, [OMS], (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM.
- Pasqualini, D. & Llorens, A., (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. OPS/OMS- Facultad de Medicina/ Universidad de Buenos Aires: 1-686.
- Pérez, N., Núñez, M. & Alonso, Y. (2010). Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. *Odiseo Revista electrónica de pedagogía*. Recuperado de <http://www.odiseo.com.mx/correos-lector/propuesta-intervencion-educativa-para-prevenir-embarazos-adolescencia>.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (2000). *Investigación en Ciencias de la Salud* (6ª. Ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Prías, H. & Miranda, C., (2009). Experiencias de adolescentes embarazadas en el control prenatal. *Aquichan*. Vol. 9, (1): 93-105.
- Quesada, M., Romero, C., Prieto, M. & Rodríguez, D. (2010). Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*; Vol. 14 (3).
- Rodríguez, J. (2012). La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. *Realidad, datos y espacio, revista internacional de estadística y geografía*; Vol. 3 (2):66-81.

- Rondón, A. & Salazar, D., (2010). Calidad de atención del profesional de enfermería en el servicio de maternidad 1 del Hospital Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar. Tesis para optar al título de Licenciado en Enfermería de la Universidad de oriente Venezuela: 1-53.
- Secretaría de Salud y Asistencia. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- Secretaría de Salud, [SS], (1993). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Secretaría de Salud, [SS], (2005). Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Comisión Interinstitucional de Enfermería de SSA.
- Secretaría de Salud, [SS], (2012). Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad. Dirección general de Servicios educativos de Iztapalapa (DGSEI): 1-312.
- Serret, M. (2011). Programa de Asignatura de Enfermería Materno Infantil. Plan de Proyecto: 1-24.
- Suárez, H. & Zamora, M., (2013). La televisión como medio de comunicación y su influencia en los embarazos precoces en adolescentes de 13 a 17 años de edad del Cantón la Libertad Provincial de Santa Elena, Año 2011. Tesis de grado para la obtención del título de Licenciada en Comunicación Social, Universidad Estatal península de Santa Elena, Ecuador: 1-94.
- Tapia, H., Jiménez, A. & Pérez, I., (2012). Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un hospital público de la ciudad de México. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol. 9 (3): 7-14.

- Torices, I. & Ávila, G. (2012). Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil. Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública: 1-194.
- Weber, N. (2011). Salud reproductiva y sexual de las adolescentes del EBAIS de medio queso, los chiles. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII*. Vol. 599: 479-484.
- Zarate, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm*; Vol. 13:44-45.
- Zingman, F. (2010). Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil de las mujeres adolescentes: 1-92.

Anexos

Anexo I Consentimiento Informado

Los autores de este estudio de investigación: Guerrero Carrizales Fernando Adrian, Rangel Mariscal María de Lourdes y Silos Iracheta Irma Leticia, me están solicitando mi participación en su estudio, ya que es requisito parcial para obtener el Grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Me explicó que el objetivo del estudio es describir el nivel de cumplimiento de las actividades del control prenatal de la adolescente que realiza el profesional de enfermería.

Mi participación es voluntaria y que aún después de iniciado las mediciones puedo dar por terminada mi participación, la información que yo dé, será destruido en cuatro meses. También me han dicho que no habrá manera de que se identifiquen las respuestas con mi persona. La información será dada a conocer a la institución.

Fecha

Firma del Participante

Fecha

Firma de Testigo

Anexo II Cédula de Datos

Folio _____

Datos sociodemográficos

1.-Edad: _____

2.-Estado Civil: _____

1.-Soltera

2.- Casada

3.-Estudia actualmente: _____

1.- No

2.- Si

4.- ¿Ultimo nivel académico alcanzado? _____

1.-Secundaria

2.-Preparatoria

3.-Carrera técnica

4.-Carrera Profesional

5.- ¿Cuántas consultas asistió de control prenatal? _____

Anexo III Cuestionario sobre Nivel de Cumplimiento de las Actividades del
Control Prenatal de la Adolescente por el Profesional de Enfermería
(CNCCPAE)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de actividades que la enfermera realiza en el control prenatal. Conteste como mejor le parezca no hay respuestas ni buenas ni malas es solo su opinión.

Actividades	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO					
1. La enfermera confirma embarazo a través de la Fecha última de menstruación (FUM).	0	1	2	3	4
2. La enfermera realizo interrogatorio general y obstétrico.	0	1	2	3	4
3. La enfermera efectúo exploración física general y ginecológica en todas las citas.	0	1	2	3	4
4. La enfermera le informo sobre cómo se encontraban sus signos vitales.	0	1	2	3	4
5. La enfermera solicito exámenes de laboratorio en cada una de sus citas.	0	1	2	3	4
6. La enfermera programó con usted consultas tomando en cuenta su estado de salud y la edad gestacional.	0	1	2	3	4
7. La enfermera le informó sobre los beneficios del consumo de hierro para prevenir anemia en cada una de las citas.	0	1	2	3	4
8. La enfermera informó sobre el consumo del ácido fólico en cada una de las citas para prevenir defectos del bebé en el nacimiento.	0	1	2	3	4
9. La enfermera promovió hábitos dietéticos durante su embarazo.	0	1	2	3	4
10. La enfermera informó sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol y drogas en cada una de las citas.	0	1	2	3	4
11. La enfermera preguntó sobre el apoyo familiar con el que contó durante su embarazo.	0	1	2	3	4
12. La enfermera le informó sobre aspectos de complicación como sangrado anormal.	0	1	2	3	4

SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO					
Actividades	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
13. La enfermera valoró altura del fondo uterino (medición del crecimiento de la pancita).	0	1	2	3	4
14. Durante sus visitas con la enfermera le notificó algún tipo de riesgo en su embarazo.	0	1	2	3	4
15. En caso de presentar alguna complicación fue referida con algún médico.	0	1	2	3	4
16. La enfermera le enseñó a notificar cuáles son los signos y síntomas de alarma durante su embarazo.	0	1	2	3	4
17. La enfermera orientó sobre la actividad física que podía realizar durante su embarazo.	0	1	2	3	4
18. La enfermera orientó sobre las actividades recreativas que podía realizar durante su embarazo.	0	1	2	3	4
19. La enfermera orientó sobre actividades sexuales durante el embarazo.	0	1	2	3	4
20. La enfermera informó sobre signos de alarma sobre aumento de proteínas en orina, edema e hipertensión arterial.	0	1	2	3	4
21. La enfermera informó sobre la aparición de síntomas como dolor de cabeza, zumbido en el oído y visión de destellos.	0	1	2	3	4
22. La enfermera le informó durante su embarazo las causas de sangrado transvaginal, parto prematuro.	0	1	2	3	4
TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO					
23. La enfermera le informó y la capacitó sobre cómo llevar a cabo la lactancia materna.	0	1	2	3	4
24. Cuando usted acudía con su pareja la enfermera proporcionaba de igual forma la información de ambos.	0	1	2	3	4
25. La enfermera informó sobre cómo inicia el periodo de trabajo de parto.	0	1	2	3	4
26. La enfermera informó sobre cuáles son los factores de riesgo durante el trabajo de parto.	0	1	2	3	4
28. La enfermera informó que la mejor posición en el trabajo de parto es la de lateral izquierda.	0	1	2	3	4
29. La enfermera le informó sobre el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto o cesárea.	0	1	2	3	4
30. La enfermera le informó sobre complicaciones como son las de tipo vaginales.	0	1	2	3	4
31. La enfermera le notificó que pudiera presentar grietas en los pezones.	0	1	2	3	4
32. La enfermera le orientó sobre aspectos de	0	1	2	3	4

complicación como fiebre.					
33. La enfermera notificó sobre el tipo de dolor que iba a presentar.	0	1	2	3	4
34. La enfermera preguntó sobre cómo se sintió durante su embarazo.	0	1	2	3	4
35. En algunas ocasiones la enfermera preguntó sobre cómo sería el ambiente familiar del recién nacido.	0	1	2	3	4
36. La enfermera nos informó a mi pareja y a mí sobre los métodos anticonceptivos.	0	1	2	3	4
37. La enfermera en las últimas citas checó la posición del bebé.	0	1	2	3	4
38. La enfermera escuchó el corazón del bebé en cada una de las citas.	0	1	2	3	4
39. La enfermera le informó sobre datos de sufrimiento del bebé.	0	1	2	3	4
40. La enfermera le informó sobre estimulación temprana del recién nacido.	0	1	2	3	4

Candidato para Obtener el Grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Título: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL
CONTROL PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Área de Estudio: Centro de Salud

Biografía: Nació el 1 de julio de 1989 en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Educación de Egresado de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México, para realizar estudios de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia durante el período de 2006 a 2010. Realizando el Servicio Social en el Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”.

Experiencia Laboral: Hospital de San Vicente I.B.P. Enfermero Auxiliar en Hospitalización de julio, 2009 a marzo de 2010. Hospital de San Vicente I.B.P. Enfermero General de agosto 2010 a abril 2012. Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” como Enfermero General de febrero a diciembre de 2012. Secretaría de Salud de Nuevo León, como Enfermero General en el Programa CONAVA de marzo a mayo de 2013. En las Ambulancias Golden Help, Enfermero Paramédico, de septiembre 2013 a la actualidad.

e-mail: fernando_8603@hotmail.com

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Candidato para Obtener el Grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Título: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL
CONTROL PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Área de Estudio: Centro de Salud

Biografía: Nació el 12 de junio de 1988 en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Educación de Egresado de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México, para realizar estudios de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia durante el período de 2008 a 2012. Realizando el Servicio Social en el Hospital Regional Materno Infantil.

Experiencia Laboral: Enfermera Industrial en la empresa “Regal Beloit” de enero a mayo, 2014. Enfermera Clínica en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital San José, hasta la actualidad.

e-mail: mar_lrm@hotmail.com

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Candidato para Obtener el Grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Título: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL
CONTROL PRENATAL DE LA ADOLESCENTE POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Área de Estudio: Centro de Salud

Biografía: Nació el 7 de noviembre de 1986 en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Educación de Egresado de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México, para realizar estudios de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia durante el período de 2006 a 2012. Realizando el Servicio Social en el Hospital Regional Materno Infantil.

Experiencia Laboral: Hospital San Vicente I.B.P. laborando en el área de Hospitalización de 2009 a 2010. Enfermera Industrial en la empresa SiCsa del 2012 a la actualidad en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

e-mail:irlet_86@hotmail.com