

Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal

AÍDA ALEYDA JIMÉNEZ MARTÍNEZ*, ELVIA GUADALUPE PERALTA CERDA*,
LAURA HINOJOSA GARCÍA*, PEDRO GARCÍA GARCÍA*, YOLANDA CASTILLO MURAIRA*,
CLAUDIA MIRANDA POSADAS*

La Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) destaca que el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública. Dicha situación produce un serio problema biomédico, ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agrandándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social que crece aceleradamente y resulta alarmante.²

A escala mundial, cada año 15 millones de mujeres adolescentes tienen hijos, número que representa la quinta parte de los nacimientos. Además, 5 millones abortan y muchas mueren a consecuencia de aborto provocado.³ Los adolescentes constituyen un sector muy importante de la población activa de un país. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre el tema se refiere a las mujeres en edad fértil que, se estima, tienen acceso a la planificación familiar; sin embargo, el grupo de 15 a 19 años tiene menos conocimientos, menor tasa de utilización y el mayor riesgo de embarazo.⁴ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)⁵ reporta que la tasa de embarazo en niñas y adolescentes, de 12 a 19 años, fue de 79, por cada mil mujeres; en el informe se estima que 695 mil 100 adolescentes han estado embarazadas alguna vez.

En México, el tema del embarazo adolescente se ha vuelto uno de los asuntos fundamentales de las políticas de población. Desde distintas perspectivas, se habla sobre el volumen de población adolescente, sobre su ritmo de crecimiento y reproducción, así como del riesgo biopsicosocial que implica la maternidad adolescente. No obstante, se olvidan de que la maternidad temprana, en México responde a un contexto económico, social y cultural.

Mediante algunas encuestas demográficas con representatividad nacional, en el presente trabajo se profundiza en esta asociación. De la misma forma, se prueba que un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación en la primera relación y una edad más temprana en la iniciación sexual, lo que hace que estas adolescentes sean más vulnerables al embarazo.⁶

El Instituto Nacional de Información Estadística y Geográfica (INEGI)⁷ menciona que en México, en 2007, se produjeron 1094 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de ellas evitables. Poco más de la cuarta parte de estas muertes se debe a enferme-

* Universidad Autónoma de Tamaulipas, Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros.
aida_jmz@hotmail.com

dad hipertensiva del embarazo que puede prevenirse o minimizarse con un adecuado control médico; le siguen las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio (24.3%). Por su parte, el fallecimiento por aborto representa 7.4% de los casos; mientras que la sepsis y otras infecciones púerpera equivalen a 2.6%.

Durante 2007, en Tamaulipas, 37% de los nacimientos se presentaron entre la población adolescente. Los datos muestran que solamente 45% de las mujeres en Matamoros recibieron atención prenatal durante el primer trimestre de su embarazo. El hallazgo se confirma con los datos del estado, que también indican que, en Matamoros, las mujeres que se encontraban embarazadas sólo recibieron un promedio de 3.5 visitas de atención prenatal durante 2007.⁸

El Control Prenatal (CPN) es un 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 y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.¹

La importancia del CPN, en México, se fundamenta en estudios que reportan menor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto; así como menor probabilidad de muerte materna. Además, se ha señalado que estos efectos se encuentran en función no solamente del hecho de acudir o no a la consulta durante el embarazo, sino al inicio de las mismas y el número de consultas recibidas. En este sentido, la Norma Oficial Mexicana especifica un mínimo de cinco consultas prenatales, con inicio temprano, preferentemente en el primer trimestre del embarazo.⁹

Se ha documentado que el inicio temprano del CPN relacionado con los beneficios percibidos se ha asociado a mejor peso de nacimiento, menor requerimiento de hospitalización del recién nacido, y

la reducción en la tasa de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso en mujeres desposeídas con alto riesgo de resultados adversos en el embarazo. Diversos autores reportan que el control prenatal temprano es un factor protector asociado a mortinato.¹⁰

Entre otras, las posibles causas de este problema se relacionan con factores que incluyen bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, declinación de las barreras sociales y culturales, edad, alfabetismo para el ejercicio de la sexualidad, menarquía temprana en la mujer.¹¹ Asimismo, otras barreras son la capacidad inadecuada del equipo de salud (calidad y tiempo), problemas en la organización para brindar el control prenatal, así como inaccesibilidad geográfica y falta de promoción en las comunidades y apropiación de su importancia.¹²

Se ha observado que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente, se presenta en el contexto de un evento no deseado, y al originarse en una relación de pareja débil determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.¹³ Otro factor relevante, y quizá más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.¹⁴

La OMS¹⁵ menciona que, en la mayoría de los países, el personal de enfermería tiene un papel importante en asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso a la atención prenatal básica, así como a la referencia de una atención más integral y especializada cuando sea necesario. La enfermería, al uti-

lizar su conocimiento sobre fisiología del proceso, de las prácticas benéficas y competencia técnica, aliada al conocimiento intuitivo, presencia genuina, disponibilidad y sensibilidad, tiene como meta el bienestar de la mujer embarazada y su familia durante el proceso gestacional.

Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas, y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial, por parte de un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad.

El presente estudio se basa en el Modelo de promoción de la salud,¹⁶ el cual es un modelo de enfermería que explora procesos biopsicosociales e identifica los factores cognitivos y perceptuales que motivan al individuo, y son determinantes de la conducta de promoción de salud.

El MPS está constituido por constructos, como características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta; y, como resultado, la conducta promotora de salud. En dicho modelo, se señala que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes; entre estas características se encuentran los factores personales que se han clasificado como biológicos, psicológicos y socioculturales, que predicen una conducta dada. A través del MPS, se examina una amplia variedad de fenómenos. En este caso, se abordaron los beneficios y las barreras percibidas por la adolescente embarazada en el control prenatal. Uno de los beneficios es otorgar el cuidado prenatal temprano y adecuado, el cual asegurará un buen desarrollo del embarazo, evitará complicaciones y reducirá la

morbimortalidad maternoinfantil.

Objetivos

La presente investigación busca describir, de manera general, los beneficios y barreras percibidos por la adolescente embarazada en el control prenatal. De manera particular, pretende identificar las características sociodemográficas de la adolescente embarazada; conocer su actitud sobre el embarazo y el control prenatal; conocer la frecuencia de los factores conductuales, como el tabaquismo y el alcoholismo; determinar el uso y tipo de drogas durante el embarazo, e identificar si la adolescente embarazada cuenta con apoyo social.

Metodología

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal y correlacional,¹⁷ para identificar los beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal.

Población, muestreo y muestra

La población de este estudio estuvo conformada por adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta en el Hospital General “Dr. Alfredo Pumarejo”, de Matamoros, Tamaulipas. La muestra estuvo conformada por 120 sujetos, con edades entre los 13 y 19 años, de la Ciudad de H. Matamoros, Tamaulipas. El muestreo se considerara no probabilístico, por conveniencia.¹⁷

Criterio de inclusión

En el estudio se incluyeron adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta externa en el Hospi-

tal General “Dr. Alfredo Pumarejo”, dentro del programa “Buen Plan del Adolescente”.

Instrumento

Se aplicó el Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal (CBBCPN),¹⁸ el cual cuenta con una sección de información sociodemográfica que contiene diez preguntas que indagan sobre aspectos sociodemográficos y económicos; una sección de historia reproductiva, que contiene dieciocho preguntas que indagan sobre antecedentes y experiencia en embarazos anteriores; una sección de información del embarazo actual, que contiene nueve preguntas que indagan sobre aspectos del embarazo actual; una sección de apoyo recibido con siete reactivos que indagan sobre fuentes y tipo de apoyo; y la información sobre factores conductuales que contiene once preguntas que indagan sobre uso de alcohol, cigarrillo y drogas.

La descripción del CBBCPN, con respecto a las subescalas, es la siguiente: *a)* beneficios percibidos al CPN con seis reactivos que corresponden a beneficios personales; *b)* barreras percibidas al CPN, con veinte reactivos que indagan sobre barreras de tipo personal y estructural para el acceso a CPN; *c)* actitud negativa hacia el embarazo, con once reactivos relacionados con la actitud negativa sobre el embarazo y el CPN. El cuestionario se evaluó en forma dicotómica, con valores de sí=1, no=0, de tal manera que en cada subescala se sumaron los reactivos, a mayor puntaje obtenido, mayor presencia de la variable.

Recolección de datos

Se solicitó la autorización de la institución de salud para la colecta de la información, identificando datos sobre la incidencia de adolescentes que acuden al control prenatal; asimismo, se aplicó el cuestionario

denominado beneficios y barreras del control prenatal (CBBCPN), después que la adolescente realizó su consulta prenatal en el turno vespertino. Se explicó el propósito, los beneficios, riesgos y cualquier duda que tuvieran al respecto; se informó el tiempo estimado en contestar el cuestionario, 15 a 20 minutos, aproximadamente; si la adolescente aceptaba, se le entregaba el consentimiento informado para que le diera lectura y firmara.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación,¹⁹ en el título segundo, sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

El estudio se ajustó a los principios científicos y éticos, mediante el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, aplicado por profesionales de la salud, bajo el dictamen de la Comisión de Investigación y Ética, y cuando se tenga la autorización de la institución de salud (Artículo 14, fracción I, V, VI, VII y VIII).

Análisis de datos

Los datos fueron capturados y analizados por medio del paquete estadístico SPSS, versión 16.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). Se evaluó la consistencia interna de CBBCPN, mediante el Alpha de Cronbach. Se presenta la estadística descriptiva, para dar respuesta al principal objetivo, se identificaron los beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal.

Resultados

En primer lugar, se muestra la consistencia interna de los instrumentos de medición; posteriormente,

las características sociodemográficas de la muestra, así como las barreras y beneficios percibidos sobre el control prenatal, las actitudes sobre el embarazo y control prenatal de las adolescentes, el apoyo social percibido de las adolescentes. Finalmente, se presenta la estadística inferencial para mostrar algunas relaciones entre las variables. En la tabla I se muestra la consistencia interna de los instrumentos, se observa que sólo los indicadores empíricos de barreras y beneficios muestran una consistencia interna aceptable.¹⁷

Tabla I. Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	Numero de ítems	Alpha de Cronbach
Beneficios	6	.81
Actitudes	11	.42
Barreras	27	.79
Apoyo social	6	.47

n=93

En este apartado se describen algunas características de las adolescentes del estudio: el promedio de edad fue de 17 años (DE=1.51), con un rango de 12 a 19 años, el promedio de edad gestacional fue de 31 semanas (DE=7.6), con un rango de 7 a 41 semanas. En la tabla II se observa que la mayoría cuenta con secundaria (56%), vive con su pareja (77.4%), y sólo 4.3% cuenta con un trabajo remunerado de medio tiempo; la mayoría tiene un ingreso entre 500 y 1500 pesos semanales.

A continuación se describen los datos sobre la historia reproductiva de las adolescentes del estudio; se observó que 7.5% tuvo su menarquía a los 10 años, 18.3% a los 11, 42% a los 12, y 32.2% después de los 13 años. El 82.6% de las adolescentes mencionó que era su primer embarazo, el promedio de edad del primer embarazo fue a los 16.5 años (DE=1.6). De las mujeres que mencionaron tener

Tabla II. Características sociodemográficas.

Variable	f	%
Nivel de escolaridad		
Primaria	16	17
Secundaria	52	56
Preparatoria	25	27
Vive con su pareja		
No	21	22.6
Sí	72	77.4
Estado civil		
Casado	19	20.4
Separada	2	2.2
Nunca se ha casado	72	77.4
Trabajo remunerado		
No	89	95.7
Sí	4	4.3
Ingreso económico semanal		
< 500	10	10.8
500 – 999	36	38.7
1000 – 1499	20	21.5
1500 – 1999	12	12.9
2000 o más	9	9.7
No informaron	6	6.4

n=93

más de un embarazo (n=16), 81.3% tiene dos hijos y 18.8% tres hijos. El 2.2% mencionó haber padecido la muerte de un hijo durante el primer año de nacido, y 3.2% ha tenido hijo hospitalizado al nacer; 43.7% de las mujeres que ha tenido más de un embarazo no ha acudido a consulta a una clínica, al menos a seis meses de que alguno de sus hijos naciera, 64.3% ha tenido hijo por cesarea y 35.7% por vagina.

En la tabla III se enlistan los problemas más frecuentes que las adolescentes han tenido en sus embarazos previos, se observa que los problemas más prevalentes fueron infecciones, seguido de que el feto no creció, sangramiento antes del parto y presión alta.

Posteriormente se sumaron los problemas en cada una de las 16 adolescentes que han tenido embarazos previos, se destaca que 31.3% no presentó ningún problema, 37.5% sólo presentó un problema, 25% entre dos y tres problemas, y 6.3% presentó cuatro problemas en sus embarazos previos.

Tabla III. Problemas durante los embarazos previos.

	f	%
Sangramiento antes del parto	3	18.8
Bolsas de agua rota antes del parto	1	6.3
Presión alta	3	18.8
Diabetes gestacional	0	0
El feto no creció bien	4	25
Problemas con su hijo al momento del parto	1	6.3
Su hijo nació con problemas	2	12.5
Infecciones	5	31.3

n=93

Información de embarazo actual

En la tabla IV se describen las situaciones que hicieron pensar a las adolescentes que estaban embarazadas, se destaca que la situación más frecuente fue la de no llegar su periodo seguido de sentir náuseas.

Tabla IV. Descripción de situaciones que hicieron pensar a las adolescentes que estaban embarazadas.

Situaciones	f	%
No llegó su periodo	79	84.9
Me sentía con náusea	7	7.5
Sentía una sensación	2	2.2
Me sentía cansada	2	2.2
Otro	3	3.2

n=93

En relación al número de semanas de embarazo que transcurrieron cuando se realizó la prueba de embarazo en las adolescentes del estudio, se encontró que fue de 6.5 semanas (DE=4.43), con un rango de una a 25 semanas. Las semanas que pasaron en promedio desde que la adolescente supo que estaba embarazada hasta que llegó por primera vez a pedir una consulta fue de siete semanas (DE=6.3), con un rango de una a 32 semanas. Finalmente, las semanas que pasaron en promedio desde que se hizo la primera cita prenatal hasta el día real de su consulta fue de 4.9 semanas (DE=5.50), con un rango de una a 28 semanas. Cabe destacar que 50.5% de las adolescentes ha acudido a servicios de emergencias.

En la tabla V se enlistan los problemas más frecuentes que las adolescentes han tenido durante el embarazo actual. Se observa que los más prevalentes fueron infecciones, sangrado de genitales y que el feto no creció.

Tabla V. Problemas durante embarazo actual.

	f	%
angramiento de genitales	19	20.4
Presión alta	3	3.2
El feto no creció bien	10	10.8
Problemas con el bebé	5	5.4
Infecciones	36	38.7
Otros	16	17.2

n=93

Posteriormente se sumaron los problemas en cada una de las adolescentes del estudio, se destaca que 33.3% no ha presentado ningún problema, 45.2% sólo ha presentado un problema, 20.5% entre dos y tres problemas, y 1.1% presentó cuatro problemas en sus embarazos previos.

Beneficios y barreras del control prenatal

En la figura I se presentan los puntajes promedio de las subescalas del CBBCPN, en ésta se aprecia una mayor percepción de los beneficios y apoyos sociales por parte de las adolescentes embarazadas, que las actitudes y barreras, y dentro de estas últimas, las de salud se perciben más fuertemente que las externas y personales.

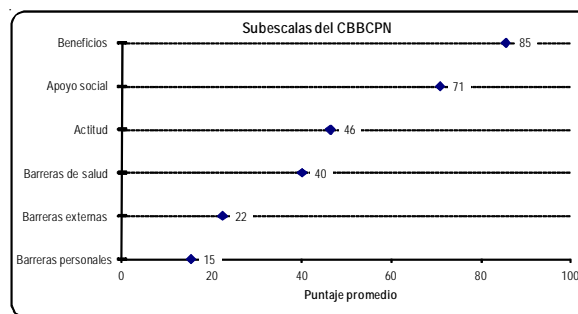


Fig. 1. Puntajes promedios de las subescalas del CBBCPN.

En la tabla VI se describen seis beneficios que perciben las adolescentes embarazadas, el beneficio que mayor perciben es *para tener un bebé sano* (96.8%), seguido de para aprender cómo proteger la salud y aprender mejores hábitos de salud.

Tabla VI. Descripción de beneficios del control prenatal.

	Sí		No	
	f	%	f	%
Para aprender cómo proteger su salud	85	91.4	8	8.6
Porque tenía miedo de tener problemas durante el embarazo (cuidado prenatal).	80	86.0	13	14.0
Para hablar con alguien acerca de su embarazo	64	68.8	29	31.2
Para aprender mejores hábitos de salud	81	87.1	12	12.9
Para aprender acerca del trabajo de parto	77	82.8	16	17.2
Para tener un bebe sano	90	96.8	3	3.2

n=93

La tabla VII muestra la lista de situaciones personales que afectaron las decisiones de las adolescentes para iniciar el cuidado prenatal más tarde de lo planeado, destacando que no sentirse bien fue la situación que retrasó con mayor frecuencia el inicio del control prenatal, seguido de tener sintomatología depresiva.

Tabla VII. Barreras personales que afectan el cuidado prenatal.

Barreras personales	Sí		No	
	f	%	f	%
Porque no se sentía bien	31	33.3	62	66.7
Por problemas familiares	7	7.5	86	92.5
Por problemas con su esposo o novio	7	7.5	86	92.5
Porque había estado bajo estrés	13	14.0	80	86.0
Porque estaba deprimida	17	18.3	76	81.7
Por problemas personales	10	10.8	83	89.2
Porque no estaba pensando claramente en ella	15	16.1	78	83.9

n=93

La tabla VIII muestra la lista de situaciones relacionadas con los servicios de salud que afectaron las decisiones de las adolescentes para iniciar el cuidado prenatal más tarde de lo planeado.

Destacando que la actitud del personal de la clínica, el no saber a dónde acudir a control prenatal, y no saber que podría comunicarse con el personal de

Tabla VIII. Barreras relacionadas con los servicios de salud que afectan el cuidado prenatal.

Barreras personales	Sí		No	
	f	%	f	%
No tenía dinero para pagar	23	24.7	70	75.3
No tenía seguridad social de salud	35	37.6	58	62.4
No sabía dónde podía obtener el cuidado prenatal	35	37.6	58	62.4
No le gustó la actitud del personal de la clínica	47	50.5	46	49.5
No pensaba que podría comunicarse con el personal	55	59.1	38	40.9
Tenía miedo a las pruebas médicas y exámenes	39	41.9	54	58.1
No le gustan los trabajadores de salud	23	24.7	70	75.3
	37	39.8	56	60.2

n=93

salud, fueron las situaciones relacionadas con los servicios que retrasó con mayor frecuencia el inicio del control prenatal.

La tabla IX muestra las situaciones externas que afectaron las decisiones de las adolescentes para iniciar el cuidado prenatal más tarde de lo planeado, destacando que no tener dónde vivir fue la situación que retrasó con mayor frecuencia el inicio del control prenatal, seguido de que las horas de la clínica eran inadecuadas para acudir, el no encontrar cita y el tiempo en la sala de espera.

La tabla X muestra la descripción de las actitudes negativas sobre el embarazo y control prenatal, entre los más frecuentes figuran: que no se siente feliz por el embarazo, pensar que no necesitaba llevar control, preferir acudir a emergencias cuando se presente un problema y creer que son suficientes los consejos de familiares y amigos.

Tabla IX. Barreras externas que afectan el cuidado prenatal.

Barreras personales	Sí		No	
	f	%	f	%
No poder encontrar cita	38	40.9	55	59.1
Cita fue cancelada por la clínica	7	7.5	86	92.5
Las horas de la clínica eran inadecuadas	41	44.1	52	55.9
Mucho tiempo para conseguir una cita	15	16.1	78	83.9
Problemas de transporte	13	14.0	80	86.0
Olvidar la cita	7	7.5	86	92.5
No conseguir permiso en su trabajo	2	2.2	91	97.8
Tiempo en la sala de espera	37	39.8	56	60.2
Cambio de casa	15	16.1	78	83.9
No tener donde vivir	43	46.2	50	53.8
Delinquentes cerca de la clínica o casa	11	11.8	82	88.2

n=93

Tabla X. Descripción de actitudes negativas sobre el embarazo o control prenatal en las adolescentes

Actitudes negativas	Si		No	
	f	%	f	%
Acudió tarde para la prueba de embarazo	41	44.1	52	55.9
No pensaba que necesitaba control prenatal	66	71.0	27	29.0
Prefiere acudir a emergencias cuando hay un problema	65	69.9	28	30.1
Puede cuidarse sola durante el embarazo	50	53.8	43	46.2
Es suficiente con los consejos acerca del embarazo que recibe de su familia y amigos	52	55.9	41	44.1
No quería que la gente supiera que estaba embarazada	49	52.7	44	47.3
El embarazo no fue planeado	37	39.8	56	60.2
No estaba feliz por estar embarazada	70	75.3	23	24.7
Estaba pensando en abortar	5	5.4	88	94.6
Estaba ocupada en otras responsabilidades, por lo que no podía asistir al CPN	13	14.0	80	86.0
Usted no sabía que estaba embarazada	27	29.0	66	71.0

n=93

En la tabla XI se describen los apoyos recibidos por las adolescentes durante su embarazo. Se muestra que 94.6% han recibido información de cómo cuidarse, así como tienen a quien recurrir para recibir apoyo emocional, 77.4% de las adolescente han sido motivadas para llevar un control prenatal, y 73% tienen quien la acompañe durante las citas.

Tabla XI. Descripción de apoyos sociales en las adolescentes.

Apoyos sociales	Si		No	
	f	%	f	%
Alguien la motivó para obtener cuidado prenatal	72	77.4	21	22.6
Alguien le ayuda con el transporte	82	88.2	11	11.8
Alguien vino con usted a la cita	68	73.1	25	26.9
Consiguió ayuda con el cuidado de los niños	12	12.9	81	87.1
Consiguió ayuda para el pago de la consulta	83	89.2	10	10.8
Le han dado información del porqué del control prenatal y de cómo cuidarse en este embarazo	88	94.6	5	5.4
Tiene a quien recurrir en momentos de necesidad emocional	88	94.6	5	5.4

n=93

Alguien de la familia es de quien más frecuentemente reciben apoyo para: motivarlas a llevar control prenatal, transporte, acompañamiento a cita, cuidar hijos y dar apoyo emocional. Los proveedores de salud o trabajadores sociales son las personas de quien más reciben apoyo para pago de la consulta y reciben información para cuidarse.

Estadística inferencial

En este apartado se muestra la estadística inferencial para conocer las relaciones entre las variables del es-

tudio; en primer lugar, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Sminov para conocer la distribución de las variables. Los resultados se muestran en la tabla XII, en los cuales se observa que la mayoría de las variables no mostró distribución normal, por lo que se decidió la estadística inferencial no paramétrica. Cabe destacar que en primer lugar las variables como actitud, barreras, beneficios y apoyo social, fueron convertidas en índices con valores que oscilan entre 0 a 100 (puesto que cada subescala proviene de variables binarias, 0's y 1's, el promedio es un valor entre 0 y 1, y convertir este valor a uno entre 0 y 100 implicó la multiplicación por 100), su interpretación es que a mayor puntuación, mayor es la variable.

En la tabla XIII se muestra el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados muestran relación negativa y significativa de las actitudes negativas del embarazo y control prenatal con los beneficios del control prenatal percibidos ($r=-.204$, $p=.050$), es decir, a mayores actitudes negativas, menores son los beneficios percibidos. Asimismo, las actitudes se relacionaron positiva y significativamente con las barreras percibidas del control prenatal relacionadas con el servicio, con el apoyo social y con las de embarazo al momento de la primera prueba de embarazo, es decir, a mayores actitudes negativas, mayores son las barreras percibidas con los servicios ($r=.248$, $p=.017$), mayor es el apoyo social percibido ($r=.304$, $p=.003$) y mayores son las semanas de embarazo en la primera prueba ($r=.218$, $p=.043$). Los beneficios mostraron relación negativa con el apoyo social y problemas durante el embarazo actual, es decir, a mayor beneficios percibidos del control prenatal, menor es el apoyo social percibido ($r=-.255$, $p=.014$), y menores son los problemas durante el embarazo. Finalmente, se muestra relación positiva de las semanas de embarazo, al realizar la prueba de embarazo con la semanas que pasaron para realizar la primera cita ($r=.229$, $p=.027$).

Tabla XII. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio.

Variable	X	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo	D	Valor de P
Edad	17.00	17.00	1.51	12	19.00	1.81	.003
Edad gestacional	31.01	33.00	6.65	7	41.00	1.56	.015
Problemas de embarazo	0.95	1.00	0.89	0	4.00	2.56	.000
Actitud	46.43	45.45	17.29	0	72.73	1.48	.025
Beneficios	85.48	100	23.85	0	100	2.98	.000
Barreras general	25.76	23.07	16.44	0	57.69	0.85	.413
Barreras personales	15.36	14.28	21.40	0	85.71	2.13	.000
Barreras de servicio	39.51	37.50	28.15	0	87.50	1.24	.090
Barreras externas	25.51	27.27	19.80	0	72.73	1.35	.051
Apoyo social	64.51	71.42	14.98	0	85.71	2.80	.000
Semanas de embarazo cuando se hizo prueba.	6.54	4.00	4.43	1.00	25.00	2.23	.000
Semanas de embarazo cuando fue a una cita	7.15	4.00	6.37	1.00	32.00	2.18	.000
Semanas de primera cita a la consulta real	4.90	4.00	5-50	1.00	28.00	3.16	.000

n=93

Tabla XIII. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables del estudio.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Actitud	1									
2. Beneficios	-.204 .050	1								
3. Barreras total	.138 .186	-.035 .739	1							
4. Barreras personales	.178 .088	-.054 .610	.676 .000	1						
5. Barreras servicio	.248 .017	-.045 .670	.811 .000	.345 .001	1					
6. Barreras externas	.015 .887	.078 .456	.779 .000	.435 .000	.453 .000	1				
7. Apoyo social	.304 .003	-.255 .014	.108 .303	.125 .234	.192 .065	-.058 .580	1			
8. Semanas de embarazo a prueba de embarazo	.218 .043	-.127 .254	-.013 .902	-.098 .370	-.001 .984	-.090 .409	.153 .158	1		
9. Semanas que pasaron para ir a primer consulta	-.004 .972	.124 .237	.152 .145	.099 .346	.121 .248	.168 .108	.089 .395	.054 .625	1	
10. Semanas de primer cita a consulta prenatal	-.104 .320	-.028 .793	.038 .718	.111 .291	-.062 .555	.145 .164	.149 -154	-.027 .802	.229 .027	1
11. Problemas durante embarazo	.193 .064	-.217 .036	.023 .825	.027 .795	.157 .132	-.149 .154	.132 .207	.110 .313	-.066 .530	.108 .302

n=93

Discusión

En este estudio se describen los beneficios y barreras que percibieron las adolescentes embarazadas durante el control prenatal. A través del análisis descriptivo, se identificaron los indicadores más relevantes sobre

los beneficios percibidos en el CPN, los cuales fueron el tener un bebé sano, seguido de cómo proteger la salud, lo cual concuerda con lo encontrado por Quelopana *et al.*¹⁰ Ambos concuerdan en que los beneficios percibidos son considerados motivadores directos de la conducta, y que los individuos tien-

den a invertir tiempo y esfuerzo en actividades en las que tengan una gran probabilidad de conseguir resultados positivos.

Las principales barreras percibidas por la adolescente fueron: el tiempo en la sala de espera, las horas de la clínica eran inadecuadas y no poder encontrar cita. Igualmente, Pécora *et al.*²⁰ reportan que las causas por las cuales las pacientes no acuden al control prenatal son por barreras en el sistema de salud, destacando la barrera sobre la actitud del personal de la clínica. En relación a las barreras personales que afectan el cuidado prenatal, Quelopana *et al.*¹⁰ determinaron: no sentirse bien consigo misma y el estar bajo estrés, lo cual es semejante a lo encontrado en el presente estudio.

No sentirse feliz por el embarazo, pensar que no necesitaba llevar el control prenatal, preferir acudir a emergencias cuando se presente un problema y creer que son suficientes los consejos de familiares y amigos son las actitudes negativas relevantes sobre el embarazo y el control prenatal. Además, dichas actitudes de negación son consideradas como la forma en que la mujer afronta la situación estresante del medio exterior; esto significa que si el contexto situacional cambiara, posiblemente la actitud hacia el embarazo también.¹⁰ La relación negativa y significativa de las actitudes negativas del embarazo y el control prenatal con los beneficios del control percibidos significa que a mayor actitud negativa, menores son los beneficios percibidos.

La bibliografía claramente sugiere que el ambiente psicosocial en que vive la mujer que rechaza su embarazo lo causan los problemas en su ambiente exterior. La edad promedio fue de 17 años, con un rango entre 12 y 19 años de edad, lo cual concuerda con Reyes;²¹ igual en el estado civil, ambos reportan que la mayoría vive con pareja.

Las adolescentes recibieron apoyo social, principalmente al brindarles información sobre el porqué

del control prenatal, y de cómo cuidarse en el embarazo; asimismo, alguien las motivó para obtener el control prenatal. La escolaridad no presentó correlación significativa con los beneficios y barreras que percibió la adolescente embarazada, contrario a lo reportado por Reyes,²¹ quien menciona que el nivel educativo es un factor determinante para que se lleve a cabo el control prenatal, además de la pobreza, representada por el bajo ingreso mensual.

Finalmente, podemos decir que los beneficios mostraron relación negativa con el apoyo social y problemas durante el embarazo actual, es decir, a mayores beneficios percibidos del control prenatal, menor es el apoyo social percibido, y menores son los problemas durante el embarazo. En cuanto a las barreras, las actitudes relacionadas positiva y significativamente con las barreras percibidas del control prenatal relacionadas con el servicio y con el apoyo social, es decir, a mayores actitudes negativas, mayores son las barreras percibidas con los servicios y mayor es el apoyo social percibido.

Conclusiones

Tener un bebé sano, aprender a proteger la salud y aprender mejores hábitos de salud fueron los beneficios principalmente percibidos por las adolescentes embarazadas durante el control prenatal, lo cual indica una ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud. Por otra parte, las barreras identificadas como *no sentirse bien y estar deprimida*; aunado a esto, se incluyen las barreras relacionadas con los servicios de salud que afectan el control prenatal, como: la actitud del personal de la clínica, el tiempo en la sala de espera y no poder encontrar cita, esto implica que la adolescente sienta apatía para iniciar su control prenatal.

No estar feliz con el embarazo indica una actitud negativa importante; así como el no pensar que es

necesario el control prenatal y decidir acudir a emergencias cuando ocurra un problema, estaría enfrentándose a futuras complicaciones, las cuales pueden evitarse. En cuanto al apoyo social recibido por la adolescente durante su embarazo, sí existe alguien que la motive para obtener el control prenatal, así como quien le informe con respecto al porqué llevar el control prenatal y de cómo cuidarse en este embarazo.

Recomendaciones

Se recomienda seguir explorando en estudios posteriores los beneficios y barreras en otras poblaciones, para realizar comparaciones. Asimismo, es importante aplicar el instrumento de beneficios y barreras, y realizar pruebas de análisis de factores en las escalas de actitudes y el apoyo social percibido. Además, 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 éste no sea tardío, para evitar complicaciones en la madre y el hijo, y fomentar hábitos y estilos de vida saludable.

Resumen

Mediante el uso de algunas encuestas demográficas con representatividad nacional, en el presente trabajo se profundiza en la asociación entre el embarazo de adolescentes y las barreras percibidas por éstas en el control prenatal. Asimismo, con base en el Modelo de promoción de la salud, se resalta la importancia de este control, y se identifican las características sociodemográficas de la adolescente embarazada, la actitud de la misma sobre el embarazo y el control prenatal, la frecuencia de los factores conductuales, como el tabaquismo y el alcoholismo. Además, se prueba que un nivel bajo de escolaridad femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de méto-

dos anticonceptivos, una menor planeación en la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual.

Palabras clave: Control prenatal, Embarazo en adolescentes, Salud pública, Salud reproductiva.

Abstract

Using several nationally representative population surveys, this paper explores the association between teenage pregnancy and the barriers perceived by them in prenatal care. Also, based on the Model for the Promotion of Health, it highlights the importance of this control and identifies the sociodemographic characteristics of pregnant adolescents, their attitudes about pregnancy and prenatal care, and the frequency of behavioral factors, such as smoking and alcoholism. This paper also proves that a low level of female education is associated with lower knowledge and use of contraception, lower planning for the first sexual intercourse and a younger age of first sexual intercourse.

Keywords: Prenatal control, Teen Pregnancy, Public Health, Reproductive Health.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006, consultado en enero de 2011, en <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>
2. Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., et al. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. Méd. Chile*, 132, (1), 65-70.
3. Charlton, D. (1999). Definir la relación que existe entre el embarazo en la adolescencia y la escolaridad. *Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica*.

4. Jeanneville O'Mally Alfaro Blandón. (2001). Planificación familiar y algunas perspectivas. Nicaragua; tesis presentada en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, para optar al título de especialista en gineco-obstetricia de embarazo en adolescentes.
5. ENSANUT. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Instituto Nacional de Salud Pública.
6. Menkes, B.C., Suarez, L.L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de Población, Enero-marzo, N° 035, Universidad Autónoma de México. Toluca, México.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009). Estadísticas vitales, 2007. Base de datos. México, INEGI.
8. Hernández, F.E. (2007). Tercer Informe de Gobierno. Rescatado en noviembre, 2008: <http://tercerinforme.tamaulipas.gob.mx/Tercerinforme>.
9. Aguilar, R.C.M., Nazar, B.A., Salvatierra, I.B., Mariaca, M. R., Estrada, A. R. (2006). Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. Población y salud en Mesoamérica, 4(1), artículo 3, Jul-Dic.
10. Quelopana, del V.M.V., Dimmitt, C.J.M., Salazar, G.B.C. (2007). Factores psicosociales que influyen el inicio del control prenatal. Desarrollo Científico Enfermería, abril, 15(3). En: <http://www.index-f.com/dce/15/15-102.php> (Desarrollo Científico Enfermería. Vol. 15 N° 3, abril, 2007)
11. Echeverry, C.C., Grajales, M.C., Chacón, J.A., Moreno, C.L. (2004). Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales, de febrero a julio de 2003. Universidad de Caldas. <http://telesalud.ucaldas.edu.co>
12. Huntington, J., Connell, F.A. (1994). For every dollar spent-the cost-savings argument for prenatal care. N. Engl. J. Med. Nov. 10;331(19):1303-1307.
13. Fernández, L., Bustos, L., González, L., Palma, D., Villagrán, J., Muñoz, S. (2000). Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile. Rev. Med. Chil. Jun.128(6):574-83.
14. Díaz, A., Sanhueza, R., Yaksic, N. (2002). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 67(6):481-487.
15. Organización Mundial de la Salud. (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004, consultado en enero de 2011, en <http://www.who.int/whr/2004/es/index.html>
16. Pender, N.; Murdaugh, C. & Parson, M. (1996) Health Promotion in Nursing Practice, Lavoisier S.A.S., New Jersey, US.
17. Polit, F.D. Hungler, P.B. (1999) Investigación científica en ciencias de la salud. McGraw Hill Interamericana (6ª ed.) México, D.F.
18. Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal [CBBCPN], (2007), consultado en abril de 2011 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000200005&script=sci_arttext
19. Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Consultado en abril de 2011 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
20. Pécora, Alicia; San Martín, María Emilia; Cantero, Andrea; Furfaro, Karina; Jankovic, M. Paula; Llompart, Vanesa. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Vol. 27, N° 3, sin mes, 2008, pp. 114-119.
21. Nidia Rosibel Reyes Turcios. (2006). Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Comayagua. Honduras, año 2005. Nicaragua, tesis presentada en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Maestría Salud Pública 2004-2006, para optar al título de master en salud pública.

Recibido: 1 de septiembre de 2011

Aceptado: 1 de octubre de 2011