UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
“LISANDRO ALVARADO”

GRADO DE SATISFACCION DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN CENTROS FORANEOS, ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “DR. ANTONIO MARIA PINEDA”. BARQUISIMETO, ESTADO LARA.

FANNY COLMENÀREZ BETANCOURT

Barquisimeto, 2008

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE MEDICINA
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÌA

GRADO DE SATISFACCION DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN CENTROS FORANEOS, ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÌA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "DR. ANTONIO MARIA PINEDA". BARQUISIMETO, ESTADO LARA

Trabajo presentado para optar al grado de
Especialista en Obstetricia y Ginecología

Por: FANNY COLMENÀREZ BETANCOURT

Barquisimeto, 2008

APROBACION DEL TUTOR

Quien suscribe, Doctor Leopoldo Francisco titular de la Cédula de Identidad Nº.: 2.523.837, en mi carácter de tutor del trabajo: **GRADO DE SATISFACCION DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN CENTROS FORÁNEOS, ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "DR. ANTONIO MARIA PINEDA". BARQUISIMETO, ESTADO LARA** presentado por la ciudadana Fanny del C. Colmenàrez Betancourt, para optar al grado de especialista en OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que designe.

En Barquisimeto, a los 06 días del mes de Febrero del 2008.

_____

Tutor

GRADO DE SATISFACCION DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN CENTROS FORÀNEOS, ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "DR. ANTONIO MARIA PINEDA". BARQUISIMETO, ESTADO LARA.

Por: Fanny del C. Colmenàrez Betancourt

Tesis aprobada

Dr. Leopoldo Francisco **Jurado 1 (Tutor)**	**Dr. Jesús Rojas** **Jurado 2**

Dr. Roger González
Jurado 3

Barquisimeto, 06 de Marzo del 2008

DEDICATORIA

A mi familia. Su apoyo inestimable hace que sea un honor para mí el poder llamarlos padres y hermanos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por llenar mi vida de bendiciones en todo momento.

A Francisco y Antonia, mis padres, por su amor incondicional, por haberme brindado además de un hogar cálido, todas las oportunidades en mi desarrollo personal e intelectual y al esfuerzo que pusieron en ello.

A mis hermanos, Freddy y Yovanny por ser mis mejores amigos, fuente de amor inagotable manifestada con cuidados, atenciones, generosidad, lealtad y palabras de fè, en momentos difíciles….

A ti, Jorge por tu cariño, apoyo y sugerencias oportunas cuando las he necesitado.

A mis amigos por recordarme lo valiosos que son, manifestándome en todo momento confianza, sinceridad, lealtad, transparencia y apoyo en este camino que he abrazado.

Un agradecimiento de manera especial y sincera al Dr. Leopoldo Francisco por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección a pesar de su apretada agenda de compromisos. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han tenido sus frutos.

.

Al Dr. Jesús Rojas, a la Dra. Aída Torres y a la Licenciada Bruna López, por sus acertadísimas sugerencias en el desarrollo de este trabajo.

A las gestantes, por colaborar en esta investigación.

Finalmente, a todos aquellos que de alguna manera han contribuido en mi desarrollo profesional y en la culminación de esta tesis, mi mayor reconocimiento y gratitud¡.

INDICE

PAG.

DEDICATORIA …… **v**

AGRADECIMIENTOS …….…. **vi**

INDICE DE CUADROS .…….. **ix**

INDICE DE GRAFICOS …….… **x**

RESUMEN …….… **xii**

INTRODUCCIÓN …….… 1

CAPITULO

I. EL PROBLEMA …….. 3

Planteamiento del Problema …….….. 3

Objetivos ..…..……..….. 7

Generales ....…….….. 7

Específicos ..……..... 8

Justificación e Importancia ……..... 8

Alcances y Limitaciones ……..... 9

II. MARCO TEORICO ..……... 11

Antecedentes de la Investigación …….….. 11

Bases Teóricas ……... 17

Bases Legales ..…….….. 33

Operacionalización de las Variables ..…….…... 38

III. MARCO METODOLÓGICO ..…….…... 40

Tipo de Investigación …….……... 40

Población y Muestra …….…….……... 40

Procedimiento ….……..….. 41

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos …….……..….. 41

Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos ……..….. 44

IV. RESULTADOS ….…….…..…. 45

V. DISCUSION …….……. 72

VI. CONCLUSIONES …..…… 75
VII. RECOMENDACIONES …..…… 77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS …..…… 79
ANEXOS ……...…….……. 85

A.- Currículum Vitae del Autor

B.- Actividades del control prenatal

C.- Método de Graffar Modificado

D.- Instrumento de Recolecciòn de Datos

E.- Validez de contenido del Instrumento

F.- Confiabilidad del Instrumento

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO **PAG.**

1 Distribución de las adolescentes primigestas estudiadas según características sociodemográficas. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….. 45

2 Distribución de las adolescentes primigestas según sus conocimientos previos acerca del embarazo. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…….…….. 47

3 Distribución de las adolescentes primigestas según características generales de la Atención prenatal. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….…… 48

4 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la accesibilidad a dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…... 50

5 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la estructura de dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….. 52

6 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la atención del personal que labora en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…… 54

7 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la orientación educativa recibida en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 ……. 56

8 Satisfacción Global de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….. 58

9 Grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos según características sociodemográficas. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….. 60

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO **PAG.**

1 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la accesibilidad a dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….. 51

2 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la estructura de dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 ……. 53

3 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la atención del personal que labora en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….……. 55

4 Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la orientación educativa recibida en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 ……. 57

5 Satisfacción Global de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007 …….. 59

6 Distribución de las Adolescentes primigestas según Edad y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…….. 62

7 Distribución de las Adolescentes primigestas según Ocupación y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006–Octubre 2007…… 64

8 Distribución de las Adolescentes primigestas según Procedencia y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…….. 66

9 Distribución de las Adolescentes primigestas según Grado de Instrucción y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…….. 68

10 Interrogantes de mayor inconformidad en las dimensiones de accesibilidad, estructura y atención usadas para determinar satisfacción de la adolescente primigesta de su control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007……. 70

11 Interrogantes de mayor inconformidad en la dimensión de orientación educativa usadas para determinar satisfacción de la adolescente primigesta de su control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007…….. 71

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"
DECANATO DE MEDICINA
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

GRADO DE SATISFACCION DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN CENTROS FORANEOS, ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "DR. ANTONIO MARIA PINEDA". BARQUISIMETO, ESTADO LARA

Autor: Fanny del C. Colmenárez Betancourt

Tutor: Leopoldo Francisco

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda" desde Octubre/2006 hasta Octubre/2007, se realizó una investigación de campo, de tipo descriptivo y corte transversal, con una muestra seleccionada de tipo probabilística calculada según paquete estadístico Epistat versión 6.0 considerando una prevalencia de embarazos en adolescentes del 21% (IC 95%), conformada por 244 adolescentes ingresadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología cuya gestación a término fue resuelta durante la presente investigación. Se les aplicó una encuesta estructurada en dos partes, donde la sección II constó de 25 ítems para evaluar la accesibilidad, estructura, atención y 30 preguntas dicotómicas para evaluar orientación educativa durante las consultas acerca del embarazo, parto y puerperio, previa validación por 3 expertos y estimación de confiabilidad de 0,81 con el método Alpha de Cronbach. Se obtuvo 79,9% de satisfacción global y en orientación educativa solo un 18,9%. Hubo diferencia estadísticamente significativa (ANOVA) con procedencia del medio urbano en todas las dimensiones excepto accesibilidad y en atención del estrato social media alta. Se demostró inconformidad en tiempo de espera a la consulta, material de información recibido, exploración física de la cavidad bucal .Hubo orientación deficiente en cuidados puerperales y del recién nacido, beneficios de la lactancia materna e influencia negativa de hábitos insanos en el embarazo. Se sugiere evaluar la calidad del control prenatal en los diferentes centros, el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual de procedimientos de la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva a la adolescente y la reorientación oportuna de los mismos involucrando aspectos dirigidos a atender las necesidades emocionales de la adolescente con respecto al embarazo.

Palabras claves: grado de satisfacción**,** control prenatal, adolescente primigesta.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, como consecuencia de condiciones socioculturales que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más deprimidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. (Díaz y otros, 2002)

Es así como el mejoramiento en la calidad de los servicios prestados a la adolescente embarazada, junto con la búsqueda de equidad y eficiencia se está convirtiendo en uno de los pilares del sector salud a nivel mundial y Venezuela ha asumido su compromiso. De allí el establecimiento de la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva en el año 2003, por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En este sentido, con la finalidad de garantizar y mantener la calidad de los servicios de salud, se requiere una supervisión y evaluación permanente que permita retroalimentar el proceso en beneficio de las usuarias, reorientar y aportar nuevos conocimientos en la construcción de formas de prácticas de salud más eficientes.

Dentro de la actividad de recolección de información y de su análisis e interpretación para el seguimiento, la evaluación del grado de satisfacción de la consulta prenatal a partir de la perspectiva de la usuaria representa una pieza clave como vigilante del cumplimiento de los lineamientos y procedimientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva los cuales están establecidos en las normas de atención para la adolescente embarazada.

En el Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda", se atiende un número importante de adolescentes embarazadas en quienes se planteó la necesidad de determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos según la atención, la accesibilidad, la estructura y la orientación educativa aportada en relación a los síntomas, signos de alarma del embarazo, parto y puerperio durante la asistencia a las consultas.

En el presente estudio, la muestra escogida fue de tipo probabilística y constó de 244 primigestas adolescentes, seleccionadas con el paquete estadístico Epistat versión 6.0 tomando en consideración una prevalencia de embarazos en adolescentes del 21%.

A la muestra de adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y cuyas gestaciones a termino se resolvieron dentro de la institución (independientemente de la vía de evacuación) se les aplicó un instrumento tipo entrevista, el cual se validó previamente por tres expertos y se sometió a una prueba piloto para la confiabilidad del mismo usando el método de Alpha de Cronbach y obteniendo una fiabilidad buena de 0,81. Con los resultados obtenidos se realizaron cuadros y gráficos estadísticos para los análisis de los mismos permitiendo conocer la satisfacción de estas gestantes adolescentes en relación al control prenatal al cual asistieron.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.

El embarazo en adolescentes es un problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas. Algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia es una condición de muy alto riesgo (Monterrosa y Arias 1999). Resulta ser una condición que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica (edad cronológica menos la edad de la menarquía). Mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual (Díaz, A. et. al. 2002). En información elaborada de Naciones Unidas, se plantea el promedio estimado de embarazos según grupos etarios, con intervalos de 5 años (2000-2005): de los 133 millones de embarazos, 14 millones (10.5%) son de madres entre 15 y 19 años. El mayor porcentaje de los mismos está en África, América Latina y el Caribe. En el año 2002, el 16% de los nacimientos fueron de madres adolescentes, con rangos de 10,2% en Chile y 20,5% en Venezuela (0PS, 2005). Aún cuando se conoce que existe un subregistro significativo, las cifras de nacimientos en adolescentes del país se mantienen entre las más altas de la Región Andina. Se destaca que de cada 10 nacimientos en adolescentes solo uno ocurre sin atención prenatal y uno de cada cinco es cesárea. El 7% de los nacimientos de hijos de adolescentes es prematuro. (Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2003)

Las implicaciones sociales del embarazo en adolescente son múltiples, en tanto que su ocurrencia a menor edad, ofrecen un terreno abonado para la deserción escolar, violencia intrafamiliar, escasa preparación laboral, desempleo, etc. que

limitan sus posibilidades de movilidad y ascenso social, perpetuándose el ciclo de la pobreza en la que están inmersas la mayoría de las familias de estas adolescentes.

El Censo General de Población y Vivienda realizado en Venezuela en el 2001, arroja las siguientes cifras: Población General en el año 2000 de 24.310.896 y según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) se estimó que para el año 2006 la población venezolana alcanzaría los 27.030.656 habitantes, considerando la población de adolescentes en 5.420.964, es decir, el 22,2% del total. Entre ellos el grupo de 10-14 años se cree que seria de 2.721.953 y que de él, el 87% estarían viviendo en las zonas urbanas. El grupo de 15 a 19 años para el año 2006 alcanzaría a 2.699.011. (INE, 2006)

Según datos señalados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS, 2005), y el INE (2006), se estima que para el 2015 la población total alcance a 31.017.064 habitantes, de los cuales el 30% serán menores de 19 años.

La iniciación sexual, la primera unión y la ausencia de utilización de anticonceptivos, así como la fecundidad en edades tempranas tienden a incrementarse entre las adolescentes más pobres, menos instruidas, en las zonas rurales y peri-urbanas. Para el año 2000 la tasa de fecundidad por 1000 mujeres llegó a 2,83 hijos vivos y en el caso de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, la tasa de fecundidad corregida fue de 93,31 ocupando el cuarto lugar, detrás del grupo de 30-34 años, sin embargo, para el año 2006 la tasa de fecundidad por 1000 mujeres llego a 2,62 y 91,09 la tasa de fecundidad corregida en adolescentes entre 15 y 19 años representando el tercer lugar, después del grupo de mujeres en edades comprendidas entre 25-29 años. (INE, 2006)

Según estudios sobre el comportamiento reproductivo de las adolescentes venezolanas, citados en la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003) el 50% de los y las adolescentes se inician sexualmente antes de los 19 años, el 10% antes de los 15 años. En zonas menos urbanizadas y rurales el 30% se inicia antes de los 15 años y el 70% antes de los 19 años. De cada 10 adolescentes entre 15 y 17 años por lo menos una es madre de al menos un hijo, de los 18 a 19 años 3 son madres de uno o más hijos.

Según el MSDS (2005) en el año 2000, el 21.4% de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 15-19 años. Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes muestran cierta tendencia a la baja, su peso sobre la fecundidad global, por el contrario, ha dado cuenta de un incremento. Ello se explica debido a la prevalencia del embarazo en adolescentes, el cual en distintos estudios ha sido destacado como el principal problema, que conjuntamente con la exclusión escolar, afecta a este grupo poblacional.

En el campo de la salud son bien conocidos los riesgos maternos - fetales del embarazo a edades tempranas y que parecen deberse más bien a las condiciones socioculturales y de cuidados médicos que se les brinden, que a las condiciones fisiológicas de esta edad. Hay autores que señalan que sí existe riesgo obstétrico en el embarazo en la adolescencia, pero que es superable con un adecuado control prenatal (Laverde et. al. 1993, Barrios y Ramos 1993, Pardo y Uriza 1991)

Hace diez años, en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), líderes mundiales se plantearon como objetivo para el año 2000 facilitar el acceso al cuidado materno, para la fecha actual existen 44 millones de mujeres en países en desarrollo que no reciben asistencia prenatal (UNICEF, 2000.)

El insuficiente cuidado prenatal y del parto es ampliamente responsable de las 600 mil muertes maternas anuales, y de los 5 millones de infantes que mueren antes, durante o la primera semana de vida. (UNICEF, 2004) En tal sentido, el último informe de UNICEF (2007), señala una discrepancia de la cobertura de la atención prenatal en el mundo, describiéndose durante los años 1997-2006 en un 71% para países en desarrollo y un 59% para países no desarrollados.

A pesar de lo contradictorio de los estudios se señala que un adecuado control prenatal puede disminuir los riesgos asociados al embarazo en las adolescentes. Con el control prenatal se persigue la detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, el diagnostico precoz y el tratamiento de las complicaciones obstétricas, la vigilancia del desarrollo y vitalidad fetal además de la preparación para el nacimiento y la educación familiar. (Briceño 1990)

Según estadísticas de la Coordinación Regional de Salud Sexual y Reproductiva del Estado Lara (2006), la cobertura del control prenatal, incluyendo consultas sucesivas, se ha incrementado en los últimos años, desde 69 mil 685 consultas realizadas a embarazadas en 1999 a 85 mil 565 en el 2005, lo que representa un rendimiento del 83% con una captación de embarazos en adolescentes precoces de 5 mil 362 en 1999 a 8 mil 741 durante el año 2005. Estas cifras evidencian una mejora en la atención de salud pública a través de una cobertura más amplia de los controles prenatales y una mayor concurrencia a los mismos, sin embargo el número de consultas postnatales apenas ha incrementado de 6 mil 304 en 1999 a 7 mil 320 el año pasado. Este bajo rendimiento podría plantear que la orientación recibida acerca del embarazo, parto y puerperio durante la consulta prenatal ha sido deficiente.

Esto hace que el tema de la cobertura de los controles prenatales en las adolescentes siga siendo un problema de magnitud en vista de la condición de embarazos de mayor riesgo a edades tempranas.

Por otro lado, si bien es cierto que la Tasa de Mortalidad Materna en el Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda" ha disminuido de 71 por 100 mil nacidos vivos en el 2004 a 49 por 100 mil nacidos vivos ocurridos en el año 2005, se registra que por lo menos el 63% de estas muertes ocurrió en primigestas. De las 14 muertes registradas, cinco de ellas fueron por causas obstétricas directas, reportándose que de las tres adolescentes fallecidas, solo una acudió al control prenatal. (Departamento de Epidemiología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda", 2006)

La mayoría de las pacientes que acuden al hospital para la resolución de su embarazo tienen un control prenatal inadecuado, y para muchas de ellas su primer contacto con alguna institución de salud ocurre cuando se encuentran en trabajo de parto. La falta de vigilancia del embarazo no es un problema exclusivo de la madre adolescente, sino que afecta a toda la población. Sin embargo, al considerarse el embarazo en la adolescente como de alto riesgo, la falta de esta atención expone a la mujer a mayores riesgos. Ahora bien, se sabe de pacientes adolescentes con un control prenatal cuyo número de consultas son iguales o mayores de 6, quienes se

realizan los paraclínicos solicitados pero en quienes el control prenatal no es de calidad puesto que no se cumple con todos los objetivos que requiere tal control. Tal y como señala Issler (2001), el cuidado prenatal es un proceso multifacético y multidisciplinario el cual comienza luego de la concepción y continua hasta el inicio del trabajo de parto involucrando la identificación de factores de riesgo, de su eliminación y disminución, donde es importante la educación durante la gestación, reconociendo la responsabilidad del obstetra y del médico general como determinantes en la educación.

Evaluar la calidad del control prenatal desde la perspectiva de la usuaria es cada vez más común. En instituciones de salud pública y privada existe un frecuente interés por determinar los aspectos relacionados a la calidad de atención y sus repercusiones perinatales.

En virtud de todo lo expuesto se hizo necesario determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda" y de esta manera plantear mejores estrategias en los conocimientos en esa área; fomentando las políticas de prevención, elevando no solo la calidad de vida de la población adolescente sino también el nivel de prestación de los servicios.

El correcto control médico durante el embarazo y parto, con un posterior acceso a centros de planificación familiar, son los pilares básicos en la atención de la mujer adolescente embarazada.

Objetivos.

General:

Determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda" de Barquisimeto, Estado Lara. Octubre 2006 - Octubre 2007.

Específicos:

1.- Determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos al cual asistieron de seis o más consultas, según la accesibilidad a dichos centros asistenciales.

2.- Determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas respecto al control prenatal en centros foráneos al cual asistieron de seis o más consultas, según la estructura de dicho centro asistencial.

3.- Determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas respecto al control prenatal en centros foráneos al cual asistieron de seis o más consultas, según la atención del personal que labora en el centro asistencial.

4.- Determinar el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas respecto a la orientación educativa del embarazo, parto y puerperio, recibida en el centro asistencial donde se controlaron el embarazo.

Justificación e importancia.

Los adolescentes son uno de los grupos sociales más vulnerables, y por lo tanto, constituyen uno de los grupos priorizados por el Ministerio de Salud; esto ha permitido que existan una gran cantidad de Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y programas impulsados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que realizan intervenciones para incidir en problemas de gran magnitud en este grupo, además, se han realizado una serie de estudios, los cuales en su mayoría, han sido relacionadas a embarazos en adolescentes, uso de drogas, morbilidad asociada al embarazo o estudios de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, pero no se ha investigado en nuestro principal centro hospitalario de la región centro-occidental si el control prenatal de las embarazadas adolescentes que acuden a este centro de referencia para su resolución obstétrica con un número de controles mayores o iguales a 6, satisface a la usuaria reflejándose esto en el

conocimiento que tiene la gestante sobre sus riesgos, el embarazo, parto y puerperio cuyo principal indicador de daño estaría representado por la morbilidad y mortalidad materna y perinatal convirtiéndolo en un problema de salud pública de gran envergadura.

Diferentes estudios señalan que al proporcionarse amplia atención obstétrica con un adecuado control prenatal, educación perinatal y apoyo psicológico apropiado, se disminuyen los riesgos biológicos y económicos, tanto para las pacientes como para las instituciones (Monterrosa A. 1996; Monterrosa y Bello 1996)

En la actualidad, la dinámica del sector salud, tiene su mayor interés en la calidad de atención en cada uno de los establecimientos dispensadores de salud, y en el caso de las adolescentes que acuden a la consulta prenatal de dichos centros, existe la particular tendencia, en vista de que constantemente se establecen estrategias para fortalecer estas consultas. La satisfacción del usuario es un tema de interés creciente en el marco de la salud pública y de la gestión de los servicios de salud; se considera un eje angular de la evaluación de servicios de salud y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad, razón por la cual esta investigación permitirá monitorizar la satisfacción de la adolescente primigesta respecto al control prenatal siendo importante la orientación o información recibida sobre el embarazo, parto y puerperio que influyen positivamente en el desarrollo del mismo, logrando enriquecer estudios sobre satisfacción de la usuaria del control prenatal, que al ser aplicados a universos similares al del presente trabajo ofrezcan datos que puedan ser considerados en la toma de decisiones en cuanto a cambios de actitud en pro de las mejoras del control prenatal de las adolescentes.

Sobre la base de los conceptos vertidos en este trabajo se espera que el mismo sea una ayuda para mejorar la calidad del trabajo que se realiza en el campo perinatal y sirva de base para la revisión de las normas que se aplican en los servicios de salud.

Alcances y Limitaciones.

Los resultados de la investigación presentada, pueden extenderse a la población de adolescentes primigestas embarazadas que acuden a su control prenatal en los

diferentes centros de salud pública y privada de todo el país. Esto es posible en vista de que en este estudio se incorporan gestantes cuyos controles prenatales fueron realizados en diferentes centros privados, ambulatorios rurales y urbanos, además de hospitales, involucrando pacientes procedentes del Estado Yaracuy, Portuguesa y Lara. Por lo tanto, es de esperarse que las consultas prenatales en las primigestas adolescentes se desarrollen de igual forma en las diferentes regiones del país.

Asimismo, esta tesis puede servir de fuente de consulta, en investigaciones posteriores dirigidas a buscar satisfacción de las embarazadas acerca de la consulta prenatal a la cual asisten, a la orientación oportuna que reciben en ella y respecto al cumplimiento de los lineamientos actuales que se deben seguir en las consultas prenatales según el Ministerio del Poder Popular para la Salud del país, ofreciendo la posibilidad de establecer los correctivos que se determinen necesarios.

Con respecto a las limitaciones encontradas durante la realización de la investigación, se menciona el hecho de que no están incluidas gestantes de nivel socioeconómico alto, en vista de que las mismas no son atendidas en centros públicos para la resolución de su embarazo.

Como limitante también destaca la administración del cuestionario a la gestante después del parto. Estas circunstancias podrían modificar las respuestas en vista de que a la usuaria le seria difícil separar la atención recibida en la consulta prenatal de los acontecimientos del trabajo de parto y posparto. Sin embargo, la repercusión de este hecho afectaría a todas las pacientes entrevistadas independientemente del centro hospitalario donde se realizara el estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación.

El embarazo, que a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para la salud del binomio madre-hijo y por las consecuencias que puede acarrear para el futuro.

La prevalencia del embarazo en edades tempranas aumentó en el mundo entero en la última década, y constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un bajo nivel socioeconómico, a deserción escolar, (Díaz S., 2003) inicio sexual precoz, mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado, lo que muchas veces determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, que provoca un control prenatal tardío o insuficiente (Peláez, 1997)

Según el Informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2005, los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas causan más de una tercera parte de las muertes de recién nacidos, generalmente en la primera semana de vida. Otro 25% de las muertes neonatales se producen por asfixia, también sobre todo en la primera semana de vida. En el periodo neonatal tardío, es decir, después de la primera semana, predominan las muertes por infecciones (en particular, diarrea y tétanos), a las que corresponde más de una tercera parte de la mortalidad neonatal las cuales disminuyen cuando la atención prenatal mejora.

Según la OMS y el UNICEF, desde 1990 ha aumentado en un 20% el número de embarazadas que reciben atención prenatal por personal de salud capacitado. El mayor aumento, 31%, se ha registrado en Asia, mientras que en África al Sur del

Sahara, el número de mujeres que reciben atención prenatal ha aumentado sólo un 4%. Actualmente, en los países en desarrollo, más de la mitad de las mujeres realizan al menos cuatro visitas prenatales durante el embarazo (OMS y UNICEF. 2003)

Si bien un inadecuado control prenatal es un factor para complicaciones obstétricas, (Ortiz, 1991) algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico (Bukulmez, 2000; Martínez et al. 1985).

Pardo et al. (1991), en un estudio que agrupó 11 instituciones Colombianas de II y III nivel, evaluaron 3.364 adolescentes encontrando que las madres adolescentes sin control prenatal (58,2%) tuvieron siempre mayor morbilidad asociada al embarazo (más ruptura prematura de membranas, infección, hipertensión inducida por el embarazo, parto pretérmino y embarazo prolongado), tenían mayor frecuencia de cesárea o mayor necesidad de fórceps; estas adolescentes sin control prenatal también tuvieron mayor frecuencia de desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal; tuvieron a la vez más riesgo de complicaciones en el puerperio e incluso más riesgo de muerte materna. La tasa de mortalidad materna encontrada en este estudio fue de 277 x 100.000 nacidos vivos. Esparza y Calle (1993), encontraron una mayor proporción de ausencia de control prenatal en adolescentes comparadas con adultas. Igualmente aseveran Fraser et al (1995), quienes establecen que existe una relación inversamente proporcional entre control prenatal y morbi-mortalidad materna y perinatal.

Lira Plascencia et al. (2001), señalan que gracias a un adecuado control prenatal, en un estudio retrospectivo que analiza 899 pacientes menores de 16 años atendidas en el Instituto de Perinatología de México durante los años 1999-2000, los productos llegaron a término en 84.4%, siendo la resolución obstétrica por vía vaginal en 54.7%. Encontraron además como patología asociada al embarazo en estas adolescentes: infecciones de las vías urinarias (23.5%) la anemia y desnutrición (17.9%), la Ruptura Prematura Membranas (R.P.M.) y amenaza de parto pretérmino (20.2%).

Un control médico sistematizado de toda gestante es sin duda alguna la mejor garantía para la consecución de un optimo resultado perinatal. El evidente desarrollo experimentado por las consultas prenatales en los últimos años se ha convertido en el centro de gravedad de buena parte de la obstetricia actual. (Gonzáles, 2004).

Todos los países están preocupados por lograr un excelente nivel de asistencia para la mujer embarazada, a sabiendas de que una buena profilaxis y una correcta atención son infinitamente más eficaces que el mejor de los tratamientos. (Gonzáles, 2004)

En el interés de mejorar la calidad de los servicios de salud, Donabedian (1993) publicó un articulo titulado: "Evaluando la Calidad de la Atención Medica", con el cual se inicio una explosión de ideas dentro del campo de la organización y administración de la atención de salud. Desde entonces se ha reflexionado y discutido sobre los conceptos, componentes y procedimientos para evaluar la calidad de la atención médica.

En una investigación Costarricense en el periodo comprendido entre los años 1995 y 1997, con el objeto de determinar la equidad, la eficiencia, la cobertura y la calidad de los servicios de salud realizaron una recolección de datos sobre variables e indicadores señalados por diferentes expertos así como encuestas a los usuarios, los resultados mas resaltantes indicaron que alrededor del 80% de los usuarios consideran que sus problemas de salud han mejorado con los servicios recibidos y estaban satisfechos con: la atención, el acercamiento de los servicios y una atención mas rápida. Los mayores porcentajes de insatisfacción se observaron en los trámites para obtener la cita, el horario de atención y el personal que les atiende en recepción, farmacia, servicio social. (Sánchez et al. 1997)

En tal sentido, Ramírez et al (1998), señalan que para mejorar la calidad de atención en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. Considera que desde la perspectiva del usuario es posible obtener del entrevistado un conjunto

de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas.

Al respecto, es importante señalar la investigación de Alcaris et al. (1999), en España sobre la calidad y satisfacción en los Servicios Hospitalarios, cuyo objetivo fue analizar la relación causal que existe entre la calidad percibida y la satisfacción, llegando a la conclusión que la calidad percibida en el servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso, por lo que se constata que la satisfacción es un término mas general que engloba la calidad percibida.

En Perú, según León (2000), el Programa Nacional de planificación familiar del Ministerio de Salud a partir de 1998 modificó sus políticas para garantizar que los servicios respondieran a las necesidades y a los deseos individuales en materia de salud reproductiva. En 1999, el Population Council colaboró para el desarrollo de un sistema de supervisión para monitorizar y evaluar el cumplimiento de los lineamientos. Para lograr este objetivo se realizó un estudio que utilizó la técnica de muestreo por lotes para el control de calidad, en 19 hospitales, 19 centros de salud y 19 puestos de salud. La recopilación de los datos se llevó a cabo a través de evaluaciones que se desarrollaron de varias formas: clientas simuladas y entrevistas de salida a las usuarias de planificación familiar. Los resultados obtenidos revelaron que mas del 90% de los prestadores de servicios de planificación familiar de los centros de salud del Perú cumplen con las normas nacionales de atención, dando un trato respetuoso y ofreciendo información anticonceptiva a las usuarias, sin embargo la mayoría de los proveedores podrían mejorar la calidad de la atención, proporcionando a las usuarias mayor información al respecto. Esta modalidad de recopilación de datos demostró ser un método confiable para monitorizar la calidad de atención proporcionada en los centros de salud.

En un estudio sobre calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar en Perú durante el año 2003 se encontró que en cuanto a los hallazgos de las usuarias, los factores relacionados con el establecimiento también

tienen mayor influencia en la calidad de atención que los factores individuales. Entre ellos se encuentran la zona o región geográfica, el tipo de establecimiento y el trato que percibe la usuaria al momento de la consulta. Se revela que las usuarias que han sido atendidas en regiones más alejadas a Lima tienen un mejor puntaje en el índice de calidad de atención, esto implica que una parte del efecto puede ser por la ejecución de diferentes proyectos destinados a mejorar la calidad de atención en las zonas más alejadas. Se evidencia también, mejores puntajes en el índice de aquellas usuarias que acudieron a un hospital en comparación con aquellas que acudieron a centros y puestos de salud y que además recibieron un trato amable por parte del profesional de salud, esto con un 95% de confianza. Finalmente, este estudio muestra que los servicios de control prenatal en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú todavía deben mejorarse (Paca A. 2004).

En un estudio de Encuestas Demográficas y de Salud Materno Infantil (ENDS, 2005) realizado en Colombia el cual arroja datos de los últimos cinco años en cuanto a la atención prenatal se encontró que un 84% de gestantes se controlo el embarazo, existiendo ausencia de control en adolescentes en el 6,8%. De las pacientes controladas se indagó acerca de la información aportada en su consulta prenatal sobre embarazo, signos de alarma y parto reportándose en el 64%, siendo mayor en quienes se controlaron el embarazo en áreas urbanas. Además se señaló que los paraclínicos fueron realizados de forma incompleta en 9 de cada 10 embarazadas controladas, existiendo deficiencia en la realización del HIV (realizado sólo en el 35%) y en el cumplimiento del toxoide tetánico: única dosis en el 24% de las pacientes, ocurriendo esto con mayor frecuencia en el área rural.

En Venezuela se han realizado diferentes estudios sobre calidad de atención en los servicios de salud, cuyos objetivos están dirigidos a determinar el grado de satisfacción de los usuarios. Así Ludewig et al. (1997), realizaron un estudio con el fin de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios de las consultas preventivas de higiene infantil, pre-escolar, planificación familiar, y prenatal de 5 ambulatorios de diferentes comunidades de Barquisimeto, construyendo una escala tipo Likert compuesta por 11 ítems con suficiente poder discriminativo (método de Edwards),

validez de contenido y confiabilidad demostrada con el coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados revelaron que sólo un porcentaje muy bajo de los usuarios se encontraban satisfechos. Los factores que contribuyeron en un mayor grado a crear insatisfacción fueron: el tiempo de espera, el tiempo que dedicó el médico al paciente en la consulta, la hora de inicio de la consulta, el sistema de citas y las recomendaciones hechas por el médico. Con relación a la influencia de los factores socioeconómicos, los usuarios pertenecientes al estrato social medio alto (Graffar modificado por Méndez Castellano) fueron mas exigentes al valorar la consulta que los estratos medio bajo, obrero y marginal.

En el año 2002, se realizó una primera investigación sobre la calidad de atención de los servicios de salud de los ambulatorios del Estado Yaracuy, teniendo como objetivo determinar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Para tal fin se aplicó una entrevista estructurada de 24 ítems para evaluar la variable satisfacción del usuario en las dimensiones accesibilidad, estructura, proceso y resultado. Este instrumento fue validado por expertos, con estudio de confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados obtenidos revelaron que el 64% de los usuarios se encontraban satisfechos con el servicio de salud. (Barrios M., 2002)

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país.

En tal sentido, de estas experiencias tomadas como referencias en este estudio se aprecia que hasta ahora no había sido evaluada la calidad del control prenatal de las embarazadas considerando el conocimiento que estas gestantes adquieren producto de la educación y orientación dados en la consulta prenatal como parte de la atención integral de la consulta y que permiten a la paciente una mayor preparación para el embarazo, parto y puerperio, razón por la cual fueron considerados en este estudio y precisamente con primigestas adolescentes quienes necesitan mucho más del abordaje educativo.

Bases Teóricas.

La OMS (1995) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, adquiere madurez en el desarrollo cognoscitivo, personalidad y valores ético-morales adaptándose al grupo socio-cultural de su tiempo y entorno " y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial (Issler, 2001).

La adolescencia se la puede dividir en tres etapas (Issler, 2001):

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

El embarazo a edades tempranas no es un proceso aislado del contexto individual, pareja, familia y sociedad; y en la adolescente embarazada no es solamente la primigesta precoz que tiene una connotación puramente biológica, sino que desborda las acciones prenatales, de atención del parto, del recién nacido y del postparto (Sernam, 1991), situaciones que se enmarcan con características particulares propias de esta etapa del ciclo vital.

Como resultado del incremento en las relaciones sexuales, las que se desarrollan cada vez a edades más tempranas y sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas, los embarazos en los adolescentes han aumentado notablemente en épocas recientes. Aunque en muchos casos el embarazo en las adolescentes puede responder a los deseos de las mismas, en otros puede tener efectos devastadores, (Sernam, 1991) porque:

a) Hay pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creían que iniciaban el camino hacia su independencia;

b) Hay una interrupción de sus relaciones grupales, porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales normales. Las adolescentes dejan de crecer con su grupo y pierden así un elemento de apoyo afectivo muy importante en sus vidas.

c) Hay una demora o un cese de su desarrollo personal.

La maternidad no programada casi siempre genera tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de la niña se ve fuertemente exigida, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja. Es así que siente amenazadas sus necesidades básicas, como son (Fuentes y Lobos, 1994) :

1. Necesidad de bienestar físico;
2. Necesidad de seguridad y protección;
3. Necesidad de aceptación y pertenencia a un grupo;
4. Necesidad de cariño: dar y recibir afecto;
5. Necesidad de ser estimada y respetada;
6. Necesidad de autorrealización.

La respuesta a esta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, pena, angustia y podría llegar hasta la depresión. Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente, dependerán de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de la condición biológica, edad, condición social y significado de este hijo para ella. Lobel (1994) define operacionalmente el estrés prenatal como un estado de ansiedad crónica que se modifica de acuerdo a los eventos estresantes previos particulares de cada caso.

La adolescente y su familia generalmente tienen dificultad para aceptar el hecho del embarazo. Algunas adolescentes solteras inician su embarazo con una actitud de rechazo, la que se transforma en aceptación en el transcurso de la gestación. La actitud de la familia es, muchas veces, negativa al comienzo del embarazo, cambiando a positiva en menor proporción que las adolescentes. En el ámbito familiar, si es aceptada con su hijo, se puede producir una desorganización de funciones cuando los padres de origen continúan su función de crianza en circunstancias que la hija adolescente se transformó en madre. Estos ajustes no siempre son fáciles, aunque esta situación es preferible a la de rechazo, puesto que la familia de origen es el refugio más significativo para la madre soltera. La joven tiene que conciliar de algún modo dos papeles opuestos: expresar sus necesidades de adolescente, al mismo tiempo que avanzar hacia un papel adulto y responsable. La primera reacción de los padres, hermanos y parientes siempre es negativa. En casos extremos, la joven es arrojada del hogar; en la mayoría es agredida verbal y/o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra. De todas maneras, las relaciones afectivas intrafamiliares se afectan, en muchos casos de forma irreversible. La joven experimenta un rechazo de parientes, amigos, vecinos, que

luego se traducirá en formas abiertas o sutiles de discriminación hacia el hijo "ilegítimo". Los riesgos de salud más frecuentes durante el período gestacional son:

Riesgos Médico-obstétricos: patología hipertensiva, anemia, bajo peso neonatal, parto prematuro, nutrición insuficiente, mayor probabilidad de muerte infantil y materna respecto a otros grupos de edad, aborto, preeclampsia. Es decir la madre adolescente y su hijo enfrentan mayores riesgos médicos que la mayoría de las mujeres embarazadas, debido a su inmadurez física y psicológica; además tienen mayores probabilidades de volver a ser madres en un corto plazo.

Riesgos Psicosociales: Altera su dinámica familiar, abandono de su pareja, explotación laboral, deserción escolar, dificultad para tomar decisiones que afectan el proyecto de vida, poca o ninguna solvencia económica para educar y criar a su hija(a).

Riesgos afectivos: Temor, rechazo de su embarazo, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, abandono de su pareja, negación de la paternidad. En una etapa de formación y búsqueda de su propia identidad, como lo es la adolescencia, combinado su crecimiento biológico y el cambio psicológico brusco que se presenta ante la situación de embarazo, ellas enfrentan su maternidad en condiciones muy desfavorables.

Para el hijo también se aumentan los riesgos de salud tales como una mayor morbi-mortalidad, prematuridad, e incidencia de anomalías congénitas, desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó, que no los quiere, y la alteración en la formación de patrones de identificación con el sexo masculino, la sobreprotección materna, o su expresión inversa: abandono, violencia, agresión, la dependencia de los abuelos y exposición a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos; escasez o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de vida. El hecho existe, con un alto porcentaje de adolescentes embarazadas que no acuden oportunamente a los servicios de salud y atención prenatal, debido a los factores de orden psicosocial relacionados con su maternidad, potenciando así el desarrollo de los factores de

riesgos de salud propios de su estado con la particularidad del momento del ciclo vital que están viviendo.

Este panorama exige que la comunidad desarrolle programas de apoyo y promoción de la salud, prevención de las enfermedades y de la reincidencia (otro embarazo en un intervalo de tiempo demasiado corto menor a dos años) a través de diversos mecanismos entre ellos proyectos educativos en las consultas prenatales.

Control Prenatal

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. (Casini, 2002)

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (Casini, 2002)

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. (Casini, 2002)

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, cintas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud. (Casini, 2002)

Con la infraestructura señalada se puede lograr los objetivos generales del control prenatal, los mismos se señalan en la Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2003), y son:

Identificar factores de riesgo

Diagnosticar la edad gestacional

Diagnosticar la condición fetal

Diagnosticar la condición materna

Educar a la madre

Identificación de Factores de Riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Diagnóstico de Edad Gestacional

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y crecimiento intrauterino restringido en la población obstétrica bajo control.

Diagnóstico de la Condición Fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

Latidos cardíacos fetales

Movimientos fetales

Tamaño uterino

Estimación clínica del peso fetal

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

Latidos cardíacos fetales. Los mismos son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La

disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma se obtiene indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. El error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre suele ser del 10%.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia con ruptura prematura de membranas ovulares, crecimiento fetal restringido, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, Diabetes Mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

Diagnóstico de la Condición Materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematología completa y examen físico según síntomas maternos.

Educación Materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente.

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

Signos y síntomas de alarma

Nutrición materna

Lactancia y cuidados del recién nacido

Derechos legales

Orientación sexual

Planificación familiar

Preparación para el parto

Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Nutrición materna, lactancia y cuidados neonatales. Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc).

Derechos legales. El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aún cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.

Licencia de descanso prenatal. Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico.

Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

Este aspecto es importante en vista del temor al parto que puede iniciarse en la adolescencia y que a esta edad es mas frecuente e intenso encontrándose en el 20% de las embarazadas tal y como señalan Hofberg y Ward, 2004.

La falta de control prenatal puede ser importante en vista de que los temores que puede sentir la adolescente se relacionan de manera constante con la percepción del parto como evento traumático. (Hofberg y Ward, 2004)

En la investigación Psicológica se ha encontrado que un mayor control prenatal, con orientación apropiada, conduce a menores respuestas de estrés físico y ansiedad, menor uso de analgesia y más satisfacción, realización y bienestar emocional después del parto. (Ayers, 2004)

Exámenes durante el control prenatal:

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas:

- Grupo sanguíneo y Factor Rh
- Examen de orina y Urocultivo de ser necesario
- VDRL
- HIV y Serología para Hepatitis B (en caso de pacientes en riesgo)
- Hematología Completa
- Glicemia, Perfil lipídico mínimo, Investigación serológica de Toxoplasmosis
- Albuminuria
- Papanicolaou
- Ecografía
-Pesquisa de anomalías genéticas en caso de ser necesario y Pruebas Tiroideas.

- Grupo sanguíneo. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva. Si la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

- Urocultivo. A todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.

- V.D.R.L. Son las siglas de Venereal Disease Research Laboratory, una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido. Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, al intermedio del control (entre 22-24 semanas) y en el tercer trimestre.

- H.I.V. y Serología para Hepatitis B La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control al igual que serología para hepatitis B.

- Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas

- Glicemia. Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa con una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.

- Albuminuria. La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente coresponden a una preeclampsia.

- Papanicolaou. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico-uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad

gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopía (ejemplo: placenta previa). Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

Periodicidad del Control Prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales en la adolescente se efectúan cada cuatro semanas bajo un esquema de seis consultas como mínimo (a no ser que se trate de un embarazo de mayor riesgo que amerite una vigilancia estricta y más seguida) de la siguiente manera:

Primera consulta: en el trascurso de las primeras 13 semanas.

Segunda consulta: entre las 15-18 semanas

Tercera consulta: entre las 22-24 semanas.

Cuarta consulta: entre las 27-29 semanas.

Quinta consulta: entre las 33-35 semanas.

Sexta consulta: entre las 38-40 semanas.

Después de las 38 semanas de gestación se requiere efectuar controles prenatales semanales con el objeto de detectar, prevenir y tratar factores que aumenten el riesgo materno perinatal en este período, evitando en esta forma el embarazo cronológicamente prolongado, la atención prenatal se realizará hasta las 41 semanas inclusive pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo referente a síntomas y signos de alarma. (Manual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva, 2003). Las acciones y procedimientos que se deben realizar en el control prenatal de la embarazada se resumen en el **Anexo B.**

En el **m**anual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva, 2003 también se señala que se debe realizar asesoría a la adolescente embarazada en aspectos relacionados con: sexualidad, anticoncepción, proyectos de vida, prevención de VIH/SIDA y otras ITS. Se sugieren temas educativos respecto a autoestima y desarrollo personal, importancia del control prenatal, fisiología y anatomía de los órganos reproductivos, nutrición, cambios físicos durante el embarazo y medidas para aliviar los síntomas más comunes, lactancia materna, características de las etapas del parto, método psicoprofiláctico para el parto, características y cuidados del recién nacido, autocuidado postparto, métodos anticonceptivos y comunicación familiar.

Atención centrada en el cliente

Actualmente, la calidad de la atención es percibida en forma multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados.

Los clientes pueden verse influidos por cuestiones sociales y culturales en su opinión de calidad, y suelen poner un énfasis considerable en el aspecto humano de la atención que reciben.

Recientemente se acepta que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud. Esta nueva tendencia se basa en la convicción de que las acciones desarrolladas para mejorar la calidad de los servicios médicos deben dirigirse primordialmente a la disminución del sufrimiento y el incremento del bienestar general de los pacientes, sin descuidar el uso de instrumentos técnicos capaces de incrementar su capacidad para realizar diagnósticos oportunos y adecuados, así como para establecer tratamientos efectivos considerando las necesidades del paciente y los adelantos científicos de la práctica médica.

Para proporcionar atención de alta calidad los proveedores de servicios tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus clientes y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas por

factores personales, sociales y culturales. Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención porque esto eleva la satisfacción del cliente y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud (Creel et al, 2002; Bertrand et al. 1995; Kols, A. et al. 1998.)

Existen también tres requisitos que pueden hacer que los clientes se sientan bien atendidos:

• La comunicación cara a cara.

• La existencia de personal competente que muestre a los clientes su deseo de realizar un buen trabajo.

• Reconocimiento de que los promotores de salud pueden tener diferentes apreciaciones de las necesidades de las usuarias.

Los clientes manifiestan una serie de obstáculos antes de llegar a la atención.

1. **Antes de llegar a la clínica:**

Referidas a barreras socioculturales, autonomía de la mujer, normas socioculturales, mitos y rumores, cuestiones de género y discriminación y el acceso, distancia y costo.

2. **En la consulta propiamente dicha:**

Donde es importante el tipo y disponibilidad de insumos, trato respetuoso y amistoso del personal que presta el servicio, intimidad y confidencialidad, proveedores competentes, ejercicio del derecho a la decisión informada, horarios y tiempo de espera adecuados y servicios accesibles.

La forma de superación de estos obstáculos y las mejoras en la calidad de la atención, se han concentrado en elevar el poder de decisión de las usuarias de los servicios y las comunidades, para que exijan servicios de alta calidad y mejoren las actitudes en búsqueda de la atención. Los enfoques centrados en los clientes ayudan a identificar los servicios, materiales, información y apoyo emocional que necesitan exigir y recibir. Por lo anteriormente expuesto la propuesta es promover clientes informados y hacer partícipe a la comunidad en la mejora de la calidad (Kols, A. et al. 1998).

El interés por aplicar al sector salud criterios empresariales tales como calidad total, mejora continua, eficacia y eficiencia (entre otros estándares de calidad) es muy reciente y hay una gran avidez en las instituciones de salud por aprender de la gerencia privada y por aplicar sus herramientas, en tal sentido, obtener información sobre los servicios de salud es un elemento básico que refleja la calidad de atención que se está brindando.

La evaluación periódica de las acciones y resultados del sistema de salud constituye la mejor garantía de que sus objetivos se están cumpliendo o están en vías de cumplirse.

Por esta razón, la evaluación de los servicios de salud representa una actividad central de los gobiernos y las instituciones de investigación sanitaria. De acuerdo también con Donabedian (1993), los servicios de salud deben, además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario. En este sentido son el paciente y sus familiares quienes, en último término, deciden si el servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. Por esta razón, el objetivo de los servicios no puede limitarse a alcanzar el alivio médico del enfermo, sino buscar incrementar su entusiasmo y su confianza en las instituciones de salud. El conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad, pero es la aceptación del consumidor la que, finalmente, valida integralmente el proceso de la atención.

Bases Legales.

En Venezuela se ha avanzado significativamente en la estructuración de un cuerpo legal nacional que reconoce los derechos de niños y niñas y adolescentes y la importancia de su garantía en el desarrollo individual y colectivo de estos grupos humanos que transita por estas etapas de la vida, los cuales honra los compromisos del país ante el mundo.

Entre los principales acuerdos internacionales que Venezuela ha suscrito y ratificado, se encuentran:

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
Primera Conferencia Mundial de la Mujer (México, 1975)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)
Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979)
Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).
Cumbre Mundial de la Infancia (1990)
Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)
Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993)
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belem Do Pará (1994)
IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (1994).
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).
Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina (PRADJAL, 1995 2000).

Venezuela comprometida en un proceso de profundos cambios que privilegia los derechos sociales y civiles de las y los venezolanos y signatarios de los acuerdos internacionales, ha avanzado significativamente en la definición de importantes instrumentos legales orientados a garantizar el ejercicio de los derechos humanos entre los que podemos destacar:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)
Ley Orgánica de Educación (1980)
Ley Orgánica de Seguridad Social (actualmente en discusión)
Ley Orgánica de Salud (1987) Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente (1998) Ley Orgánica de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (1993)
Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (actualmente en discusión)

Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia (1998)

Ley Nacional de Juventud (2002)

En la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2000), los líderes mundiales de 189 estados adoptaron un conjunto de objetivos y metas cuantificables y delimitadas en tiempo para combatir, entre otras cosas, la salud materna como una urgente prioridad en la lucha contra la pobreza. El Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio exhorta a lograr antes de 2015 una reducción del 75% en el índice de mortalidad materna, en comparación con los niveles registrados en 1990.

En el aspecto legal, la Republica Bolivariana de Venezuela en su constitución hace referencia en los artículos 75, 78, 79, 182 y 184 que se establecen los derechos y la protección legal de niños, niñas y adolescentes, del ciudadano en general, la familia y la comunidad, así como su participación activa y protagónica en los procesos de planificación, ejecución y control social. (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999)

Es señalado el derecho que tienen todos los venezolanos a la protección de la salud y es asignada la responsabilidad del mantenimiento de la misma a las autoridades del Estado, brindando al adolescente una atención integral, respetando privacidad, confidencialidad, pudor y dignidad. Igualmente hace referencia a que los niños y adolescentes estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales garantizaran que se cumpla lo convenido en la Constitución, en la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales.

El Estado Venezolano, como garante de la política social y comprometido con la formación de ciudadanos conscientes y defensores de derechos, empoderados de sus condiciones de vida y salud, asume, a través de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social y Educación y Deportes, como entes rectores, la responsabilidad de diseñar lineamientos y aplicar estrategias y acciones coyunturales y estructurales.

La salud, bajo un enfoque social, se orienta hacia un proceso integral e integrador, fundamentado primordialmente en la promoción de la calidad de vida, salud y bienestar de los niños, niñas los y las adolescentes, involucrando también a

otros miembros de la comunidad y su entorno social, a fin de alcanzar igualdad de oportunidades de alimentación, educación, vivienda, recreación, trabajo entre otros derechos sociales.

La Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA, 2000) menciona en sus artículos 41, 42 y 43 el derecho que poseen niños y adolescentes a disfrutar el nivel mas alto de salud física y mental de carácter gratuito, señala la responsabilidad de padres y representantes de cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud del niño y de los adolescentes. Por otra parte, en el artículo 50, hacen mención al derecho que tienen niños y adolescentes a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos.

En La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Publica en Venezuela (1998), en el artículo 3 se establece que "El sistema nacional garantizará la protección de salud de todos los habitantes del país, sin discriminación de ninguna naturaleza".

La publicación de la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2003), es el resultado de un prolongado proceso que sintetiza esfuerzos dirigidos a la aplicación de los preceptos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva y que son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones publicas y privadas que desarrollen acciones en este ámbito, según Decreto Ministerial numero 364 publicado en Gaceta Oficial número 37705 de fecha 5 de junio de 2003. En este contexto, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social publicó un documento con el nombre de "Manual de Procedimientos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva" con la intención de orientar la atención en los diferentes niveles y redes del sistema de salud, desde las competencias y funciones de los niveles administrativos hasta los procedimientos para la atención integral.

Por último, el Código de Deontología Medica (1985), en su capítulo IV, reglamenta la investigación en seres humanos:

Artículo 194: El sujeto debe hallarse bien informado de la finalidad del experimento y de sus riesgos y dar su libre consentimiento. En caso de incapacidad legal o física, el consentimiento debe obtenerse por escrito del representante legal del paciente y a falta de este, de un familiar más cercano y responsable.

Artículo 197: Las mujeres embarazadas y en período de lactancia no deben ser sujetas a investigación "no terapéutica" que implique la posibilidad de riesgos para el feto o para el neonato, a menos que este dirigida a elucidar problemas del embarazo o de la lactancia. La investigación "terapéutica" solo es permisible cuando se destina a mejorar la viabilidad del feto o como ayuda para mejorar la capacidad de amamantar de la madre.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÒN	CATEGORÌA	INDICADORES	ÌTEM
Satisfacción de la adolescente primigesta	Sensación de agrado producida en la gestante comprendida entre 10 a 19 años como respuesta ante la interacción que se presenta antes, durante y después de la consulta prenatal relacionadas a la accesibilidad, estructura, atención y orientación educativa.	-Accesibilidad -Estructura -Atención	-Geográfica. -Social. -Organizacional. -Infraestructura -Saneamiento. -Recurso Humano. -Equipo -Relación interpersonal con el proveedor de la atención -Examen físico	-Puntuacion establecida entre 36 a 144 puntos: -Pacientes insastifechas aquellas con puntuación de 36 a 48. -Pacientes medianamente satisfechas aquellas con puntuación entre 49 a 96. -Pacientes completamente satisfechas aquellas con puntuación entre 97 a 144.	-Sección II: -ítem 1 al 6 -ìtem 7 al 18 -ìtem 19 al 25

		-Orientación educativa	-Aporte de material informativo -Síntomas del embarazo -Signos de alarma del embarazo -Parto -Puerperio	Pacientes satisfechas con la orientación educativa del control prenatal: aquellas con 21 a 30 respuestas afirmativas. Medianamente satisfechas entre 11 y 20 e insatisfechas entre 1 y 10 respuestas afirmativas	-ìtem 26 al 40

CAPITULO III

MARCO METODOLÒGICO

Tipo de Investigación

Se realizó una investigación de campo (Camacho et al., 2002), de tipo descriptivo y corte transversal, donde se determinó el grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda" de Barquisimeto, Estado Lara,. Octubre 2006 - Octubre 2007, en sala de partos y en las áreas de las diferentes maternidades.

Población y Muestra

La población objeto del estudio estuvo conformada por todas las pacientes adolescentes primigestas con edad mayor de 10 años y menor de 20 años, las cuales ingresaron al Servicio de sala de parto y se encontraron en puerperio en las diferentes maternidades del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda", durante el lapso Octubre/2006 a Octubre/2007. La población de embarazadas admitidas para el año 2005 fue de 21007 pacientes, de las cuales 4306 aproximadamente, correspondieron a adolescentes. Información aportada por el Departamento de Registro y Estadística de Salud del Hospital.

La muestra seleccionada fue de tipo probabilística, calculada a través del paquete estadístico Epistat versión 6.0 quedando conformada por 244 adolescentes. La misma fue calculada tomando en consideración una prevalencia del 21% con una confianza del 95% y un error del 5%. Se incluyeron en el estudio aquellas adolescentes primigestas cuyo número de controles prenatales fueron mayores o iguales a seis, las cuales ingresaron a la admisión obstétrica con gestación a término,

resuelta durante el tiempo de hospitalización, independientemente de la vía de evacuación uterina. Se excluyeron del estudio aquellas pacientes multíparas, primigestas quienes no se controlaron el embarazo o tenían un control prenatal con menos de seis consultas; pacientes que por cualquier razón no pudieron ser resueltas durante el período de realización de la investigación, egresando posteriormente y, aquellas con retardo mental o que manifestaron su deseo de no participar.

Procedimiento

Previa autorización de la Jefatura para la realización de este trabajo en los diferentes servicios del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda se llevo a cabo esta investigación en pacientes adolescentes primigestas cuyos controles prenatales fueron mayores o iguales a seis consultas, durante el lapso Octubre/2006 a Octubre/2007, escogiendo a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión a las cuales se les solicitó su consentimiento y colaboración en esta investigación.

A las pacientes incluidas en la muestra se les aplicó un instrumento de recolección de datos tipo encuesta-entrevista, se revisaron las historias médicas realizadas al ingreso de dichas pacientes en la admisión obstétrica haciendo énfasis en el control prenatal, número de consultas, paraclínicos realizados, infecciones y complicaciones durante el embarazo.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento organizado, el cual incluyó cuatro secciones previa identificación del trabajo de investigación, el objetivo breve del mismo, el consentimiento informado de cada paciente e información general:

En la primera parte, se incluyeron los datos generales con dos subdivisiones de información general e información médica de identificación de la paciente, número de historia, edad, ocupación, estado civil, residencia, nivel de instrucción, nivel socioeconómico según Graffar modificado (Anexo C), diagnóstico de ingreso,

aspectos generales del control prenatal, tipo de proveedor de la atención, tipo de establecimiento, existencia de complicaciones durante la gestación y resumen de los resultados de laboratorio y actividades.

En la segunda parte correspondiente al instrumento, se organizó una escala tipo Likert conformada por 25 ítems para 36 respuestas (en vista de que el ítem 19 tienen 12 subdivisiones) con las que se evaluó accesibilidad, estructura y atención del control prenatal recibido por la adolescente.

Con las respuestas dadas por las entrevistadas se estableció un sistema de valoración: la puntuación de las gestantes fue desde 1 punto para la puntuación mas negativa (Inconforme en respuesta a uno de los ítems de accesibilidad o nunca en respuesta a uno de los ítems de estructura o atención) lo que totaliza 36 puntos hasta 4 puntos para la respuesta más positiva (Muy conforme o siempre en respuesta a los ítems de accesibilidad, estructura y atención respectivamente) lo que totaliza 144 puntos máximo.

De acuerdo a esta puntuación se consideró:

-Insatisfecha a aquellas pacientes con una puntuación de 36 a 48.

.Medianamente satisfecha a quienes sumaron una puntuación entre 49 a 96.

-Completamente satisfecha con una puntuación entre 97 a 144.

Para la evaluación del grado de satisfacción del aspecto educativo del control prenatal, se tenían preguntas cerradas dicotómicas desde la número 26 a la 40 para 30 respuestas (en vista de que las preguntas 28 y 29 tienen 9 y 8 subdivisiones respectivamente). El tener entre 1 y 10 respuestas afirmativas se consideró como insatisfacción de la adolescente, entre 11 y 20 respuestas afirmativas para medianamente satisfecha y de 21 a 30 completamente satisfecha en este aspecto evaluado. (Anexo D)

Este instrumento se sometió al juicio de tres expertos para determinar la validez de contenido de la sección II, siendo evaluado por una experta en metodología y estadística y dos especialistas con antecedentes de trabajos realizados en materia del control prenatal a nivel regional quienes realizaron sugerencias las

cuales se consideraron en la definición de los contenidos del instrumento. De igual manera, se exploró su confiabilidad a través del método de Alpha de Cronbach.

Estudio Técnico del Instrumento:

Validez del contenido.

Se realizó a través del juicio de expertos, los cuales opinaron sobre: la claridad de la redacción, la relevancia o congruencia de los ítems con el universo e ítems posibles, la tendenciosidad o sesgo en su formulación a través de unas planillas de validación. Cada experto recibió información escrita sobre los objetivos del estudio, cuadro de operacionalización de las variables y planilla de validación. (Anexo E), con la finalidad de ubicarlos en el contexto global de esta investigación. La actividad de los expertos consistió en comparar sistemáticamente los ítems del cuestionario con el dominio del contenido postulado en cada dimensión; la evaluación de los expertos determinó validez de los ítems desde el punto de vista del contenido, claridad y coherencia; aquellos ítems que no cumplieron con lo previsto fueron reformulados, redactados y evaluados por los expertos nuevamente.

Confiabilidad

Con el objeto de estimar la confiabilidad de la entrevista, se realizó una prueba piloto en una muestra de adolescentes primigestas que presentaban características similares a la que conformaron la muestra definitiva de la investigación, pero que no formaron parte de ella.

En lo que respecta al tamaño de la muestra para la prueba piloto, se aplicó el criterio expuesto por Edwads citado por Ruiz B (2002), referido a dos sujetos por ítem, siendo la muestra piloto conformada por 80 adolescentes, posteriormente se determinó su confiabilidad a través del método de Alpha de Cronbach con resultados de 0,61 para los ítems 1 al 25 cuyas posibles respuestas tenían cuatro alternativas y de 0,90 para los ítems 26 al 40 cuyas preguntas ofrecían alternativas dicotómicas y

que evaluaban aspectos referidos a la orientación educativa. Incrementando la confiabilidad a 0,81 y 0,92 respectivamente al modificar algunos ítems sugeridos.

Se estimó nuevamente la confiabilidad o grado de consistencia interna de la escala utilizada para medir lo que se buscaba en esta investigación con el instrumento, una vez realizadas las 244 entrevistas aplicando el método ya citado, estableciendo el coeficiente de fiabilidad en 0,81 lo que significa que el instrumento sugiere buena confiabilidad en sus datos. (Grajales, T., 2000) (Anexo F)

Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos.

Los datos obtenidos de la muestra objeto de estudio, fueron transcritos en una hoja de tabulación diseñada para tal fin utilizando un programa computacional estadístico llamado SPSS versión 10.0, en la cual se incluyeron las variables a estudiar. Seguidamente, se procedió a la realización de los cuadros y los gráficos estadísticos en los cuales se mostrarán frecuencias y porcentajes además de aplicar la prueba ANOVA buscando significación estadística entre variables. (Otero et. al. 2005). Tanto los cuadros como los gráficos estadísticos se ordenaron de los más generales a los más específicos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CUADRO 1

Distribución de las adolescentes primigestas estudiadas según características sociodemográficas. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Características Generales	*N°*	*%*
Edad (años)		
11 – 15	47	19.3
16 – 17	84	34.4
18 – 19	113	46.3
Ocupación		
Oficios del Hogar	214	87.7
Estudiantes	30	12.3
Estado Civil		
Soltera	94	38.5
Concubina	128	52.5
Casada	21	8.6
Divorciada	1	0.4
Residencia		
Rural	59	24.2
Urbana	185	75.8
Grado de instrucción		
Primaria incompleta	74	30.3
Primaria completa	25	10.7
Secundaria incompleta	132	54.1
Secundaria Completa	9	3.7
Técnico-Universitario	3	1.2
Graffar		
I	3	1.2
II	10	4.1
III	208	85.2
IV	23	9.4
V	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.
n = 244

De las adolescentes entrevistadas, el 46,3% se encuentra en edades comprendidas entre 18 y 19 años, con ocupación oficios del hogar en el 87,7%, encontrándose en concubinato 128 de ellas, procedentes del medio urbano en el 75,8%, habiendo cursado secundaria incompleta en su mayoría con el 54,1% y pertenecientes a la clase media baja segùn Graffar modificado con 85,2%.

CUADRO 2

Distribución de las adolescentes primigestas según sus conocimientos previos acerca del embarazo. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

	N°	*%*
Ha recibido información previa del embarazo		
Si	216	88.5
No	28	11.5
Fuente de Información		
Medios televisivos o radiodifusión	10	4.1
Prensa y/o Revista	23	9.4
Orientación familiar	164	67.2
Orientación Médica	101	41.4
Centros de estudio	198	81.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos
n = 244

Se aprecia predominio de primigestas con información previa acerca del embarazo en un 88,5%, refiriendo como fuentes de información los centros de estudio en primer lugar con 81,1% seguido de la información aportada en el entorno familiar con 67,2%

CUADRO 3

Distribución de las adolescentes primigestas según características generales de la Atención prenatal. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto- Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

	N°	*%*
Tipo de proveedor de la Atención		
Enfermera	0	0
Médico General	178	73.0
Obstetra	66	27.0
Tipo de establecimiento		
Consultorio Barrio Adentro	0	0
Consultorio privado	54	22.1
Hospital	8	3.3
Ambulatorio rural	57	23.4
Ambulatorio urbano	125	51.2
Motivo por el que acude a ese centro de control		
Cercanía a la institución		
Sectorización	29	11.9
Por recomendación	188	77.0
Por relación médico-paciente favorable	32	13.1
	21	8.6
Continuidad en los controles		
Si	188	77.0
No	56	23.0
Causa del Inasistencia a las consultas *		
Dificultad para acceder	13	23.2
Falta de tiempo	32	57.1
Problemas familiares	12	21.4
Esperas prolongadas	47	83.9
Desagrado con las instalaciones	1	1.8
Cambio de domicilia	1	1.8
Falta de dinero	38	67.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos
n = 244
*** n1: 56**

De las entrevistas realizadas se obtiene que 178 adolescentes primigestas fueron atendidas en su control prenatal por médicos generales. Predominó la atención en ambulatorios urbanos en el 51,2% y ambulatorios rurales en un 23,4%, siendo la sectorización con 77% el motivo para justificar el control en los centros mencionados.

De las 56 gestantes primigestas que manifestaron inasistencia a sus controles de forma continua, se mencionan esperas prolongadas para la consulta en un 83,9% como causa principal.

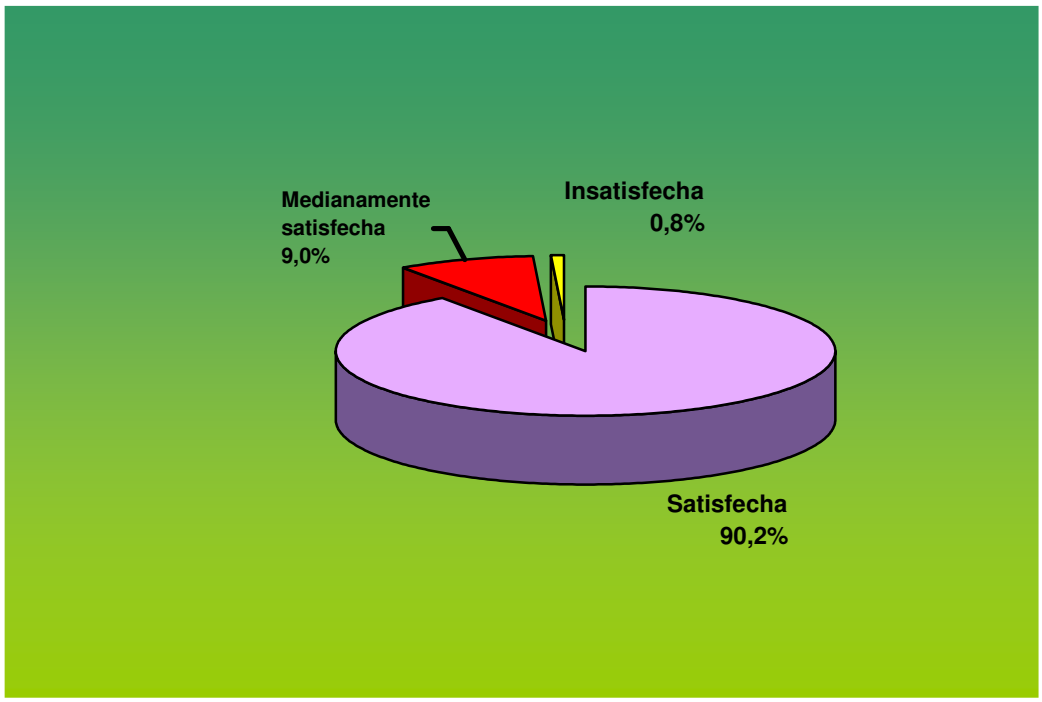
CUADRO 4

Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la accesibilidad a dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Grado de Satisfacción	***N°***	***%***
Satisfecha	220	90.2
Medianamente satisfecha	22	9.0
Insatisfecha	2	0.8
TOTAL	244	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se encontró satisfacción en el 90,2% de las gestantes primigestas en cuanto a la accesibilidad del centro donde se realizaron las consultas prenatales.



Gràfico Nº 1. Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la accesibilidad a dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

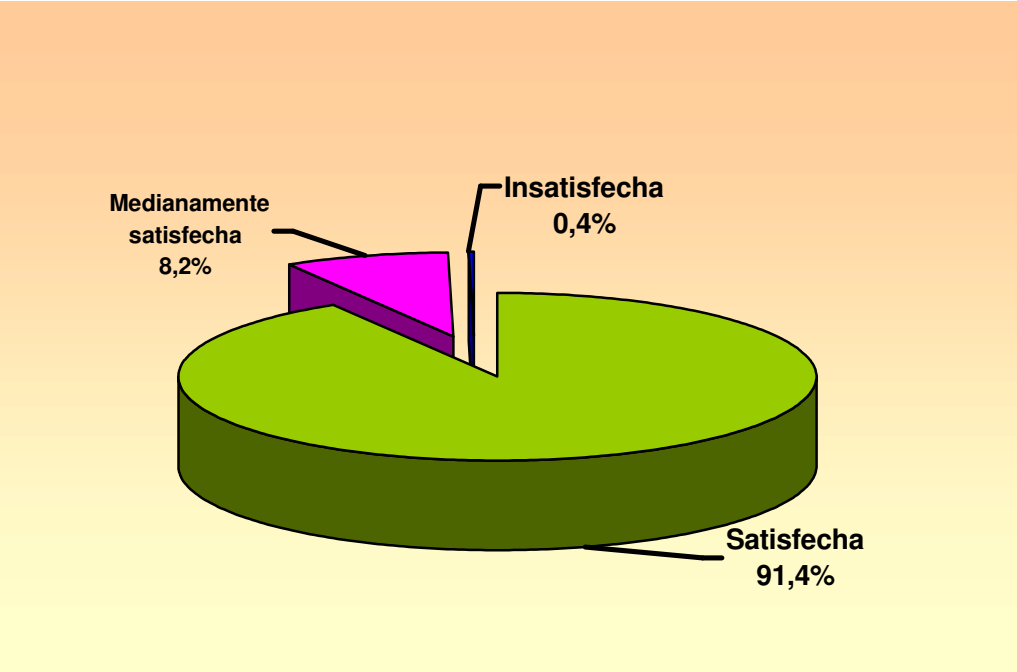
CUADRO 5

Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la estructura de dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Grado de Satisfacción	***N°***	***%***
Satisfecha	223	91.4
Medianamente satisfecha	20	8.2
Insatisfecha	1	0.4
TOTAL	244	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Respecto a la estructura de los centros de control prenatal, las adolescentes primigestas entrevistadas se encontraron satisfechas en el 91,4%



Gràfico Nº 2. Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la estructura de dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

CUADRO 6

Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la atención del personal que labora en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Grado de Satisfacción	***N°***	***%***
Satisfecha	188	77.0
Medianamente satisfecha	55	22.5
Insatisfecha	1	0.4
TOTAL	244	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se observa satisfacción en el 77% de adolescentes primigestas con respecto al personal que le brindo la atención.

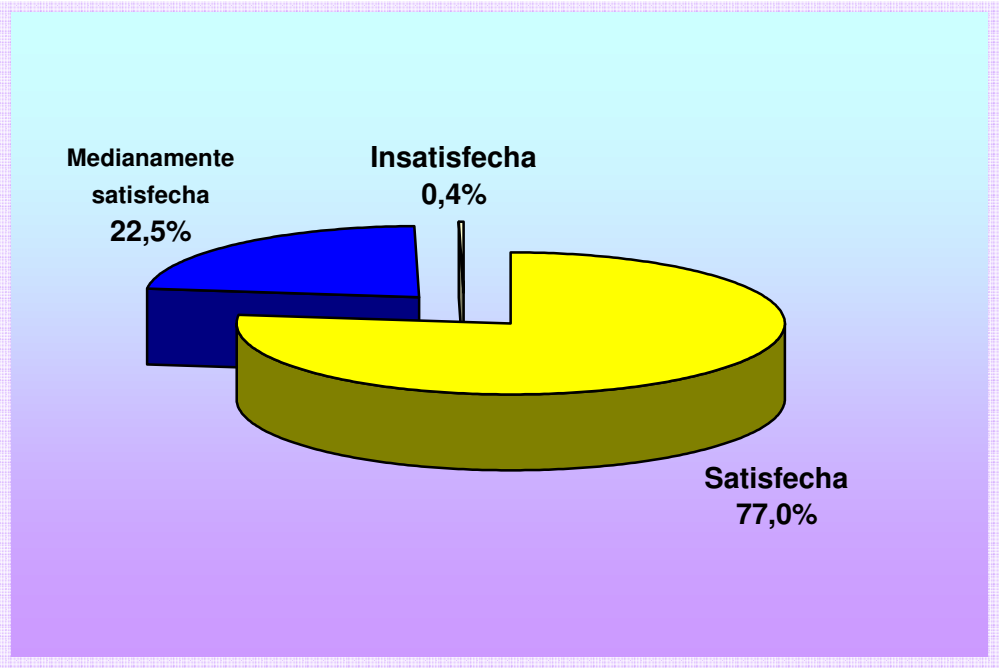


Grafico Nº 3. Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la atención del personal que labora en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

CUADRO 7

Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la orientación educativa recibida en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Grado de Satisfacción	***N°***	***%***
Satisfecha	46	18.9
Medianamente satisfecha	192	78.7
Insatisfecha	6	2.5
TOTAL	244	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El 78,7% de las adolescentes primigestas manifestaron mediana satisfacción con la orientación educativa recibida durante las consultas prenatales.

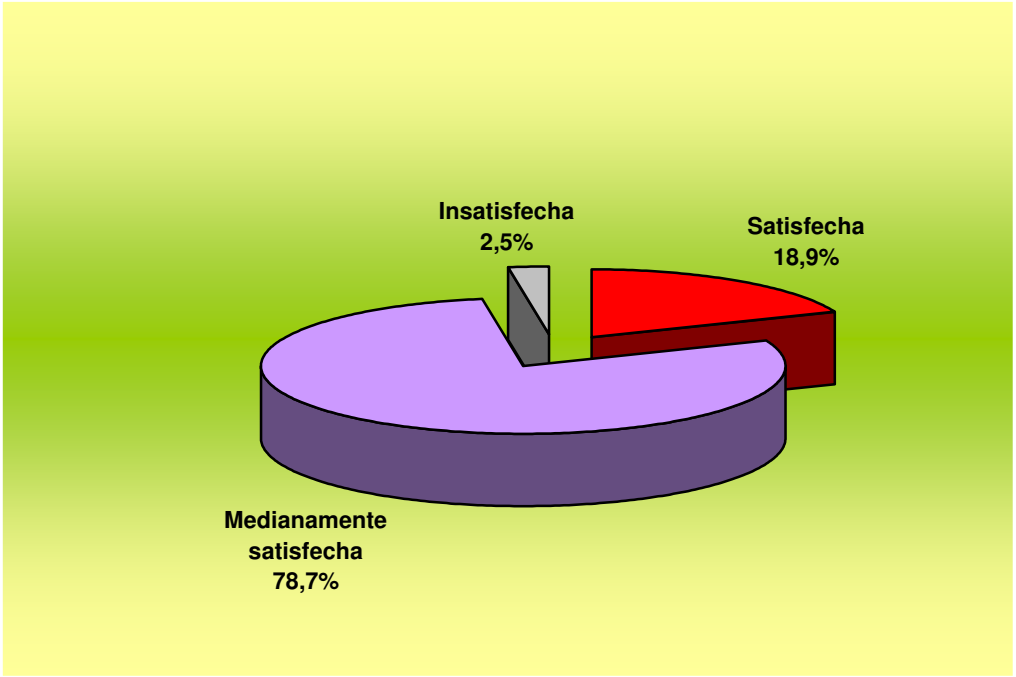


Gráfico Nº 4. Satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, según la orientación educativa recibida en dichos centros asistenciales. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

CUADRO 8

Satisfacción Global de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Grado de Satisfacción	***N°***	***%***
Satisfecha	195	79.9
Medianamente satisfecha	49	20.1
Insatisfecha	0	0.0
TOTAL	244	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Según la información aportada por las primigestas adolescentes en los aspectos de accesibilidad, estructura, atención y orientación educativa recibida, las mismas se encuentran satisfechas en el 79,9%.

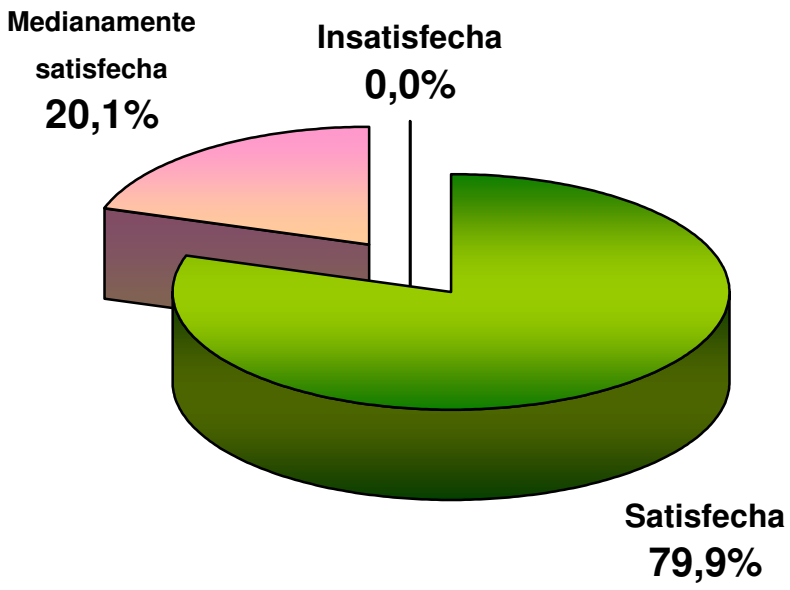


Gráfico Nº 5. Satisfacción Global de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

CUADRO 9

Grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos según características sociodemográficas. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Variables	*Accesibilidad*		*Estructura*		*Atención*		*Orientación*		*Satisfacción Total*	
	Prom	*DE*	*Prom*	*DE*	*Prom*	*DE*	*Prom*	*DE*	*Prom*	*DE*
Edad (años)										
11 – 15	21.7	2.4	36.0	3.7	64.3	5.3	17.3	4.5	139.4	11.8
16 – 17	21.9	2.8	35.5	3.9	64.0	5.5	17.8	4.0	139.4	10.4
18 – 19	21.7	2.3	35.6	3.7	65.3	6.3	17.9	3.8	140.4	11.6
Prueba F *p*	*0.23*	*0.79*	*0.28*	*0.75*	*1.17*	*0.31*	*0.40*	*0.66*	*0.27*	*0.76*
Ocupación										
Oficios del H	21.8	2.5	35.6	3.8	64.5	5.9	17.7	4.1	139.6	11.4
Estudiante	21.8	2.2	35.8	3.5	66.0	4.9	17.9	3.3	141.5	10.2
Prueba F p	*0.05*	*0.81*	*0.11*	*0.73*	*1.9*	*0.16*	*0.03*	*0.85*	*0.74*	*0.39*
Estado Civil										
Soltera	21.8	2.8	35.5	4.0	64.6	7.1	18.1	4.3	140.2	12.3
Concubina	21.5	2.3	35.4	3.6	64.5	5.0	17.5	3.9	138.9	10.7
Casada	22.9	2.1	37.5	2.6	65.4	4.4	18.0	2.7	143.9	8.6
Divorciada	22.0	0.0	38.0	0.0	65.0	0.0	16.0	0.0	141.0	0.0
Prueba F p	*1.79*	*0.14*	*2.1*	*0.09*	*0.13*	*0.93*	*0.52*	*0.66*	*1.2*	*0.31*
Residencia										
Rural	22.0	2.1	33.4	3.9	62.9	5.5	16.5	3.8	134.8	11.2
Urbana	21.7	2.6	36.4	3.3	65.2	5.8	18.2	3.9	141.4	10.8
Prueba F p	*0.99*	*0.32*	*32.8*	***0.001***	***6.5***	***0.01***	***8.3***	***0.004***	***16.3***	***0.001***
Graffar										
I	20.7	3.2	35.7	2.5	62.0	5.3	17.7	5.1	136.0	5.5
II	22.8	1.8	36.5	3.4	67.3	4.6	19.1	2.8	145.7	8.6
III	21.7	2.6	35.8	3.6	64.9	5.8	17.9	3.9	140.4	10.9
IV	21.9	1.8	33.7	4.4	61.9	5.3	15.9	4.9	133.5	12.7
V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prueba F p	*0.77*	*0.51*	*2.4*	***0.06***	***2.68***	***0.04***	*2.14*	*0.09*	***3.77***	***0.01***

Prueba Aplicada ANOVA

Al comparar los valores promedios en cada dimensión de satisfacción y por cada variable sociodemográfica se observa que en la variable residencia hay diferencia estadísticamente significativa ya que $p < 0,05$ lo que indica mayor satisfacción de las adolescentes primigestas del medio urbano en la satisfacción global, específicamente en las dimensiones de estructura, atención y orientación educativa recibida, de igual manera también existe diferencia significativa para la clase media alta (Graffar II) en la satisfacción global y en la dimensión de Atención.

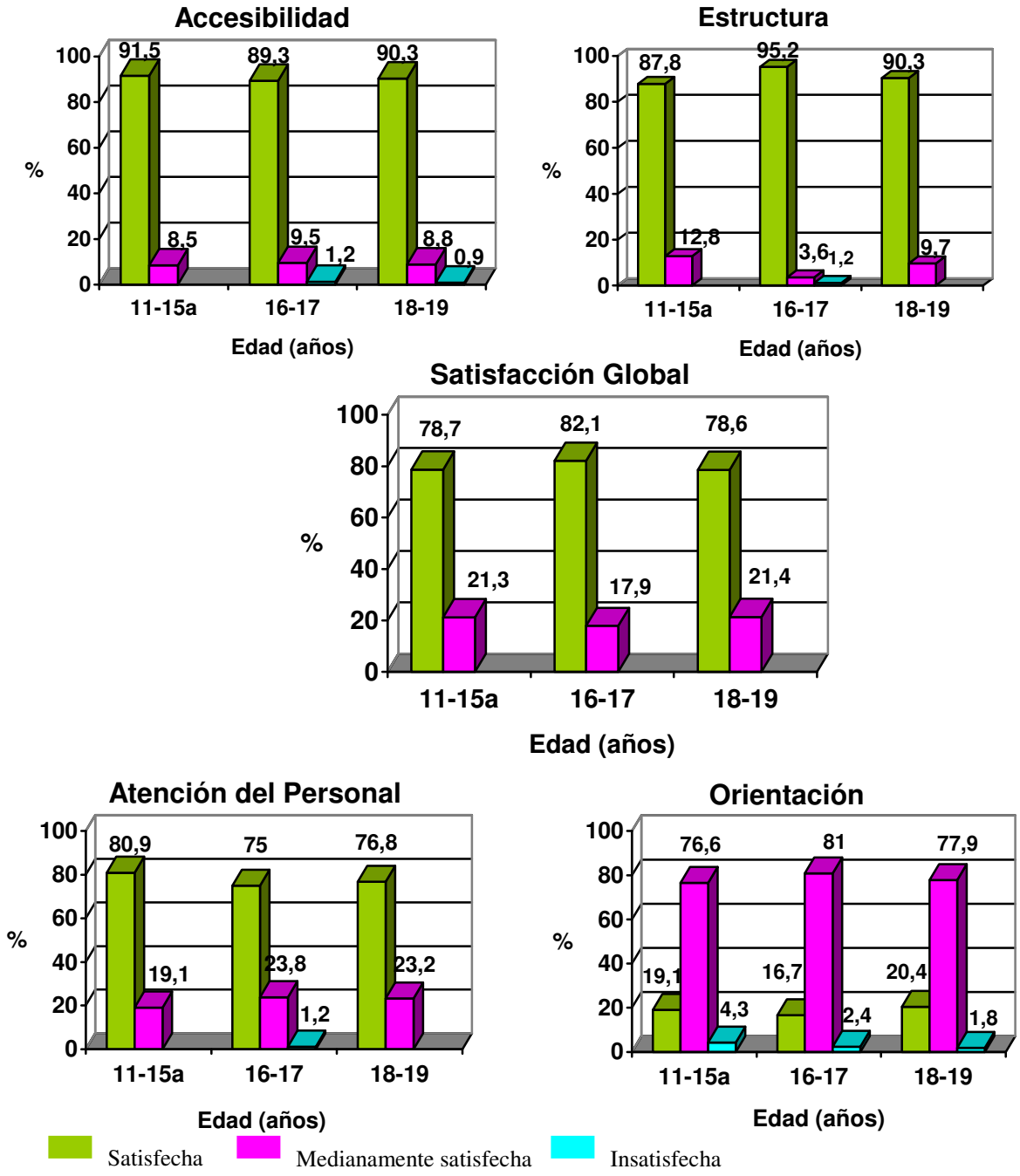


Gráfico Nº 6. Distribución de las Adolescentes primigestas según Edad y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Según la edad, las adolescentes primigestas comprendidas entre 16 y 17 años manifestaron mayor satisfacción global en el 82,1% encontrándose menos satisfechas en la orientación educativa recibida con 16,7%, accesibilidad en el 89,3% y atención del personal en un 75%.

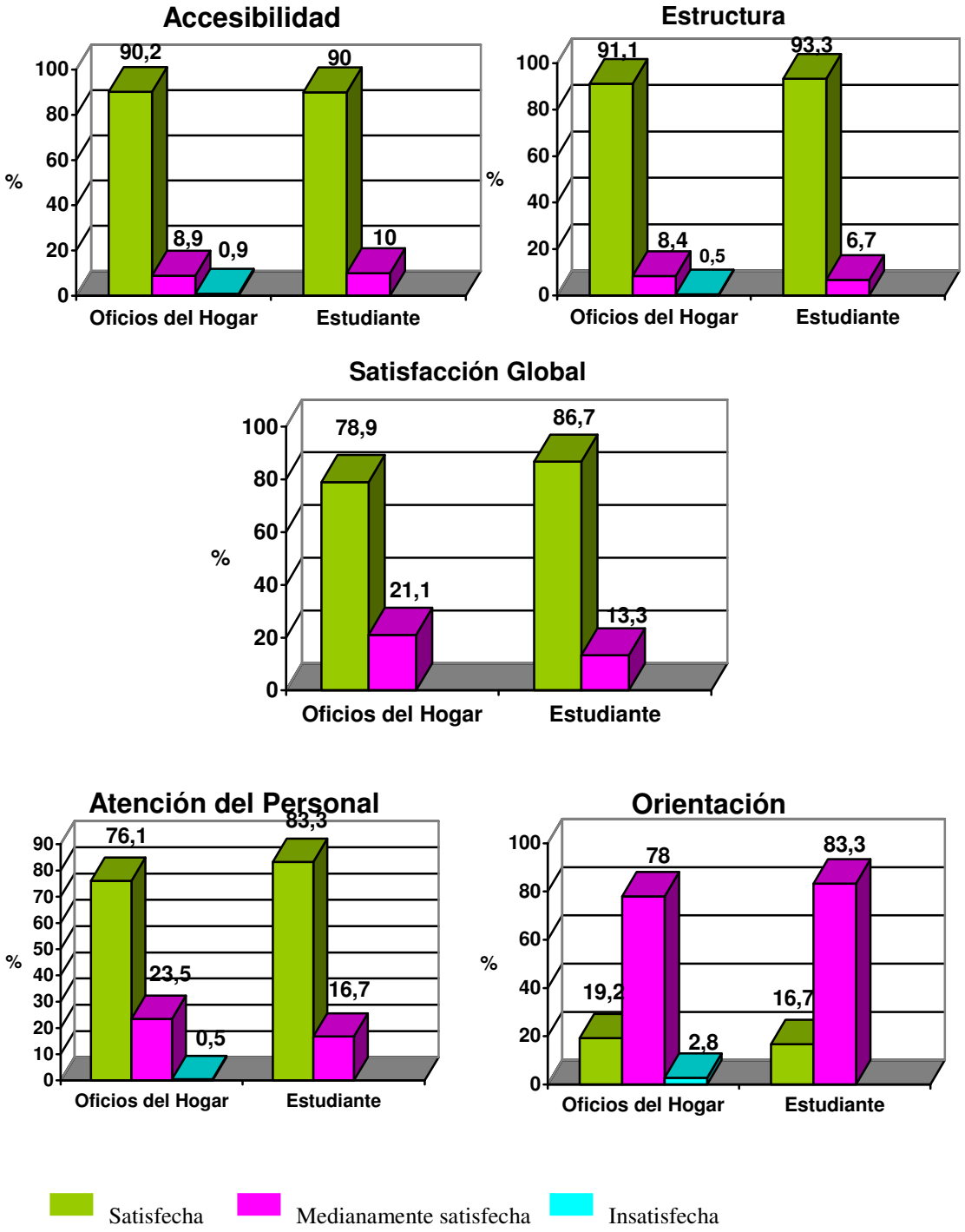
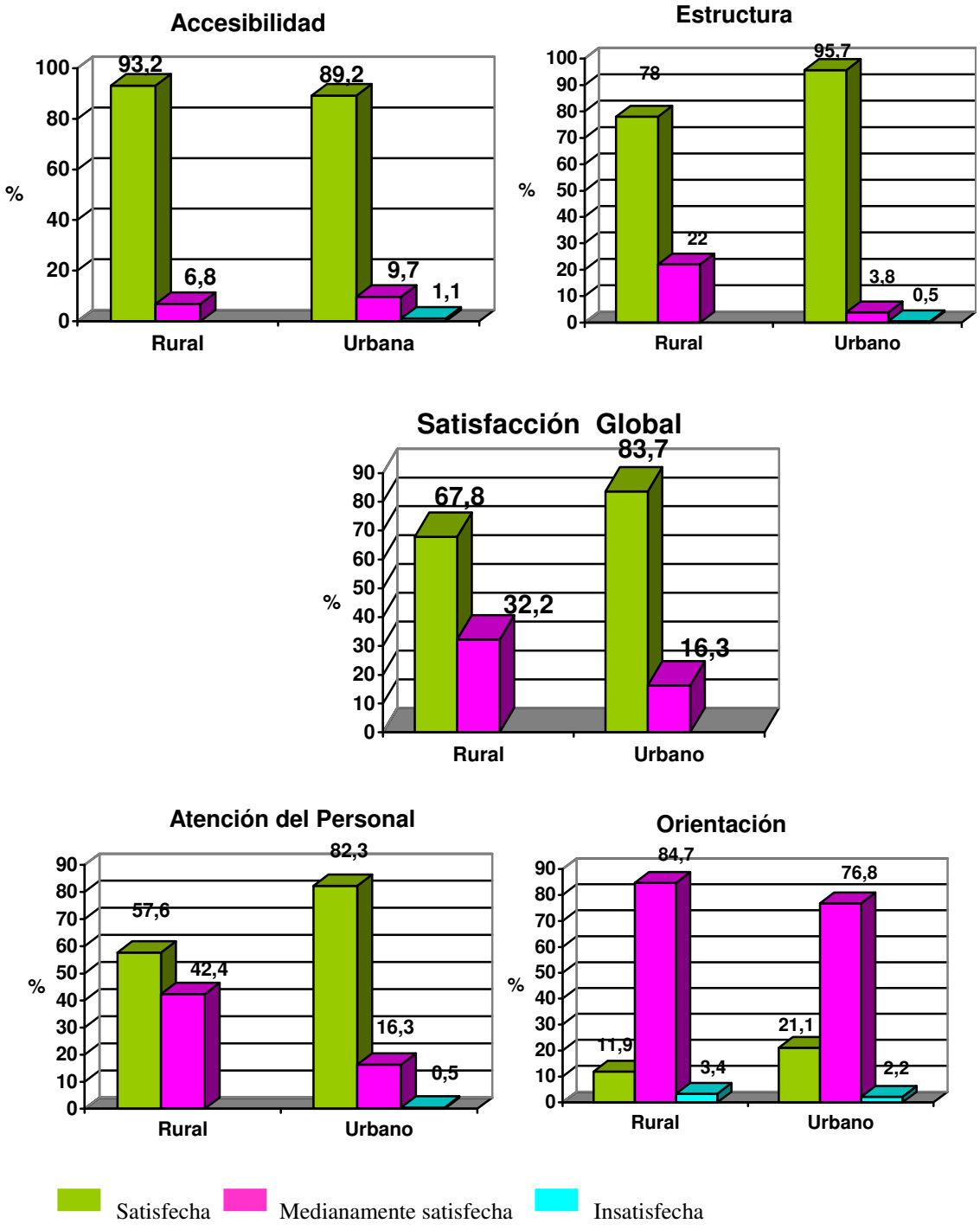


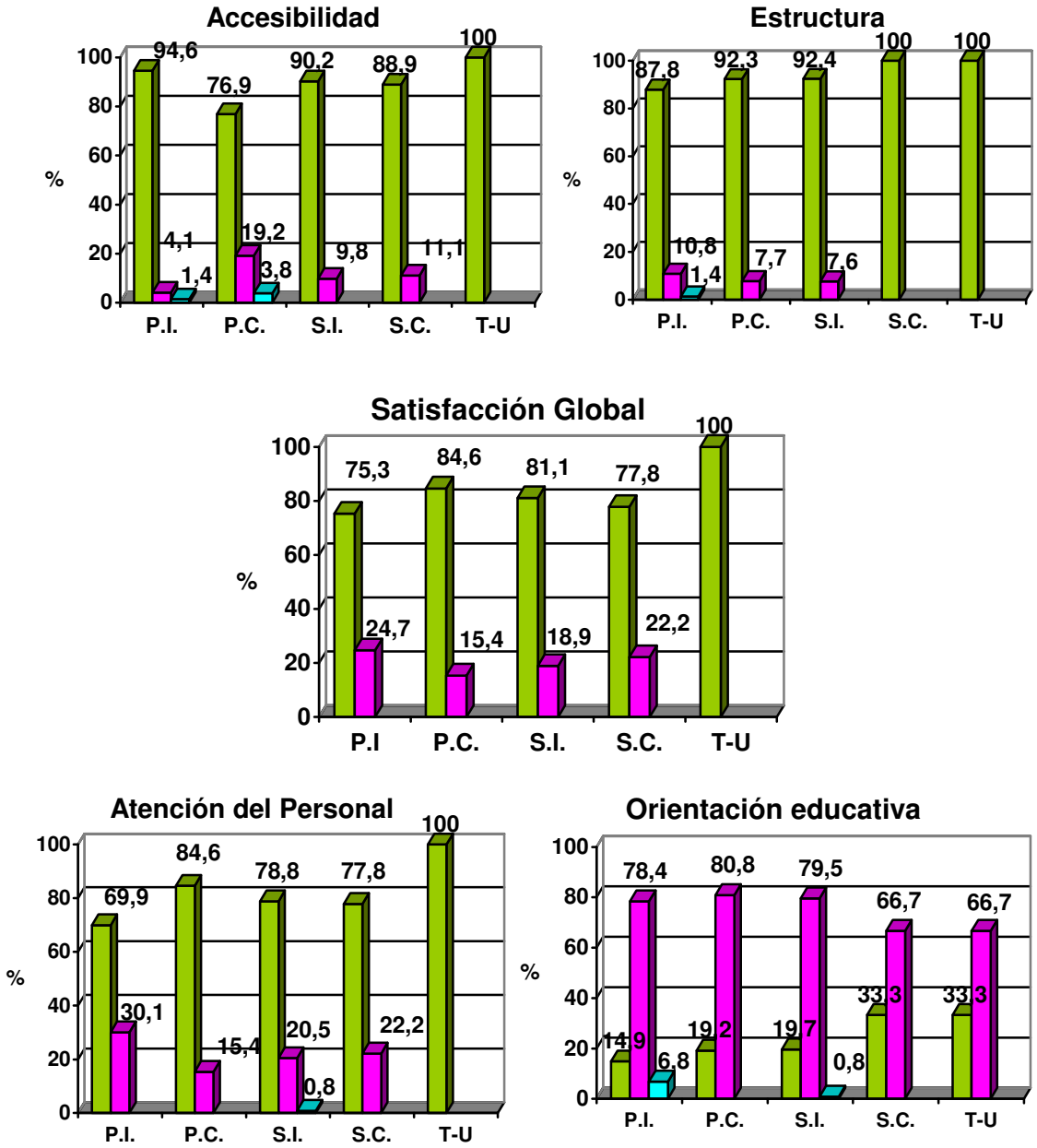
Gráfico Nº 7. Distribución de las Adolescentes primigestas según Ocupación y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006–Octubre 2007.

Se observa, mayor satisfacción global de las adolescentes primigestas estudiantes en el 86,7%, específicamente en los aspectos relacionados a estructura con el 93,3% y a la atención del personal con el 83,3% pero satisfechas en bajo porcentaje en orientación educativa (16,7%).



Gràfico Nº 8. Distribución de las Adolescentes primigestas según Procedencia y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Se aprecia mayor satisfacción en adolescentes primigestas procedentes del medio urbano en el 83;7%, específicamente en relación a la estructura con 95,7%, atención del personal con 82,3% y orientación educativa en el 21,1%.



Leyenda

P.I..: Primaria Incompleta **P.C.:** Primaria Completa **S.I.:** Secundaria Incompleta
S.C.: Secundaria Completa **T-U:** Cursando estudios de nivel Técnico o Universitario

Satisfecha Medianamente satisfecha Insatisfecha

Grafico Nº 9. Distribución de las Adolescentes primigestas según Grado de Instrucción y Grado de Satisfacción en sus diferentes dimensiones. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Se observa mayor satisfacción Global y por cada dimensión en las adolescentes primigestas cursantes de estudios Técnicos-Universitarios en el 100%, excepto en orientación educativa, encontrándose medianamente satisfecha.

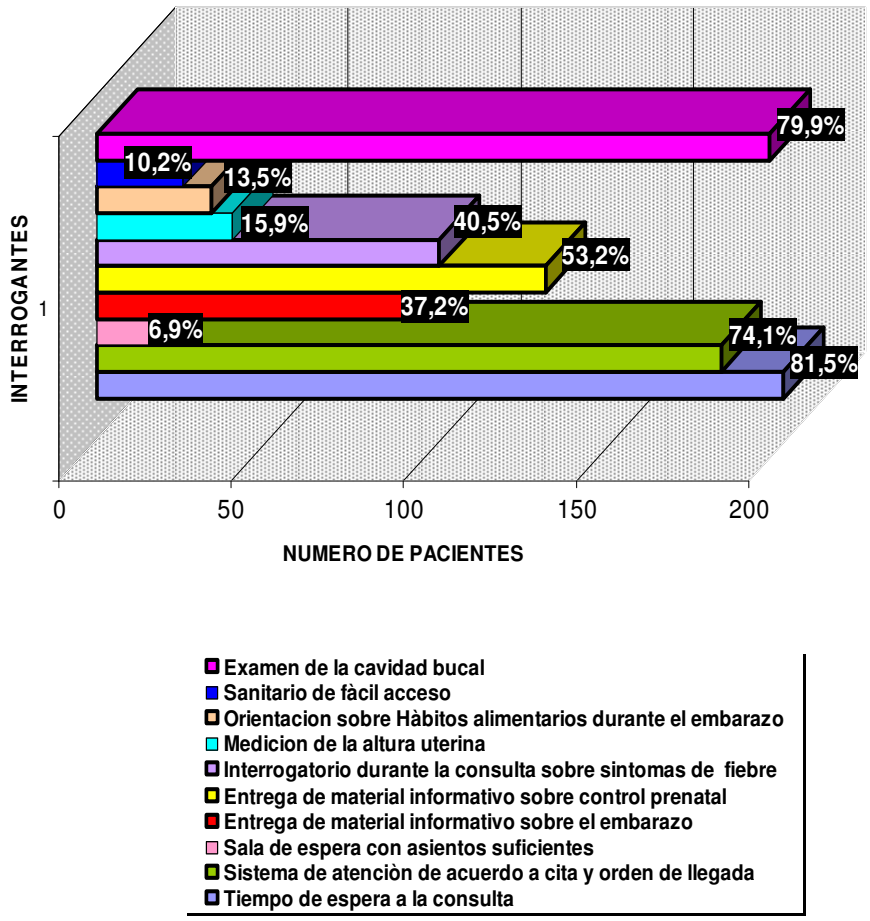


Gráfico Nº 10. Interrogantes de mayor inconformidad en las dimensiones de accesibilidad, estructura y atención usadas para determinar satisfacción de la adolescente primigesta de su control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007

Se aprecia que las gestantes manifestaron inconformidad principalmente con el tiempo de espera a las consultas en el 81,5%, ausencia de exploración de la cavidad bucal en el 79,9% e inconformidad con el sistema de atención por orden de llegada a la consulta a la cual fue citada.

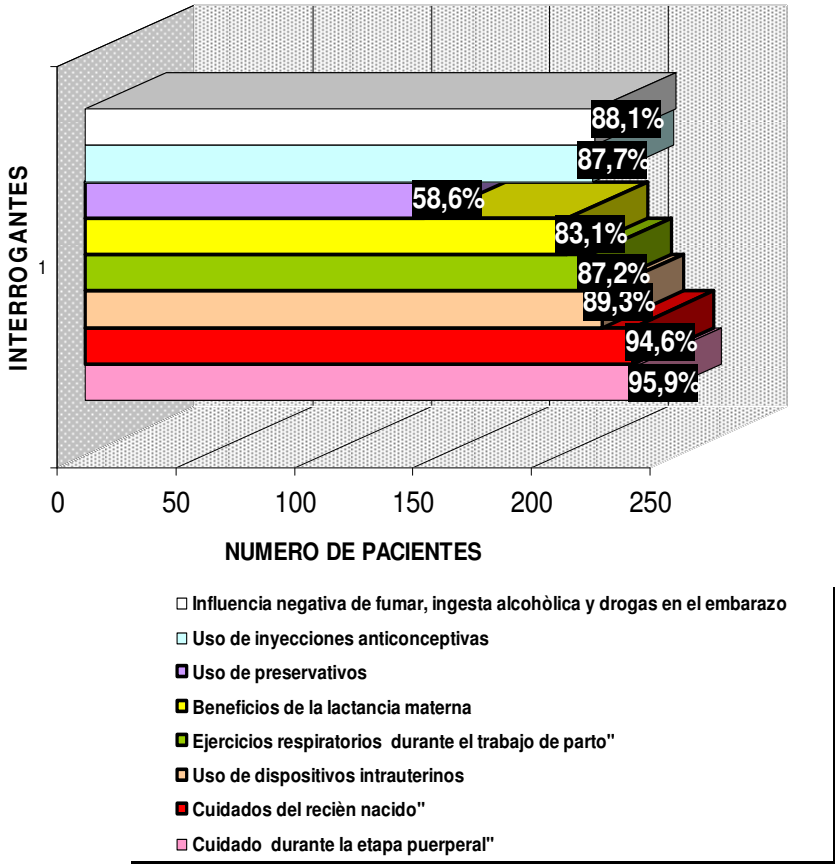


Gráfico Nº 11. Interrogantes de mayor inconformidad en la dimensión de orientación educativa usadas para determinar satisfacción de la adolescente primigesta de su control prenatal en centros foráneos. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto-Estado Lara. Octubre 2006 – Octubre 2007.

Se aprecia que las adolescentes primigestas no recibieron orientación respecto a cuidados puerperales en el 95,9% y del recién nacido en el 94,6% principalmente. Llama la atención que el 88,1% de estas adolescentes embarazadas no se les habló acerca de los aspectos negativos en la gestación de los hábitos tabàquitos, alcohólicos ni del consumo de drogas.

CAPITULO V

DISCUSION

La satisfacción percibida por los usuarios, junto a los aspectos científico-técnicos, son dimensiones indiscutibles de la calidad asistencial, cuya evaluación es fundamental para obtener una adecuada valoración de los servicios sanitarios. La atención prenatal implica no sólo el número de visitas, cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo, el cumplimiento de los objetivos y con qué calidad. (Tena y Ahued, 2003).

En este estudio, la satisfacción global con el control prenatal foráneo fue elevada, y más de la mitad de las mujeres se encontraron satisfechas en el 79,9%, similar a los estudios realizados por Páez J. en el año 2007 con porcentajes variables entre 51 y 91% para las diferentes dimensiones analizadas por esta autora.

Se demostró que aquellas adolescentes que manifestaron estar cursando estudios técnicos o universitarios se asociaron a una mayor satisfacción con la accesibilidad, la estructura del centro y la atención en dicho centro asistencial explicable posiblemente por el mayor conocimiento de los recursos al ser capaz de evaluar mejor el entorno y la capacidad de adaptación al modelo sanitario por parte de las mujeres con estudios superiores. Similares hallazgos encontró Páez J. en el año 2007 en pacientes gestantes con nivel de instrucción universitario cuando determino calidad de atención de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda".

Se detectó una mayor satisfacción en las primigestas adolescentes pertenecientes al estrato social medio alto (relación estadísticamente significativa). Esto quizás se deba a la posibilidad de elección del médico que controlará su embarazo en centros privados y a la mejores oportunidades para disponer de los recursos por una mayor solvencia económica, en concordancia con lo expuesto por

Maderuelo J. et al. (2006) y Cano et al. (2006) quienes consideran que la escogencia del médico que brindará la atención al usuario es uno de los aspectos que confieren calidad a la asistencia sanitaria y que las gestantes de las clases sociales más favorecidas realizan un mejor cuidado y control del embarazo.

En la dimensión de accesibilidad a los centros donde acudieron las gestantes se encontró 90,2% de satisfacción. Donabedian (1993) describe una relación muy importante entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario acerca de un servicio, radicando en el tiempo que se pierde esperando el servicio, independiente de su calidad. En tal sentido se demostró inconformidad en el 81,5% de las pacientes entrevistadas con el tiempo de espera para ser atendidas en las consultas además de señalarse como causa de inasistencia a las mismas en el 83,9% de las pacientes que manifestaron interrupción en la continuidad de los controles prenatales., resultados similares fueron encontrados por Bronfman et al. (2003) en México, Faneite (2002) en el Estado Carabobo, Venezuela además de Mendoza L. en el año 2002 y Pàez J. en el 2007 a nivel local.

En cuanto a la atención del personal que laboraba en los centros asistenciales donde las adolescentes realizaron sus consultas, la satisfacción fue del 77%, resultados similares a la literatura médica existente. Sin embargo al analizar las interrogantes del instrumento para evaluar esta dimensión de satisfacción, se encontró un elevado número de gestantes que manifestaron la opción "casi nunca y nunca" como respuestas a la exploración de la cavidad bucal durante la consulta con el fin de buscar posibles afecciones dentales que ameriten posterior control odontológico especializado y a la entrega de material informativo sobre el control prenatal en el 79,9 % y 53,2% respectivamente siendo esto de notable interés en vista de que se ha descrito en las embarazadas la enfermedad periodontal relacionada a amenaza de aborto o parto pretermino, existiendo estudios previos en los cuales se determinó amenaza de parto en el 92,86% de pacientes con enfermedad periodontal severa según investigación realizada por Galicia, P. en el 2004. De igual manera, al no disponer de material informativo de lectura fácil para la gestante, se desaprovecha la

oportunidad que tiene el médico o el personal de salud de trasmitir información acerca del control prenatal y el embarazo a través de un medio impreso.

Las intervenciones educativas en las consultas prenatales son fundamentales con la finalidad de llevar a feliz término la gestación. En tal sentido, en este estudio se encontró satisfacción en tan solo 18,9% de primigestas , similar al estudio de Encuestas Demográficas y de Salud Materno Infantil (ENDS, 2005) realizado en Colombia donde la información aportada en la consulta prenatal sobre embarazo, signos de alarma y parto se reporto en 36%, siendo mayor en quienes se controlaron el embarazo en áreas urbanas. En la presente investigación se observó que aspectos como el cuidado personal durante el puerperio, cuidados del recién nacido además de los beneficios de la lactancia materna y la influencia negativa de hábitos tabaquitos, alcohólicos y del consumo de drogas sobre el embarazo fueron descuidados en un alto porcentaje, siendo estas orientaciones de importancia en la gestante, especialmente sobre la lactancia materna la cual constituye una recomendación especial de la UNICEF y la OMS durante el embarazo.

Es de hacer notar, que la educación prenatal especialmente en la adolescente expuesta a la vulnerabilidad y angustia que puede producirle un embarazo precoz, debe ser una herramienta eficaz de prevención y de promoción de la salud además de ser multidisciplinaria incluyendo intervenciones sobre temas específicos como autoestima, sentimientos de desamparo y soledad, dificultades para relacionarse con otras personas, etc, ya que son estas crisis psicológicas y sociales las que dificultarán la maternidad exitosa, o favorecerán las gestaciones repetidas en estas adolescentes con consecuencias negativas a las madres y sus recién nacidos.

Un buen nivel de calidad en la atención sanitaria es de vital importancia para mejorar la salud maternoinfantil y se infiere conociendo la satisfacción de la gestante acerca de la consulta prenatal. Si bien es cierto, la morbimortalidad maternoinfantil es relativamente baja en nuestro país, se considera susceptible de ser reducida mediante una atención sanitaria adecuada y de calidad.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Luego de la presentación y análisis de los datos aportados por la investigación, se establecen las siguientes conclusiones:

-La mayoría de las pacientes adolescentes primigestas entrevistadas se encontraban entre 18 y 19 años con el 46,3%, con ocupación oficios del hogar en el 87,7% y en concubinato en el 52,5%.

-Las adolescentes primigestas manifestaron mayor grado de satisfacción sobre la accesibilidad, estructura y atención del personal que labora en los centros foráneos donde éstas acudieron a sus controles prenatales sin embargo, la satisfacción en aspectos relacionados a la orientación educativa recibida se reportó en tan solo 18,9% de las mismas.

-En relación a la edad, se encontraron con mayor satisfacción las gestantes entre 16 y 17 años, siendo menor el número de ellas con satisfacción por la orientación educativa recibida en las consultas.

-Al estudiar los factores sociodemográficos:

- Las adolescentes primigestas estudiantes presentaron mayor satisfacción en el 86,7%, reportándose medianamente satisfechas en la dimensión de orientación educativa recibida.
- De igual manera, las pacientes entrevistadas procedentes del medio urbano presentaron mayor satisfacción que las del medio rural con relación estadísticamente significativa, en cuanto a la estructura del centro asistencial (Prueba F p 0,001), a la atención del personal que labora en el centro (Prueba F p 0,01) y a la orientación educativa que recibieron durante las consultas (Prueba F p 0,004).

- Hubo relación estadísticamente significativa en la satisfacción de las adolescentes primigestas del estrato social medio alto en cuanto a la atención recibida (Prueba F p 0,04).

A pesar de que en este estudio la mayoría de las adolescentes entrevistadas presentaron mayor satisfacción en las dimensiones evaluadas de estructura, accesibilidad y atención del personal que labora en los centros foráneos donde acudieron a su consulta prenatal, se hace notar que entre las interrogantes del instrumento utilizadas para evaluar la satisfacción se encontró inconformidad principalmente con el tiempo de espera a las consultas en el 81,5% y ausencia de exploración de la cavidad bucal en el 79,9%.

En cuanto al aspecto de la orientación educativa recibida en las consultas por las adolescentes, éstas se encontraron medianamente satisfechas negando el aporte de información en un alto porcentaje sobre cuidados puerperales y del recién nacido, uso de Dispositivos Intrauterinos, beneficios de la lactancia materna y aspectos negativos en la gestación de los hábitos tabàquitos, alcohólicos y del consumo de drogas.

Por otro lado, la encuesta aplicada en este estudio a las adolescentes primigestas para evaluar el grado de satisfacción sobre el control prenatal recibido, es una propuesta aceptable con una fiabilidad de más del 80% para evaluar los servicios de salud donde se realizan consultas prenatales.

Finalmente, los resultados obtenidos son generalizables a todas las adolescentes primigestas a las cuales da cobertura el Hospital Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda" para la resolución del embarazo, más allá del marco temporal en el que se realizó el estudio (desde octubre 2006 hasta octubre 2007), ya que estas gestantes presentan características similares.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Reforzar la formación de médicos generales y especialistas en Obstetricia a cargo de las consultas prenatales, en los diferentes centros asistenciales públicos del país en cuanto a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud en los programas de Salud Sexual y Reproductiva haciendo énfasis en aspectos educativos que mejorarían la atención prenatal, los cuidados de la primigesta, hábitos de vida saludables y la detección temprana de signos de alarma que favorezcan un desenlace satisfactorio del embarazo.
- Realizar estudios similares a éste en otras instituciones de salud pública que permitan priorizar las necesidades de las gestantes, especialmente de primigestas adolescentes en cuanto a la consulta prenatal y establecer los correctivos necesarios.
- Diseñar e implementar campañas gubernamentales y de empresas privadas que involucren los medios de comunicación dirigidas a adolescentes, a fin de promocionar una sexualidad responsable, la planificación del embarazo y la necesidad de controles prenatales precoces y continuos cuando ya existe la gestación. De esta manera se estaría dando cumplimiento a la normativa oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003) dentro de las políticas de promoción y desarrollo de estrategias que establece.
- Replantear los objetivos de la educación en la población a través de la escuela en materia de Salud Sexual y Reproductiva tanto en la educación básica como en la diversificada como un factor importante para el desarrollo de una cultura de salud, justificado por el alto índice de embarazos en adolescentes, y dirigidos a fomentar la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad y el surgimiento de portavoces de esta información en sus hogares, promoviendo el dialogo familiar y la

motivación a buscar atención oportuna en caso de gestaciones precoces en vista de que por razones conductuales propias de la adolescencia, la búsqueda de asistencia médica es tardía y entorpece el logro de una maternidad exitosa.

- Para el Personal de salud: se sugiere mejorar la organización de los servicios con el objetivo de reducir tiempos de espera y abordaje integral optimizando oportunidades en los contactos que hace la adolescente embarazada a la unidad de salud de tal manera de garantizar a la embarazada consejerìa adecuada, e información, así como los servicios disponibles que ella requiera y que contribuyan a mejorar la calidad en la oferta de la atención. También se plantea acordar la fecha para el seguimiento, a través de una agenda escalonada que permita reducir los tiempos de espera, respetando también la hora acordada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaris, E. et al. 1999. Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos. En: Revista electrónica de acreditación y calidad en Medicina de Urgencias. URL: http://www.vigo.un. (Consulta: Enero 18, 2006)

Ayers, S. 2004. El parto como suceso traumático: Prevalencia, factores de riesgo y tratamiento del trastorno de estrés postraumático postnatal. En: Clínicas Obstetricias y Ginecológicas. McGraw Hill. Número 3. Pág. 525-529.

Barrios, J. y Ramos, A. 1993. Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales y socioeconómicos. H.M.R.C. Cartagena, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 44(2): 101-106.)

Barrios, M. 2002. Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud ambulatorios del Estado Yaracuy en diferentes modelos de atención y niveles de complejidad. Trabajo de grado. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA). Barquisimeto. 78 p.

Bertrand et al. 1995.Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. 1995; 21, (2): 64-9, 74.

Briceño, M. 1990. Fantasías de la primigesta en relación a embarazo y parto. HCUAMP. Tesis de grado para optar al titulo de especialista en Obstetricia y Ginecología. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"

Bronfman M. et al. 2003. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. México. Salud pública Méx v.45 n.6 Cuernavaca nov./dic.

Bukulmez et al, 2000. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case control study from a Turkish University Hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 88(2): 207-12.

Camacho et al, 2002. Manual para la presentación del Trabajo Conducente a Grado Académico. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Barquisimeto, Venezuela.

Cano et al. 2006. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Barcelona, España. Gac Sanit. 2006;20(1):25-30

Casini, S. et al. 2002. Guía de Control Prenatal en embarazo normal. Rev. Hosp.. Mat. Inf. Ramón Sardá. Nº 21 (2). Argentina.

Creel et al., 2002. La calidad centrada en el cliente: perspectiva de los clientes y obstáculos para recibir atención. Population Council and Population Reference Bureau. Washington D.C

Código de Deontología Médica. 1985. Caracas, Venezuela. URL: http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/CodigoDeontologiaMedica.pdf (Consulta: Marzo 15, 2006)

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999. Caracas. 127 p.

Coordinación Regional de Salud Sexual y Reproductiva del Estado Lara. 2006. Estadísticas acerca de la cobertura del control prenatal. Barquisimeto. Venezuela.

Departamento de Epidemiología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda", 2006. Barquisimeto, Venezuela.

Díaz, A. et. al. 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

Díaz, S. 2003. El embarazo en las adolescentes en México. Gaceta Médica de México, 139(1): 23-28.

Donabedian, A. 1993. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en salud. Salud Pública México, Volumen 35, Nº 33. Conferencia magistral. URL: http://www.insp.mx (Consulta: Enero 2,2006)

ENDS. 2005. Encuestas Demográficas y de Salud Materno Infantil. Capítulo: Salud Materno Infantil. Bogota. Colombia.

Esparza, C y Calle, M. 1993. Características de las adolescentes obstétricas. Estudio comparativo con pacientes de 19-30 años Hospital Universitario de Caldas. 1989. Rev Colomb Obstet Ginecol; 44(2): 123-126.

Faneite, P. et al. 2002. ¿Por què no se controla la embarazada?. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez v.62 n.2 Caracas jun. 2002

Fraser, A. et al. 1995. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. The New Engl J Med; 332(17): 1113-1117.

Fuentes, M. y Lobos, G. 1994. Adolescente embarazada: Santiago de Chile. Editorial universitaria.

Galicia, P. 2004. Enfermedad periodontal y Amenaza de parto pretermino. Servicio de Ginecobstetricia. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda". Barquisimeto, Estado Lara-Venezuela.

Grajales, T. 2000. Análisis de Confiabilidad. http://tgrajales.net/estconfiabi.pdf (Consulta: Enero 7, 2008)

Gonzáles, A. 2004. Cuidados Prenatales. En: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda edición. Volumen 1. Editorial McGraw Hill Interamericana. España. Pàg.162-172

Hofberg, K. y Ward M. 2004. Temor al parto, tocofobia y salud mental en las madres. En: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. McGraw Hill. Nùmero 3. Pág. 501-507.

Instituto Nacional de Estadística- INE (2006), Demografía: Estadísticas vitales, tasa de fecundidad corregida por grupos de edad de la madre 2000-2005. http://www.ine.gov.ve/registrosvitales/Natalidad/TFCGEMadre.htm (Consulta: Enero 18, 2006)

Issler, J. 2001. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra VI. Medicina. Número 107, 11-23. http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html (Consulta: Enero 18, 2006)

Kols, A. et al. 1998. Family planning programs: improving quality.

Lantis, K. et al. 2002, La calidad de la atención y los proveedores del servicio. Population Council y Population Reference Bureau. Washington D.C.

Laverde et al.1993. Embarazo en adolescentes: repercusiones psíquicas. Actualizaciones Pediátricas. 3(3): 116-125.

Lira, P. et al. 2001. La Adolescente Embarazada. Un problema de salud pública. Cir Ciruj. Vol.69(6): 300-303.

León, F. et al. 2000. Los administradores deben supervisar rutinariamente la calidad de la atención. URL: http://www.popcouncil.org (Consulta: Enero 21, 2006)

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Publica. 1998. Caracas, Venezuela.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente. (LOPNA). 2000. Caracas, Venezuela.

Lobel, M. 1994.Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. Journal of behavioral medicine. 17(3), 225 -263.

Ludewig, C. et al. 1995. Satisfacción de los usuarios de las consultas preventivas en los ambulatorios del área metropolitana de Barquisimeto. Boletín Médico de Postgrado. UCLA. Vol. XI. Nº 1. Enero-Marzo. Pág. 57-67 .

Maderuelo, J. et al. 2006. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. Scielo- España. Gac Sanit v.20 n.1 Barcelona ene.-feb. 2006.

Martínez et al, 1985. Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Rev Chil Obstet Ginecol; 50(2): 127-39.

Mendoza L. 2002. Calidad de la Atención en Salud en los Ambulatorios Urbanos Tipo III. Municipio Iribarren. Estado Lara. Venezuela.

Monterrosa, A. 1996. Adolescencia: Anticoncepción y embarazo. Tribuna Médica. 94(4): 209-217

Monterrosa, A y Bello, A. 1996. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Rev Colomb Obstet Ginecol. 47(1): 15-22.)

MSDS. 2003. Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de la y los adolescentes de Venezuela. URL: http://www.ops-oms.org.ve/bvs/tex-electonicos/adolec/Libro_adole_OPSI.pdf (Consulta: Enero,2006)

MSDS. 2003. Manual de procedimientos para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. Tomo III. Venezuela. Pág.73-98.

MSDS. 2005. Programa Nacional de la Escuela como espacio para la Salud Integral y Calidad de Vida. URL: http://www.ops-oms.org.ve/site/EPS/docs/pro_nac_eps.pdf (Consulta: Enero 21, 2006)

OMS. 1995. Salud del Adolescente .OPS/OMS .Washington. USA

OMS. 2005. Informe sobre la salud en el mundo.

OMS y UNICEF. 2003. Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001. Ginebra y Nueva York: OMS y UNICEF

ONU. 2000. Campaña del Milenio. Voces contra la pobreza. URL: http://spanish.millenniumcampaign.org/site/pp.asp?c=8nJBLNNnGhF&b=308306 (Consulta: Marzo 15, 2006)

Ortiz, S. 1991. Embarazo en la adolescencia. Revisión de 840 casos clínicos. Ginecol Obstet Mex; 59: 289-92.

Otero, J. et. al. 2005. Análisis de la Varianza (ANOVA). http://www.uam.es/departamentos/economicas/econapli/anova.pdf (Consulta: Enero 27, 2008)

Paca A. 2004. Calidad de Atención en los Servicios de Control Prenatal y Planificación Familiar en Perú. Trabajo de grado. Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Pág. 79.

Paèz J. 2007. Calidad de atención en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda". Barquisimeto, Estado Lara-Venezuela.

Pardo, F y Uriza, G. 1991. Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones Colombianas. Rev Colomb Obstet Ginecol; 42(2): 109-121.

Peláez, M. 1997. Adolescente Embarazada: características y riesgos. Revista Cubana, 23(1):13-17.

Ramírez, T. et al. 1998. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. En: Salud Pùblica Mex; 40: 3-12. Trabajo Original. URL: http://www.insp.mx (Consulta: Enero 21, 2006)

Ruíz, B. 2002. Instrumentos de investigación educativa: procedimientos para su diseño y validación. Segunda edición. Ediciones CIDEG, C.A. Barquisimeto, Venezuela. Pp 102-104.

Sáez, I. y Arias, A. 1994. Una ventana hacia la atención integral de salud del adolescente. Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara.

Sánchez, R. et al. 1997. Equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo, Costa Rica 1995-1997. En: Caja Costarricense de Seguro Social. Trabajo Original. URL: http://www.info.ccss.sa.cr. (Consulta: Enero 21, 2006)

Sernam- Servicio nacional de la mujer.1991. Embarazo en adolescentes: Santiago de Chile. Ediciones Ramiro Molina.

Tena C.y J. Ahued. 2003. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. México. Ginecol Obstet Mex 2003;71:409-420.

UNICEF. 2000. Antenatal care could save millions. Progress of Nations 2000. New York

UNICEF. 2004. Estado mundial de la Infancia 2004. URL: http://www.unicef.org/spanish/sowc04/index.html (Consulta: Enero 4, 2007)

UNICEF. 2007. Estado mundial de la Infancia 2007. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género. URL: http://www.unicef.org/spanish/sowc07/ (Consulta: Enero 4, 2007)

United Nations Population Division. 2002. World Population Prospects: The 2002 Revision. Population Database. URL: http:/esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2 (Consulta: Enero 18, 2006)

ANEXOS

CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES:

Nombre: Fanny del C. Colmenàrez Betancourt
Cédula de Identidad: V- 11.585.465
Fecha de Nacimiento: 24/06/1974
Lugar de Nacimiento: Barquisimeto, Estado Lara
Estado Civil: Soltera

ESTUDIOS REALIZADOS:

EDUCACION SUPERIOR:

- Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". **Postgrado en Obstetricia y Ginecología.** Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Desde 15/03/2005 hasta 15/03/2008 (en curso) Barquisimeto, Estado Lara.
- Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Decanato de Medicina. Barquisimeto, Estado Lara. Titulo Obtenido: **Médico Cirujano**. Año de Finalización: 2001.

EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA: Unidad Educativa "Sanare". Sanare, Estado Lara. 1er a 2do año Ciclo Diversificado. Año de Finalización: 1990.

❖ **PASANTIAS DOCENTES** EN LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE MICROBIOLOGIA E INMUNOLOGIA. AREA INMUNOLOGIA. Decanato de Medicina. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado". Miembro Activo desde Julio, 1999 hasta Septiembre, 2001.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS:

❖ Miembro activo de ASOvac MIEMBRO ACTIVO DESDE ENERO, 2004

EXPERIENCIA LABORAL:

❖ **HOSPITAL CENTRAL "Dr. ANTONIO MARIA PINEDA"**. BARQUISIMETO, ESTADO LARA. CARGO: MEDICO RESIDENTE. PERIODO: 15-03-2005 HASTA LA ACTUALIDAD.

❖ **HOSPITAL CENTRAL "Dr. ANTONIO MARIA PINEDA"**. BARQUISIMETO, ESTADO LARA. CARGO: MEDICO INTERNO. PERIODO: 01-03-2002 HASTA EL 29-02-2004.

❖ **AMBULATORIO RURAL TIPO II "VILLANUEVA"**. MUNICIPIO MORAN, ESTADO LARA. PASANTIA RURAL DEL INTERNADO ROTATORIO DOCENTE DEL HOSPITAL "Dr. ANTONIO MARIA PINEDA". PERIODO 01-09-2003 HASTA 29-02-2004.

❖ **HOSPITAL CENTRAL "DR. PLACIDO DANIEL RODRÍGUEZ R"**. SAN FELIPE. ESTADO YARACUY. CARGO: MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA. DESDE 01-10-2004 AL 01-02-2005

ANEXO B

ACTIVIDADES EN CONSULTA PRENATAL: ESQUEMA DE SEIS (6) CONSULTAS

CONSULTA No.	1	2	3	4	5	6
SEMANAS DE GESTACION	<14	15-18	22-24	27-29	33-35	38-40
SUPERVISOR:						
ACTIVIDADES						
Elaboración de Historia Clínica Perinatal: a. Interrogatorio General y Obstétrico b. Examen Clínico Integral:	X	X	X	X	X	X
- Medición, registro, interpretación y valoración de la Talla, Peso y Tensión Arterial.	X	X	X	X	X	X
- Identificación de signos y síntomas de alarma (edema, sangrados, cefalea, signos de infección urinaria o vaginal)	X	X	X	X	X	X
- Examen de mamas.	X	X	X	X	X	X
- Medición de la altura uterina, registro, interpretación y valoración.	X	X	X	X	X	X
- Cálculo de la edad gestacional.	X	X	X	X	X	X
- Evaluación de frecuencia cardiaca fetal.			X	X	X	X
- Evaluación Ecográfica. Valoración de la cantidad de líquido amniótico, placenta y bienestar fetal.	X		X		X	X
- Pesquisa de anomalías genéticas en caso de ser necesario (estudio Líquido Amniótico por Amniocentesis)		X				
- Diagnóstico de Presentación fetal					X	X
- Evaluación de la pelvis	X					X
Contenidos educativos	X	X	X	X	X	X
Evaluar vulnerabilidad y riesgo	X	X	X	X	X	X
EXAMENES DE LABORATORIO						
Hematología completa	X		X		X	X
Glicemia en ayunas	X		X			X
Urea y creatinina	X					X
Grupo sanguíneo. Factor RH	X					
VDRL	X		X			X
HIV	X			X		
Toxoplasmosis(IgM, IgG)	X					
Serología para Hepatitis B	X	X				
Examen de orina	X		X	X	X	X
Examen de Heces	X					
Citología	X					
Colposcopia(de acuerdo a resultado de citología)						
Vacunación con Toxoide Tetánico	X		X			
Examen odontológico	X					
Suplementación con hierro, ácido fólico, calcio	X	X	X	X	X	X

ANEXO C

MÉTODO DE GRAFFAR MODIFICADO

NIVEL PROFESIONAL DEL JEFE DE LA FAMILIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	TIPO DE INGRESO	CONDICIÓN DE ALOJAMIENTO	CLASIFICACIÓN GENERAL
UNIVERSITA-RIO	UNIVERS. O EQUIVALENTE	RENTA	OPTIMAS CONDICIONES (LUJO)	I (4 a 6) CLASE ALTA
TÉCNICO	SECUNDARIA COMPLETA O TEC. SUP.	GANANCIA, BENEFICIOS Y HONORA-RIOS	OPTIMAS CONDICIONES (SIN LUJO)	II (7 a 9) MEDIA ALTA
EMPLEADO PEQUEÑO COMERCIANTE	SECUNDARIA INCOMPLETA O TEC. INF.	SUELDO MENSUAL ANUAL	BUENAS CONDICIONES SANITARIAS (ESPACIO REDUCIDO)	III (10 a 12) MEDIA BAJA
OBRERO ESPECIAL	EDUCACIÓN PRIMARIA. ANALFABETA	SALARIO SEMANAL DIARIO O POR TAREA	ALGUNAS DEFICIENCIAS SANITARIAS (CON O SIN ESPACIO REDUCIDO)	IV (13 a 15) OBRERA
OBRERO NO ESPECIALI-ZADO	ANALFABETA	DONACIÓN Y TRABAJOS OCASIONA-LES	CONDICIONES SANITARIAS INADECUADAS (RANCHO)	V (16 a 20) MARGINAL

ANEXO D

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"
HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO

"DR. ANTONIO MARIA PINEDA"

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÌA

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN CENTROS FORÁNEOS, ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÌA.

Dra Fanny Colmenàrez.
Dr Leopoldo Francisco

Fecha:_____ Número_____

ENTREVISTA

Consentimiento Informado

Se ha propuesto el siguiente estudio con el propósito de identificar la satisfacción de la adolescente primigesta sobre el control prenatal al cual acudió incluyendo la orientación recibida sobre el embarazo, parto y puerperio. Esta información se utilizará para mejorar la atención de los servicios de consulta prenatal de los diferentes centros de salud.

Se agradece su colaboración y sinceridad. Sus respuestas son confidenciales. El que usted participe o no participe en este estudio no afectará de ninguna manera el servicio que usted esta recibiendo en esta institución. Si usted participa, la entrevista durará entre 10 y 15 minutos.

Yo, _____CI: _____ hago constar que fui invitada a participar en la investigación titulada: **Grado de satisfacción de las adolescentes primigestas sobre el control prenatal en centros foráneos, atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio Maria Pineda". Barquisimeto, Estado Lara.** He sido previamente informada sobre los objetivos del estudio, las restricciones, beneficios y metodología del mismo y posteriormente acepto participar en forma voluntaria.

_____

Yo, Fanny Colmenàrez. CI: 11.585.465, hago constar que a través del presente documento, cumplo con el Capitulo IV, Artículo 194 del Código de Deontología Médica Venezolano, sobre la investigación en seres humanos, Consentimiento informado del Paciente.

_____

Yo, _____ CI: _____ hago constar que soy testigo de lo anteriormente expuesto.

_____

SECCIÓN I. INFORMACIÓN

DATOS GENERALES

A.- INFORMACIÓN GENERAL

A.1 Nro. De historia ☐

A.2 Edad ☐ **A.3 Ocupación** ☐

A.4 Estado civil ☐ Soltera ☐ Concubina ☐ Viuda ☐ Casada ☐ Divorciada

A.5 Tipo de residencia ☐ Rural ☐ Urbana

A.6 Nivel de instrucción ☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ P. Incompleta ☐ Secundaria ☐ Secundaria Incompleta ☐ Est. Tecnicos y/o universitarios

A.7 Nivel Socioeconómico (Graffar modificado) ☐

A.8 ¿Ha recibido información acerca del embarazo con anterioridad? ☐ Si ☐ No

A.8.1 En caso de una respuesta afirmativa, indique la fuente de dicha información

☐ Medios televisivos o de radiodifusión ☐ Prensa y/o revistas ☐ Orientación familiar

☐ Orientación médica ☐ Cetro de estudios ☐ Otro (indique)_____

A.9 Tipo de proveedor de atención ☐ Enfermera ☐ Médico General ☐ Obstetra

A.10 Tipo de establecimiento ☐ Consultorio privado ☐ Hospital ☐ Ambulatorio rural ☐ Ambulatorio urbano ☐ Consultorio popular (barrio adentro)

A.11 Por qué motivo acude a su centro de control?

☐ Cercanía a la institución ☐ Sectorización ☐ Por recomendación

☐ Por relación médico-paciente confiable ☐ Por apoyo medicinal

A.12 Número de consultas ☐ **A.13 Continuidad en los controles** ☐ Si ☐ No

A.13. En caso de inasistencia a la consulta, la causa fue:

☐ Dificultades para acceder al centro ☐ Falta de tiempo ☐ Problemas familiares ☐ Inconformidad con la calidad del servicio

☐ Esperas prolongadas para recibir atención ☐ Falta de dinero ☐ Cambio de domicilio

SECCIÓN I. INFORMACIÓN

DATOS GENERALES

B.- INFORMACIÓN MÉDICA

B.1 Diagnóstico de ingreso ☐

B.2 Complicaciones durante el embarazo ☐ Si ☐ No

B.2.1 En caso de una respuesta afirmativa indique que tipo de complicación

☐

B.3 Resumen de Actividades de Control Prenatal

Paraclínicos		Semana				
	1ra visita	15-18	22-24	27-29	33-35	38-40
Hematología completa						
Grupo sanguíneo						
Detección de aglutininas						
Glicemia						
Detección de diabetes gestacional						
Urea						
Creatinina						
Examen de orina						
Urocultivo						
Examen de heces						
Test de toxoplasmosis						
VDRL						
HIV						
Serología para hepatitis B						
Citología						
Otros						
Vacunación con toxoide tetánico						
Suplementos vitamínicos						

B.4 Observaciones ☐

SECCIÓN II. VALORACIÓN

CONTROL PRENATAL SEGÚN LA USUARIA

ACCESIBILIDAD	Muy Conforme	Conforme	Poco conforme	Inconforme
1.- De acuerdo con la ubicaciòn del centro donde acudiò, ¿usted estuvo?				
2.- Con el horario de atención, ¿usted estuvo?				
3.-¿Segùn la información recibida para el control y asistencia,¿usted estuvo?				
4.- Con el tiempo de espera a la consulta, ¿usted estuvo?				
5.- Con respecto a la ubicaciòn del consultorio,¿usted estuvo?				
6.- Segùn el sistema de atenciòn o visita a su consulta:				
6.1- Si era por cita, ¿usted estuvo?				
6.2- Si era por orden de llegada, ¿usted estuvo?				
6.3- Si era una combinaciòn de cita y orden de llegada, ¿usted estuvo?				
TOTAL RESPUESTAS OBTENIDAS				

ESTRUCTURA	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
7.- ¿Habìa iluminaciòn dentro del consultorio?				
8.- ¿La sala de espera contaba con asientos suficientes?				
9.- ¿La sala de espera se veía limpia?				
10.- ¿El baño estaba de fácil acceso para su uso?				
11.- ¿El baño estaba limpio?				
12.- ¿El consultorio estaba en orden?				
13.- ¿El consultorio contaba con afiches sobre el control prenatal?				
14.- ¿El consultorio tenia la puerta cerrada durante la consulta?				
15.- ¿Se veía desde afuera para el consultorio a travès de ventanas?				
16.-¿Contaba con una camilla o mesa de examen ginecológico?				
TOTAL RESPUESTAS OBTENIDAS				

SECCIÓN II. VALORACIÓN

CONTROL PRENATAL SEGÚN LA USUARIA

ATENCIÓN	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
17.-¿Le entregaban material informativo sobre el embarazo?				
18.-¿Le entregaban material informativo sobre consulta prenatal?				
19.- Durante la consulta:				
a.- La pesaban?				
b.- Le tomaban la presión arterial?				
c.- Le median la barriga?				
d.- Le escuchaban los latidos cardiacos al bebe?				
e.- Le preguntaban por dolor en la parte baja del vientre?				
f.- Le preguntaban si sentía dolor de cabeza?				
g.- Le preguntaban y revisaban si existía edema (hinchazón)?				
h.-Le preguntaban si su bebe se movía en su vientre?				
i.- Le preguntaban si había disminución de movimientos fetales?				
j.- Le preguntaban si tenia perdida de liquido por genitales?				
k.- Le preguntaban por perdida de sangrado por la vagina?				
l.- Le preguntaban si había tenido fiebre?				
20.-Durante sus controles, le solicitaron análisis de sangre?				
21.-Durante sus controles, le solicitaron análisis de orina?				
22.-¿Le indicaron que se vacunara contra el tétano?				
23.-¿Le informaban como estaba marchando el embarazo?				
24.-¿Le hablaban acerca de hábitos alimentarios durante el embarazo?				
25.-¿Le examinaban la cavidad bucal en busca de alguna afección dental?				
TOTAL RESPUESTAS OBTENIDAS				

SECCIÓN II. VALORACIÓN
CONTROL PRENATAL SEGÚN LA USUARIA
ORIENTACIÓN EDUCATIVA

	AFIRMACIÓN (SI)	NEGACIÓN (NO)
26.- ¿Se le explicó durante las consultas, cuanto tiempo dura un embarazo normal?		
27.- ¿Se le interrogó en las consultas como se sentía desde el punto de vista psicológico con el embarazo y parto?		
28.-¿Se le explicó acerca de los síntomas del embarazo?		
a.-nauseas		
b.-vómitos		
c.-ardor en el estómago que llega a la garganta (reflujo gastro-esofágico)		
d.-estreñimiento		
e.-perversión del gusto		
f.-salivación		
g.-hemorroides		
h.-palpitaciones		
i.- lipotimias o mareos		
29-¿Se le explicó acerca de los signos de alarma durante el embarazo?		
a.-dolor de cabeza		
b.-zumbidos en los oídos		
c.-ardor en el estómago		
d.-aumento de volumen en piernas (hinchazón)		
e.-pérdida de liquido por genitales		
f.-sangrado genital		
g.-disminución de movimientos fetales		
h.-dolores de parto antes de cumplir semanas completas del embarazo normal		
30.-¿Se le explicó alguna característica de los dolores del parto?		
31.-¿Se le orientó acerca de ejercicios respiratorios durante los dolores del parto?		
32.-¿Se le orientó acerca del cuidado durante la etapa puerperal?		
33.-En alguna de las consultas se le ha explicado sobre el cuidado del recién nacido?		
34.-¿Se le orientó acerca de la lactancia materna?		
35.-¿Se le orientó acerca de las ventajas de planificación familiar?		
36.-¿Se le orientó acerca del uso de preservativos?		
37.-¿Se le orientó acerca del uso de pastillas anticonceptivas?		
38.-¿Se le orientó acerca de las inyecciones anticonceptivas?		
39.-¿Se le orientó acerca del uso del Dispositivo intrauterino?		
40.-¿Se le orientó acerca de la influencia negativa de fumar,ingerir licor y consumo de drogas durante el embarazo?		
TOTAL RESPUESTAS OBTENIDAS		

ANEXO E

VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	ACCE1	3,7500	,5656	244,0
2.	ACCE2	3,7951	,5202	244,0
3.	ACCE3	3,7828	,4692	244,0
4.	ACCE4	2,9057	1,1455	244,0
5.	ACCE5	3,8607	,4769	244,0
6.	ACCE61	,1148	,6691	244,0
7.	ACCE62	,0287	,3195	244,0
8.	ACCE63	3,5615	,9560	244,0
9.	ACCE7	3,2705	,9858	244,0
10.	ACCE8	3,3443	,6576	244,0
11.	ACCE9	3,9426	,2811	244,0
12.	ACCE10	3,7664	,6657	244,0
13.	ACCE11	3,3648	,9352	244,0
14.	ACCE12	3,9098	,3850	244,0
15.	ACCE13	3,4016	1,0196	244,0
16.	ACCE14	3,8279	,6245	244,0
17.	ACCE15	2,9590	1,2727	244,0
18.	ACCE16	3,8648	,5685	244,0
19.	ACCE17	1,6066	,8940	244,0
20.	ACCE18	1,2172	,6136	244,0
21.	ACCE19A	3,7746	2,7462	244,0
22.	ACCE19B	3,9426	,2811	244,0
23.	ACCE19C	3,7213	,6881	244,0
24.	ACCE19D	3,9795	,2118	244,0
25.	ACCE19E	3,9303	,4148	244,0
26.	ACCE19F	3,5779	,8970	244,0
27.	ACCE19G	3,7582	,6502	244,0
28.	ACCE19H	3,9467	,3030	244,0
29.	ACCE19I	3,9426	,3220	244,0
30.	ACCE19J	3,6107	,9385	244,0
31.	ACCE19K	3,3852	1,0458	244,0
32.	ACCE19L	2,1680	1,1260	244,0
33.	ACCE20	3,5369	,6809	244,0
34.	ACCE21	3,2418	,8183	244,0
35.	ACCE22	2,7541	1,0604	244,0
36.	ACCE23	3,9057	,3893	244,0
37.	ACCE24	3,2500	,9891	244,0
38.	ACCE25	1,4098	,6383	244,0
39.	ACCE26	,9877	,1104	244,0
40.	ACCE27	,7869	,4103	244,0
41.	ACCE28A	,9959	,0640	244,0
42.	ACCE28B	,9918	,0903	244,0
43.	ACCE28C	,8566	,3512	244,0
44.	ACCE28D	,6844	,4657	244,0
45.	ACCE28E	,8852	,3194	244,0
46.	ACCE28F	,5410	,4993	244,0
47.	ACCE28G	,3893	,4886	244,0
48.	ACCE28H	,5779	,4949	244,0

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
49.	ACCE29I	,8893	,3144	244,0
50.	ACCE29A	,7623	,4266	244,0
51.	ACCE29B	,8074	,3952	244,0
52.	ACCE29C	,9590	,1987	244,0
53.	ACCE29D	,9836	,1272	244,0
54.	ACCE29E	,9877	,1104	244,0
55.	ACCE29F	,9836	,1272	244,0
56.	ACCE29G	,9877	,1104	244,0
57.	ACCE29H	,9508	,2167	244,0
58.	ACCE30	,5574	,4977	244,0
59.	ACCE31	,1844	,3886	244,0
60.	ACCE32	,0656	,2480	244,0
61.	ACCE33	,0738	,2619	244,0
62.	ACCE34	,1516	,3594	244,0
63.	ACCE35	,1311	,3383	244,0
64.	ACCE36	,1148	,3194	244,0
65.	ACCE37	,1475	,3554	244,0
66.	ACCE38	,0615	,2407	244,0
67.	ACCE39	,0656	,2480	244,0
68.	ACCE40	,2090	,4074	244,0

Reliability Coefficients

N of Cases = 244,0 N of Items = 68

Alpha = ,8127